Síntomas depresivos y riesgo posterior de deterioro cognitivo en ancianos

(Depresive symtoms and risk of cognitive impairment in elderly)

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2001; (2)

Manuel Ángel Franco Martín, Jesús Monforte Porto, Carlos Hugo Criado del Valle, M. Mar Jiménez Alonso y José Antonio Blanco Garrote.

Manuel Ángel FRANCO MARTÍN.
Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Jesús MONFORTE PORTO.
Jefe Unidad de Psicogeriatría. Servicio Psiquiatría. Hospital Rodriguez Chamorro. Zamora.

Carlos Hugo CRIADO DEL VALLE.
Departamento de Estudios y Evaluación. Fundación Intras. Zamora.

M. Mar JIMENEZ ALONSO.
Departamento de Neuropsicología. Fundación Intras. Zamora.

José Antonio BLANCO GARROTE.
FEA Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico de Valladolid.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Deterioro Cognitivo, Enfermedad de Alzheimer, Riesgo de Deterioro Cognitivo.

(KEYWORDS: depression – Cognitive Impairment – Alzheimer Disease – risk of cognitive impairment.)

Resumen

Algunos autores refieren que los síntomas depresivos puede facilitar la enfermedad de Alzheimer o pueden incluso constituir un marcador precoz de la misma. Igualmente se establece que los síntomas depresivos se asocian con frecuencia al deterioro cognitivo. Para valorar estas afirmaciones en nuestro entorno se plantea un estudio consistente en efectuar una primera evaluación a un total de 556 ancianos institucionalizados y que posteriormente a los 18 meses se les hace a una muestra de ellos una segunda evaluación que permite valorar los cambios habidos en el tiempo y la relación entre los síntomas de deterioro cognitivo y los síntomas depresivos. Para la valoración del deterioro cognitivo se empleó el Miniexamen Cognoscitivo y para la evaluación del humor depresivo se emplearon las escalas GDS y de Zung-Conde. De los resultados del estudio aparece una asociación entre la existencia de síntomas depresivos en la evaluación inicial y la aparición de deterioro cognitivo en la segunda fase del estudio. Se plantea la existencia de esa asociación aunque es de menor intensidad que la que aparece en otros estudios similares.

Abstract

Some authors suggest that symptoms of depression catalyze the Alzheimer's disease process and others that such symptoms may even constitute early signs of the disease. Likewise, it has been established that the symptoms of depression are often associated with cognitive deterioration. In order to evaluate these claims, we put forward a study in which 556 institutionalized elderly persons were assessed. Eighteen months later a sample of these was assessed once again so that any changes through time could be observed as well as any possible relationship between cognitive deterioration and depression. To assess cognitive deterioration the Mini Cognoscitive Test (MEC) was applied; to assess depression, the GDS and Zung-Conde scales were used. A correlation between depression symptoms in the initial assessment and the appearance of cognitive deterioration in the second phase of the study was found. The existance of this correlation is considered although it is of a lesser intensity than those which appear in similar studies.

Introducción

En las proximidades del siglo XXI las sociedades más desarrolladas contemplan el fenómeno del envejecimiento de la población, cuando menos, desde dos perspectivas diferentes (1). Para unos, el hecho de considerar que en los próximos treinta años la población mayor de sesenta y cinco años se va a duplicar y que la superior a los ochenta se va a cuadriplicar, les lleva a una interpretación "cataclísmica" por las inexorables consecuencias sociales, económicas, políticas, sanitarias, familiares o urbanísticas que lleva parejo el envejecimiento demográfico, y por su potencial peligro sobre el sistema de protección social. Otros, se oponen a esta analogía negativista, considerando el fenómeno del envejecimiento como una etapa normal del desarrollo de las sociedades, en la que aún no se han valorado suficientemente sus ventajas.

Así, el creciente número de ancianos ha llevado paralelo una serie de repercusiones sociales, económicas, familiares y médicas por todos conocidas. Habría que destacar, entre otras:

· Consecuencias socioasistenciales: Las personas de sesenta y cinco y más años consultan al médico un 60% más que el resto de la población, el número de visitas al médico por anciano y año es muy superior, se hospitalizan 1,6 veces más, de modo que el 35% de las hospitalizaciones y cerca del 50% de las estancias están producidas por los ancianos, con un gasto médico-social 4,3 veces mayor que el producido por personas de menos de 65 años (2).
· Consecuencias económicas: Actualmente el 13,2% de la población (que corresponde a la población anciana), representa el 20% de todas las consultas médicas, absorbe el 68% del gasto total en farmacia y acapara el 40% del gasto sanitario total, según fuentes del propio INSALUD en 1989. Muchos de estos problemas se relacionan, también, directamente con el deterioro cognitivo. Por otra parte, se estima que para el caso de Estados Unidos el coste de la enfermedad de Alzheimer le supone a la sociedad en torno a los 100 billones de dólares, lo cual obliga a que deba ser tenida muy en cuenta por administradores y profesionales.
· Consecuencias familiares: La mayor parte del cuidado del anciano que vive en la comunidad recae sobre sus familiares, que se han convertido, así, en el "cuidador" principal de esta población.
· Consecuencias médicas: La Encuesta Nacional de Salud Española establece que el 81,3% de los varones y 87,3% de las mujeres mayores de 65 años padece alguna enfermedad crónica. Igualmente, la incidencia de trastornos psiquiátricos en la población anciana es alta. Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión hasta los 75 años, y por encima de esta edad la (3).

Todos estos hechos unidos a la existencia de factores familiares, sociales, económicos y culturales, han originado una demanda de atención y un interés creciente por la "tercera edad", en general, y por la Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría en particular. Dentro de este área de la Psiquiatría, la depresión en el anciano es un tema de relevante actualidad pues constituye un importante problema de salud mental, siendo difícil determinar con exactitud la frecuencia de la depresión geriátrica en cada caso, ya que los estudios realizados sobre este tema emplean poblaciones diferentes, instrumentos y métodos de detección distintos, criterios de definición de "caso" diferentes, etc. Todo ello ha conducido a la descripción de tasas de frecuencia muy variables, si bien se puede establecer que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y el 35% de los que viven en residencias, entre el 10% y el 20% de los ancianos que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello y, finalmente, llegan a constituir el motivo de ingreso más frecuente en población anciana en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, alcanzando hasta el 50% de todas las hospitalizaciones para ese grupo de edad (4,5).

Todo ello ha conducido a un interés creciente por la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en las residencias de ancianos no es nuevo, describiéndose en la literatura una alta morbilidad psiquiátrica en dicho medio. Así, Lowther y McLeod en 1974 (6), mediante una entrevista clínica, encuentran trastornos psiquiátricos en el 56,5% de los ancianos que viven en residencias. Más próximos en el tiempo son los trabajos de Rovner y cols. (1986) (7) que, utilizando la entrevista estructurada GMS -Geriatric Mental Schedule (8)-, encuentran patología mental en el 94% de los residentes, correspondiendo un 37% a síndromes demenciales. Estas cifras son similares al 80,2% de trastornos psiquiátricos que este mismo autor señala, siete años más tarde, en una muestra de 454 residentes (9). De cualquier forma, parece que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los ancianos institucionalizados es elevada.

Como se ha comentado, los trastornos afectivos - o al menos los síntomas depresivos - constituyen un problema frecuente en la población anciana, lo que deberá ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud y el psiquiatra para efectuar una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento de los mismos. Hay que considerar que desde una perspectiva de salud pública, la depresión pasa por ser el primer, y más potencial y prevalente, factor patológico de utilización de servicios sanitarios por los ancianos (10). Además, parece probada la relación existente entre la depresión y una menor calidad de vida, un incremento de la enfermedades psíquicas y físicas, y una muerte prematura (11). En este sentido, la depresión en el anciano se ha asociado a un deterioro del bienestar y de los niveles de funcionamiento cotidiano (12,13), así como a un alto riesgo de deterioro funcional, morbi-mortalidad y uso de los servicios de (14).

Por otra parte, la comorbilidad enfermedad somática/depresión en el anciano se ha asociado con una mayor morbilidad y mortalidad por causas médicas, así como con un aumento de las estancias, una peor evolución, una potenciación de la incapacidad funcional, generación de un retraso en la demanda de ayuda y en la recuperación, incrementa la percepción del dolor, disminuye la adherencia o colaboración al tratamiento y aumenta la posibilidad de reingresos y utilización de los sistemas de salud (15).

En esta línea, Devanand y cols. en 1996 (16) ya planteó que la sintomatología depresiva incrementaba el riesgo de padecer una enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, esta relación entre depresión y demencia constituye un tema ampliamente debatido en el que se han obtenido resultados contradictorios. En ocasiones no se ha encontrado relación alguna (17) mientras que estudios recientes como el de Chen y cols. en 1999 (18) y el de Geerlings y cols., en el 2000 (19) parecen hallar una relación entre ambos cuadros. No obstante, el estudio de la relación entre depresión y deterioro cognitivo puede plantearse desde dos perspectivas:

· El humor depresivo puede incrementar el riesgo de padecer deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer.

· Existe una asociación directa entre la sintomatología depresiva y la enfermedad de Alzheimer, de modo que aquella está más frecuente en los pacientes con demencia de Alzheimer.

Así, y con el objetivo de valorar esta doble relación se plantea un estudio longitudinal en el que se busca la asociación entre sintomatología depresiva y de deterioro cognitivo, medida mediante escalas de evaluación, en una población anciana. El estudio se plantea tanto desde una perspectiva transversal: valoración de la relación entre sintomatología depresiva y deterioro cognitivo en un momento dado; como desde una evaluación en el tiempo: valorar sin la sintomatología depresiva influye en la aparición de un posterior deterioro cognitivo.

Población, material y método

La población empleada en este estudio estaba constituida, inicialmente, por todas aquellas personas mayores de 60 años que se encontraban ingresadas, en 1.995, en centros geriátricos o gerontológicos en la provincia de Zamora. Para conocer esta población diana se utilizó como fuente la "Guía-Directorio de Centros para Personas Mayores. Volumen I: Residencias" (20). En ella se describía a Zamora como la provincia que presentaba el porcentaje más alto de envejecimiento de toda la comunidad (24,67%), con una oferta total de plazas residenciales en 1.994 de 1.828, distribuidas en 30 centros, lo que suponía una ratio (número de plazas por cada cien personas mayores de 65 años) de 3,54, la segunda más baja de toda la comunidad, por detrás de León (ratio de 2,23).

Siete fueron las residencias de la provincia de Zamora que participaron en el estudio, lo que supone un 23,3% del total posible de residencias (n = 30) y un 39,7% (n = 726) del total de plazas (n = 1828). La muestra la componen 502 ancianos zamoranos, un 69,1% de la población de las siete residencias (n = 726) y un 27,5% del total de la población diana (n = 1.828). Se utilizaron como criterios de inclusión los siguientes:

1) Ser mayor de 60 años.

2) Vivir en residencia.

3) Estado físico general suficiente y adecuado como para permitir participar en las entrevistas.

4) Disposición, conformidad y consentimiento a colaborar en el estudio de forma voluntaria.

Los límites de edad para esta muestra de 502 ancianos, oscilaron entre los sesenta y los noventa y siete años, con una edad media de 81,1 ± 7,2, siendo menores de 65 años sólo seis casos. De todos ellos, 332 (66,1%) fueron mujeres y los 170 restantes (33,9%) varones. Respecto al estado civil, existe un predominio de viudos (50%) y solteros (29,1%), siguiéndoles los casados (17,9%), separados/divorciados (2,4%) y célibes (0,2%). El 81,8% tienen estudios primarios. El tiempo medio de estancia fue de 62,68 ± 100,92 meses, con una mediana de 23 meses. Finalmente, el 13,3% (n=67) habían estado en otras instituciones de carácter residencia.

Se planteó entonces el estudio en dos fases:

Primera fase: En la primera fase del estudio se ha aplicado un protocolo, constituido por unos datos básicos de filiación y una serie de variables sociodemográficas (y clínicas (enfermedad somática concomitante aguda, crónica e irreversible, antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico, enfermedad psiquiátrica actual, tratamiento somático y psiquiátrico actual), utilizando como métodos de "screening" dos instrumentos de medida de la depresión: la Escala de Depresión Geriátrica, Geriatric Depression Scale -GDS- (21), y la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung-Conde, Self-rating Depression Scale -SDS- (22,23,24) así como el Miniexamen Cognoscitivo (25) para valoración del deterioro cognitivo, que es una versión hispana del MINIMENTAL TEST (26).

Período de Seguimiento: En esta fase se ha aplicado un protocolo, constituido por unos datos básicos de filiación (iguales que en la primera fase) y una serie de variables referentes a la situación en que se encontraba el residente en el momento de la evaluación.
Segunda fase: en esta fase sobre una muestra de la primera fase se aplica el mismo protocolo que en la primera y se efectúa una entrevista clínica con un psiquiatra y un psicólogo que permitía la validacion de los datos. Entre la primera y la segunda fase transcurre un período de 18 meses que sirve para valorar la evolución de la población en el tiempo.

A partir de los 502 ancianos a los que se les efectuó la primera fase, y su posterior seguimiento, se seleccionó la población sobre la que, mediante muestreo aleatorio secuencial, se obtuvo una muestra en la que se iba a realizar la segunda fase del estudio. Dicha muestra estaba formada por 312 residentes de los cuales 113 fueron pérdidas, por lo que los restantes 199 constituyen la población específica de la segunda fase.

La población de la segunda fase del estudio estaba formaba por 199 ancianos cuyos límites de edad oscilaron entre los sesenta y cuatro y los noventa y nueve años, siendo la edad media de 82,02 ± 6,67 años, habiendo un solo caso con menos de 65 años. De todos ellos, 129 (64,8%) fueron mujeres y los 70 restantes (35,2%) varones. Respecto al estado civil, existe un predominio de viudos (49,7%) y solteros (32,7%), siguiéndoles los casados (16,1%), los que conviven en pareja (1%) y separados/divorciados (0,5%). Finalmente, el 14,1% (n = 28) habían estado previamente en otras instituciones residenciales.

A efectos de este estudio se aplicaron las siguientes escalas:

La Escala de Depresión Geriátrica, Geriatric Depression Scale -GDS-, (21), tiene la particularidad de estar diseñada específicamente para la valoración de la depresión en personas mayores. Se construyó mediante la selección de 100 elementos con respuesta dicotómica por un grupo de expertos. Estos elementos ya se habían mostrado útiles en la discriminación entre ancianos deprimidos y no deprimidos. A partir de aquí se seleccionaron los 30 ítems que obtuvieron una correlación más alta con la puntuación total de la escala inicial de 100 elementos al ser aplicada a una muestra de ancianos. Ninguno de los 30 ítems finales eran de tipo somático, aunque en los 100 iniciales había 12 de este tipo. De esta forma se

conseguía evitar el problema presente en la mayoría de los autoinformes: la confusión de los síntomas depresivos con los síntomas físicos habituales en las personas mayores.

La Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung-Conde, Self-rating Depression Scale -SDS-, (22,23,24), es utilizada para la medida cuantitativa de la depresión y está constituida por 20 ítems de cuatro alternativas de respuesta en los que se le pide al paciente que indique la frecuencia con la que experimenta el síntoma que se describe. Los ítems hacen referencia a un factor depresivo, un factor biológico y un factor psicológico, a los que se unirá la existencia, detectada por Conde y cols. (27), de un factor de contenido psicosocial, si bien es en el factor biológico en el que esta escala se centra especialmente. Esta escala ha sido adaptada al castellano y estudiada en diferentes ámbitos por Conde y cols. (24).

En estudios fuera de nuestro medio asistencial - internacionales - parece que la proporción de mal clasificados es superior al 20% y la fiabilidad Kappa baja, lo que cuestiona seriamente la utilidad de esta escala para población anciana. Sin embargo, y referido a nuestro medio se analiza la validez predictiva de la escala de Zung con resultados buenos, con una fiabilidad diagnóstica (Kw=0,80) y una probabilidad de acierto elevadas, considerando esta escala como método de elección por su facilidad de uso para los médicos clínicos no psiquiatras, a lo que habría que añadir su utilidad en la comparación de resultados con otros países debido a su amplia difusión (28,29). Para España, se ha establecido como punto de corte ideal para población anciana el de 47 puntos lo cual permitiría obtener una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 0,94 (30).

Finalmente, se empleo para valoración del deterioro cognitivo el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (25). Se trata de una adaptación y validación española del test original "Mini-Mental Status Examination" (MMSE) (26) que fue creado originalmente por Folstein y cols. (1975) y se utilizó para la estimar cuantitativamente la existencia y severidad del deterioro cognitivo y realizar un seguimiento en el tiempo los cambios en el estado cognitivo, no proporcionando un diagnóstico de ninguna entidad nosológica específica (31). Su utilidad estriba fundamentalmente en la alta correlación que se tiene interobservadores, como test-restest y el que pueda ser aplicado por entrevistadores no especialistas (26,32). Además, obtiene buenas relaciones con otras pruebas para detectar la demencia y deterioro y ofrece cifras de sensibilidad y especifinidad altas (25).Un aspecto relevante de este test es que constituye en muchos estudios de validación sobre pruebas de evaluación cognitiva el "gold standard" en la determinación del déficit cognitivo.

En nuestro país, se ha adaptado este cuestionario y la versión más utilizada ha sido la realizada por Lobo y cols. (1979), conocida como el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (25) . Este instrumento es el test de "screening" de deterioro cognitivo más citado en la literatura científica de habla hispana, y punto de referencia de gran número de estudios referentes a alteraciones cognitivas y demencia. El objetivo del MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar sus posibles desórdenes funcionales de forma rápida y práctica. Consta de 11 ítems en los que se valora 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial.

En cuanto al estudio estadístico se aplicó lo siguiente:

a)Análisis descriptivo: Para el caso de una variable continua se han empleado medidas de concentración o localización (media artimética, media robusta, mediana, moda...) y medidas de dispersión (desviación típica, desviación estándar, coeficiente de variación, rango...), utilizando como representaciones gráficas los histogramas. Para el caso de una variable categórica se han empleado tablas de contingencia con frecuencias absolutas, relativas y condicionadas, utilizando como representaciones gráficas los histogramas de barras.

b) Análisis inferencial: Para el caso de una variable continua se han comparado las medias de las puntuaciones por grupos. Si se cumplían las hipótesis de normalidad, contrastadas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov (corrección de Lilliefords) se ha aplicado el t-test. Si no se cumplían las hipótesis de normalidad, se han utilizado métodos no paramétricos, como el test de Wilcoxon, calculando intervalos de confianza asintóticos. Para el caso de una variable categórica, se han empleado modelos log-lineales. Como criterios de selección de modelos se han utilizado el test de razón de verosimilitudes y tests parciales basados en la ruptura condicional de dicho test. Estos modelos permiten establecer las relaciones significativas entre las variables de estudio considerando las posibles interacciones múltiples que no se apreciarían si se estudiaran las variables por pares. Posteriormente, se han estimado la odds-ratio y riesgos relativos para un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

En primer lugar se establece las frecuencia de aquellos pacientes que tienen deterioro cognitivo de los que no en el primer momento temporal. Se utiliza como criterio el punto de corte 30 establecido por el MiniExamen Cognoscitivo (25,33).

Se observa entonces que en un primer momento hay 91 pacientes en el que existe un deterioro cognitivo, frente a 259 que no la presentan. Hay que significar que aquellos pacientes en los que había pérdida de visión o psicomotricidad para completar el test completo.

Posteriormente, se ha planteado estudiar las relaciones establecidas entre síntomas depresivos y posterior desarrollo cognitivo a partir de la clasificación realizada en un primer momento en relación a la existencia o no deterioro cognitivo frente a la existencia en el momento basal de las diferentes categorías de depresión. Tras realizar los análisis de contingencia observamos como cabría esperar que los 247 pacientes que no tenían deterioro cognitivo en el momento basal, el 45.3% de ellos no tenían depresión (GDS) en el mismo momento temporal, tan solo un 18.8% informaban de que estaban severamente deprimidos, y en menor medida, un 15.9% estaban moderadamente deprimidos. Por otra parte, se observa que de aquellos pacientes que cursaban con un deterioro cognitivo evaluado mediante el MEC en el momento basal, 62 pacientes, 8.4% de ellos estaban severamente deprimidos.

Los resultados obtenidos parecen confirmar la existencia de una asociación entre el deterioro cognitivo, medido mediante el MiniExamen Cognoscitivo y los síntomas depresivos, medidos mediante el GDS ($p=0.007$).

Para profundizar algo más en este planteamiento se ha realizado correlaciones entre los síntomas depresivos medidos mediante el GDS en ambos momentos temporales y el deterioro cognitivo informado a los 18 meses.

Cuando se tiene en cuenta las relaciones que se pueden establecer entre el grupo que no está demenciado y los valores del MEC en el segundo momento temporal y los índices de depresión en ambos momentos, se observa que sólo aparece un coeficiente de correlación alto entre la depresión del primer y del segundo momento. Pero no se pueden establecer relaciones significativas entre la depresión del momento basal y el deterioro cognitivo a los 18 meses.

Tabla de correlaciones entre la GDS en los dos momentos del estudio y la puntuación del MEC a los 18 meses

Estos resultados han llevado a valorar la existencia de relaciones entre la depresión del primer momento de medida, teniendo en cuenta los intervalos propuestos por el test (no deprimido para una puntuación < 11; probable depresión para superior a 11) y el deterioro cognitivo del segundo momento de medida entre aquellos pacientes que en el momento de iniciar el estudio no habían reflejado la existencia de ningún deterioro cognitivo.

Distribución de casos válidos sin deterioro cognitivo en la primera medida y con mediciones basales y a los 18 meses del GDS y MEC.

Conforme a los grupos establecidos con los niveles de depresión en el primer momento temporal, no observamos que exista alguna relación con los grupos establecidos en el MEC del segundo momento temporal, comparación cualitativa (p=0.184). Asimismo, y con el objetivo de comparar si los grupos establecidos mediante el GDS, tienen relaciones significativas con las puntuaciones obtenidas acerca del deterioro cognitivo del MEC a los 18 meses, se realiza un análisis de varianza, donde los resultados obtenidos no nos permiten aceptar los objetivos planteados. Es decir, si bien existe una tendencia según la cual entre los ancianos que no tenían deterioro cognitivo en la primera medida, hubo un riesgo mayor de padecer posteriormente deterioro entre aquellos que presentaban sintomatología depresiva, si bien no de forma estadísticamente significativa.

Además, estas mismas valoraciones se realizan con el Zung-Conde como otra prueba que mide los síntomas depresivos. Se vuelve entonces a contrastar la hipótesis anteriormente planteada, pero esta vez utilizando la escala Zung.

Para ello en un primer momento vamos a establecer las relaciones existentes entre las distintas escalas que miden depresión y el deterioro cognitivo evaluado a los 18 meses.

Los resultados obtenidos muestran como de un total de 113 pacientes, la categoría más amplia conforme a la depresión medida en el momento basal es la de "medianamente deprimido" con un porcentaje de 56.6%, dentro de esta categoría se observa como el 42.5% de los pacientes correspondían a aquellos pacientes que no cursaban con deterioro cognitivo a los

18 meses, solo un 14.2% de los pacientes cursaban con deterioro cognitivo a los 18 meses. Conforme a los 28.3% de los pacientes que no cursaban con depresión en el momento basal, se observa que un 22.1% tampoco tenían deterioro cognitivo a los 18 meses. Porcentajes inferiores se observan en el diagnóstico de depresión en el momento basal, donde sólo aparece un 15% de los pacientes, de los cuales solo el 7.1% que cursaban con depresión en el momento basal informaban de deterioro cognitivo a los 18 meses. Por tanto a tenor de los últimos resultados expuestos, no podemos afirmar que los síntomas depresivos causen el deterioro cognitivo.

Referencias bibliográficas

1 - Reques P. El envejecimiento de la población: una perspectiva geodemográfica. In: Crespo D, editors. El envejecimiento. Un enfoque multisdiciplinario. Barcelona:Prous Science; 1997. p. 1-31.

2 - Hernandez-Sanchez A. Hipótesis y la Problemática Socio-Demográfica en el primer cuarto de Siglo XXI en la Comunidad Castellano-Leonesa y en la Unión Europea. In: Hernández-Sánchez A, editors. La Estructura Socioeconómica de Castilla y León en la Unión Europea. Valladolid: Universidad de Valladolid. Junta de Castilla y León, Consejería de Economía y Hacienda; 1997. p. 11-47.

3 - Serna I de la, Introducción: Generalidades. In: Serna I. de la editors. Psicogeriatría. Madrid: Jarpyo Editores; 1996. p. 7-14.

4 – Franco MA, Monforte JA, ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?. In: Calcedo A, editors. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; 1996. p. 19-43.

5 – Monforte, J.A.; Fernandez, C.; Diez, J, Toranzo I, Alonso-Jimenez M, Franco MA, Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33 (1): 13-20.

6 – Lowther C.; Mcleod H. Admissions to a welfare home. Health Bull. 1974; 32: 14-8.

7 - Rovner BW., Kafonet S, Filipp L. et al. Prevalence of mental illness in a community nursing home. Am. J. Psychiat. 1986; 143: 1446-9.

8 – Copeland DJR, Kelleher MJ, Kellet JM et. al. A semistructured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. Psychol. Med. 1976; 6: 439-449.

9 - Rovner BW. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patients. Am. J. Med. 1993; 94 (Suppl. 5A): 19-22.

10 - Beekman ATF, Kriegsman DMW, Deeg DJH. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1995; 30: 32-8.

11 - Evans ME. Physical illness and depression. In: Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG. editors. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Nueva York: John Wiley & Sons; 1994.

12 - Bruce MLM, Leaf PJ, Rozal GP. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. Am. J. Psychiatry. 1994; 151: 716-721.

13 - Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS.et al. The impact of depressive symptomatology of physicall disability: MacArthur Studies of Sucessful Aging. Am. J. Public Health. 1994; 84: 1796-9.

14 - Burvill PW, Hall WD. Predictors of increased mortality in elderly depressed patients. Int. J. Geriatr. Psychiatr. 1994; 9: 219-227.

15 - Covinsky KE, Fortinsky RH, Palmer RM.et al. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. Ann. Intern. Med. 1997; 126: 417-425.

16 - Davanand DP, Sano M, Tang MX. et al Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. Arch. General Psychiat, 1996; 53: 175-182.

17 - Henderson AS, Korten AE, Jacomb PA. et al. The course of depression in the elderly: a longitudinal community-based study in Australia. Psychological Med, 1997; 27: 119-129.

18 - Chen P, Ganguli M, Mulsant BH, et al The temporal relationship between depressive symptoms and dementia Arch. General Psychiat., 1999; 56: 261-6.

19 - Geerlings MI, Schoevers RA, Beekmn ATF, Jonker C, Deeg DJH, Schmand B, et al. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in the Neetherlands. Brit. J. Psychiat., 2000; 176: 568-575.

20 - INSERSO. Guía-Directorio de Centros para Personas Mayores. Volumen I: Residencias. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.

21 - Yesavage JA, Brink TL. Development and validation for a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiatr. Res., 1983; 17 (1): 7-49.

22 - Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiat., 1965; 12: 63-70.

23 - Conde V, Esteban T. Contribución al estudio de la SDS (Self-Rating Depression Scale) de Zung en una muestra estratificada de población normal. Rev. Psicol. Gen. Apl. 1974; 29, (128): 515-553.

24 - Conde V, Esteban T. Fiabilidad de la SDS de Zung (Self-Rating Depression Scale). Rev. Psicol. Gen. Apl. 1975; 28 (4): 16-35.

25 - Lobo A, Ezquerra J, Gómez F, Sala JM, Seva-Díaz A. El Mini-Examen Cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). Actas luso-españolas de Neurol., Psiquiat. y Ciencias afines, 1979; 7(3), 189-202.

26 - Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patiens for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975; 12(3), 189-198.

27 – Franco MA, Monforte JA, Diez J, Alonso-Jimenez M, Fdez-Rojo C, Beneitez J, La escala de Zung-Conde para medir la depresión en el anciano. V Congreso castellano-leonés de Geriatría y Gerontología. Benavente, Septiembre, 1995.

28 - Ramos-Brieva JA, Montejo ML, Lafuente R. et al. Validación de la escala-criba Geriátrica para la depresión. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1991; 19 (3): 1974-8.

29 - Ramos-Brivea JA, Montejo ML, Lafuente R et al. Validación de tres procedimientos para diagnosticar depresión en ancianos. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 1993; 28 (5): 275-9.

30 - Ramos-Brieva JA. Instrumentos de medida de la depresión. En: Ayuso, J.L.; Saiz, J. (eds.). Depresión. Visión actual. Grupo Aula Médica, S.A. Madrid, 1997: 97-138.

31 - Karuza J, Katz PR, Henderson R. Cognitive screening. In: Andresen E, Rothernberg B, Zimmer JG, editors. Assessing the health status of older adults. NewYork: Springer Publishing Company; 1997. p.143-179.

32 - Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: A comprehensive review Journal of the American Geriatrics Society, 1992; 40(9): 922-935 .

33 - Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Camara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini.Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Medicina Clínica, 1999; 112(20): 767-774.

34 – Migliorelli R, Teson A, Sabe L. et al. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. Am. J. Psychiat., 1995; 152: 37-44.

35 – Baquero M. La depresión en la enfermedad de Alzheimer. Rev. Electrónica Psiquiat. 1999; 3 (4). www.psiquiatría.com

36 – Monforte J. Estudio naturalístico longitudinal en doble fase de los síntomas depresivos en el anciano que vive en residencias. Estructura interna, validez y fiabilidad de las escalas Zung-Conde y GDS. Tesis Doctoral. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2000.

37 - Geerlings MI, Schmand B, Braam AW, Jonker C, Bouter LM, van Tilburg W. Depressive symptoms and risk of Alzheimer's disease in more highly educated older people. J Am Geriatr Soc. 2000 Sep; 48(9):1092-7.

38 – Stern Y, Tang MX, Denaro J. et al. Increased risk of mortality in Alzheimer's disease patients with more advanced educational and occupational attainment. Annals of Neurol., 1995; 37: 590-5.

39 – Franco MA, Criado C, Jimenez M, Bueno Y, Monforte, J. (2001). Cerebral training with Gradior system in Alzheimer's disease in a 18 months of follow-up. Paper presented in Interdem Network Meeting. Maastrich, January, 2001.

40 – Meyers BS, Bruce ML. The depression-dementia conondrum. Integrating clinical and epidemiological perspectives. Arch. Gen. Psychiat., 1998; 55: 1082-3.