



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

Máster Interuniversitario en Gerontología

Especialidad: Clínica

Curso académico 2013-14

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

¿Es la depresión un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia en las personas mayores?

Ana María Herrero Tuñas

7 de Enero del 2014

Quiero mostrar mi agradecimiento a **Alba Fernández Sánchez**, directora de este trabajo, por la dedicación y ayuda prestada durante la elaboración del mismo.

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Justificación y objetivos	6
3. Material y métodos.....	7
4. Demencia	7
4.1.Prevalencia.....	9
4.2.Diagnóstico	11
4.3.Tipos de demencia.....	12
4.4.Factores de riesgo asociados a la demencia.....	13
4.5.Rasgos clínicos de la demencia y pronóstico.....	15
5. Depresión.....	15
5.1.Prevalencia.....	16
5.2.Diagnóstico de los trastornos depresivos geriátricos.....	17
5.3.Clasificación de la depresión	18
5.4.Factores de riesgo asociados a la depresión	18
5.5.Rasgos clínicos de la depresión y pronóstico	18
6. Relación entre la depresión y la demencia:.....	19
6.1.Dificultad diagnóstica	19
6.2.Diagnóstico diferencial	20
6.3.La depresión como factor de riesgo de la demencia.....	22
7. Conclusiones	30
8. Bibliografía	32

Resumen

Introducción: La depresión y la demencia repercuten negativamente en la calidad de vida de las personas mayores, además de generar un gran gasto sociosanitario. Los estudios llevados a cabo en los últimos años reconocen que existe relación entre ambos trastornos. Aclarar esta relación permitirá conocer si la depresión es un factor de riesgo para el posterior desarrollo de la demencia.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Medline, Psycinfo, Isi Web Of Knowledge, Isi Web Of Science y PubMed, además de consultarse diversos libros. La búsqueda incluyó los términos depresión, demencia, prevalencia y personas mayores. Las publicaciones y estudios seleccionados están comprendidos entre los años 2000 y 2013. Todos los artículos seleccionados están incluidos en revistas científicas con clasificación Journal Citation Report (JCR).

Resultados: La mayoría de los estudios seleccionados para esta revisión, apoyan la hipótesis de que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia. A su vez, reconocen que existe una relación temporal entre ambos trastornos. Sólo dos de los estudios encontrados no apoyan dicha relación.

Conclusiones: Se ha encontrado que existe relación entre ambos trastornos y que la depresión se asocia con un mayor riesgo de desarrollar demencia.

Palabras clave: Demencia, depresión, enfermedad de Alzheimer, prevalencia, personas mayores.

Abstract

Background: Depression and dementia negatively impact in the quality of life of the elderly, generating at the same time a large social and health spending. Studies carried out in recent years recognize that there is a relationship between depression and dementia. Clarify this relationship will allow to know whether depression is a risk factor for later development of dementia.

Method: The bibliography search was conducted in different databases such as Medline, Pscynfo, Isi Web Of Knowledge, Isi Web of Science and PubMed, besides consulting several books. The search included the terms depression, dementia, prevalence and the elderly. The publications and selected studies are comprised between 2000 and 2013. All selected articles are included in scientific journals with Journal Citation Report (JCR) classification.

Results: Most of the selected studies support the hypothesis that depression is a risk for developing dementia. In turn, recognize that there is a temporal relationship between the two disorders Only two of the studies found no support that relationship.

Conclusions: It is found that there is a relationship between both disorders and that depression is associated with an increased risk of developing dementia.

Key words: Dementia, depression, Alzheimer's disease, prevalence, elderly.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más característicos de las últimas décadas. La creciente población de mayores constituye por sí misma un grupo de riesgo donde, a los factores desencadenantes de problemas mentales que afectan en la edad adulta, se les asocian otros más específicos y característicos de la vejez. Durante el proceso de envejecimiento se dan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social. Estos cambios siguen un proceso temporal y simultáneo de ganancia y pérdida, e influyen de manera diferente en cada persona. Los trastornos psicológicos en los mayores son el resultado de diversos factores que tienen que ver con un envejecimiento patológico y por lo tanto, no sería conveniente considerarlos como efecto del envejecimiento normal¹.

La depresión y la demencia son trastornos comunes en las personas mayores, constituyendo los problemas de salud más importantes en este grupo de edad. Ambas patologías tienen importantes y graves consecuencias, entre ellas hay que destacar que producen una gran disminución de la calidad de vida, deterioro funcional de la persona, afectan al entorno laboral, social y familiar, además de generar una mayor utilización de los servicios sociosanitarios y una alta mortalidad^{2,3}.

Existe una relación compleja entre la depresión y la demencia, ambos trastornos pueden aparecer a la vez y de forma independiente, o estar relacionados entre sí. Debido a ello, su diagnóstico y posterior tratamiento se hace en ocasiones verdaderamente complicado. Es de destacar, que muchos trastornos demenciales comienzan a manifestarse como un síndrome depresivo, además de tener una mala respuesta a los fármacos. Pero también es frecuente en los mayores que los trastornos depresivos tengan un fuerte impacto en las capacidades cognitivas (atención, memoria, concentración...), haciendo que estos cuadros de pseudodemencia se hagan prácticamente indistinguibles de la auténtica demencia¹.

La investigación de la relación entre depresión y demencia, es un tema de gran interés debido a la controversia que genera la relación entre ambos trastornos. Se discuten diversas cuestiones, entre ellas: el significado de la depresión como síntoma inicial de la demencia, su presencia en los distintos tipos de demencia y su papel como factor de riesgo de demencia. Por una parte, se ha sugerido que la depresión es un pródromo de la demencia y que los síntomas de la depresión se incrementan después de la aparición de la misma, pero que la depresión por sí sola no aumenta el riesgo de demencia⁴. Por otra parte, se defiende que un historial clínico psiquiátrico de depresión puede estar asociado a un riesgo elevado de padecer demencia; en este caso, los síntomas depresivos son vistos como indicadores tempranos de la enfermedad⁵.

Debido a las graves consecuencias que generan estos dos trastornos, es necesario tener un conocimiento más profundo de la relación existente entre ellos. Si fuera cierto que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia, sería posible identificar aquellos casos en que hay una mayor posibilidad de desarrollarla. Por lo tanto, se podrían minimizar en lo posible las consecuencias tan negativas que producen estas patologías.

2. Justificación y objetivos

Debido a la gran incidencia de la demencia y la depresión en la sociedad y las repercusiones socioeconómicas que genera, es necesario conocer cuál es la relación entre la depresión y la demencia, y si la depresión puede ser un factor de riesgo para el futuro desarrollo de la demencia. Si se pueden conocer cuáles son los factores de riesgo de las patologías, podremos desarrollar métodos que permitan minimizar o impedir el desarrollo de las mismas.

Los objetivos de esta revisión son:

- Comprobar cuál es el estado actual de los estudios sobre la problemática relación entre depresión y demencia.

- Repasar diferentes investigaciones para tratar de comprobar si la depresión es un factor de riesgo de la demencia.

3. Material y métodos

Para llevar a cabo la siguiente revisión se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre la depresión y el riesgo de demencia en diferentes bases de datos como son Medline, Pscynfo, Isi Web Of Knowledge, Isi Of Science y PubMed, además de consultarse diversos libros. La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de mayo a noviembre del año 2013.

Para la búsqueda se utilizaron los términos "depresión", "demencia", "enfermedad de Alzheimer", "prevalencia" y "personas mayores". Las búsquedas sucesivas se realizaron en base a las referencias bibliográficas de los artículos ya encontrados. Se seleccionaron las publicaciones y estudios comprendidos entre los años 2000 y 2013.

Se incluyeron para la revisión todos aquellos artículos que abordaban la depresión, los síntomas depresivos y la demencia exclusivamente en personas mayores. A su vez, fueron excluidos todos los artículos no divulgados en revistas científicas clasificadas en la publicación anual "Journal Citation Report"(JCR).

4. Demencia

Las principales causas del declive cognitivo en la vejez son los diferentes tipos de demencia, entre las más comunes cabe destacar la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular (DV). Las demencias no son una consecuencia natural del envejecimiento, éstas están causadas por enfermedades específicas e identificables¹.

La demencia es un término genérico que hace referencia a una disfunción crónica y progresiva de la función cortical y subcortical, manifestándose como un deterioro cognitivo complejo. Estos cambios cognitivos pueden venir acompañados de trastornos del estado de ánimo (depresión,

ansiedad, euforia), del comportamiento (agitación, apatía, irritabilidad, desinhibición, conducta motora aberrante) y de la personalidad. La demencia es un síndrome cuyo principal síntoma es la pérdida progresiva de memoria, incluye también otros trastornos como afasia, apraxia, agnosia y trastornos del funcionamiento ejecutivo (abstracción, planificación, secuenciación), además la demencia genera alteraciones en el ámbito social, laboral y personal con la consiguiente desadaptación al entorno, y supone un deterioro respecto a un nivel cognitivo previo⁶ (Tabla 1).

Tabla 1: CRITERIOS DE DEMENCIA DMS-IV

A) Desarrollo de déficits cognitivos múltiples manifestados por:

- Alteración de la memoria.
- Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas
 - Afasia
 - Apraxia
 - Agnosia
 - Alteraciones ejecutivas (abstracción, planificación, secuenciación)

B) Los déficits cognitivos han de ser de la suficiente intensidad como para provocar un deterioro significativo en la actividad social o laboral, y suponen un deterioro respecto a un nivel previo.

C) El curso está caracterizado por un comienzo gradual y continúa el decline cognitivo.

D) Los déficits cognitivos no se deben a otras condiciones del sistema nervioso que causan déficit progresivos en la memoria o cognición, como las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson, los tumores cerebrales, etc., sistémicos o condiciones por uso de sustancia.

Desde el momento del diagnóstico los pacientes con demencia tienen una esperanza de vida de unos 8 años, con un mayor tiempo de supervivencia para los enfermos de Alzheimer que para los de demencia vascular; según el género, el sexo femenino tiene una mayor probabilidad de vida⁷.

4.1. Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia varían debido a diferencias en las definiciones, a las técnicas de muestreo y a la sensibilidad de los instrumentos de medida que se emplean para identificar los posibles casos. Diversas investigaciones^{1,5} indican que el 50% de las demencias están causadas por la enfermedad de Alzheimer, el 15% por enfermedades vasculares y un 22% por una combinación de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Un 13% de los casos de demencia se debe a otras enfermedades, como pueden ser la enfermedad de Parkinson, Pick, Corea de Huntington (Figura 1).

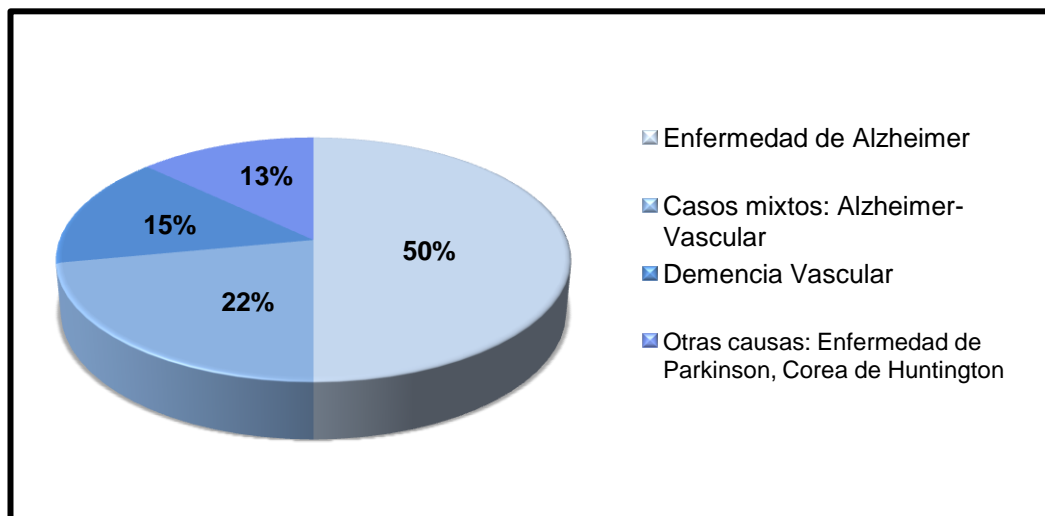


Figura 1. Frecuencia de los principales tipos de demencias.

La frecuencia de la demencia varía según las poblaciones, el Estudio Delphi⁸ proporciona estimaciones de la prevalencia de la demencia para cada región del mundo para los hombres y mujeres de 60 a 84 años y para los mayores de 85 años. Dicho estudio se centra en la prevalencia de la demencia en general, en vez de centrarse específicamente en subtipos como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer. Se realizan

estimaciones de población en diferentes grupos de edad para cada una de las 14 regiones del mundo (definidas por la Organización Mundial de la Salud), para así poder llegar a la cifra total de afectados en todo el mundo y por región. Este estudio no hace distinciones en cuanto al género de los individuos. Sus resultados se utilizaron para realizar estimaciones para los años 2020 y 2040. Se estimó que durante el 2001 hubo 24 millones de personas con demencia en el mundo y que esa cantidad se duplicará cada 20 años, llegando a 42 millones de personas en el 2020 y 81 millones en el 2040, suponiendo que no haya cambios en la mortalidad, en las técnicas de prevención y en los tratamientos curativos. De las personas con demencia un 60% vive en los países en desarrollo, número que se espera que aumente a un 71% para el 2040. La tasa de aumento del número de personas con demencia se prevé que será de tres a cuatro veces mayor en las regiones en desarrollo que en las ya desarrolladas.

En las últimas décadas se han realizado varios estudios^{9,10} sobre la prevalencia de la demencia en España, algunos de estos estudios coinciden en sus estimaciones. Concluyen que la prevalencia de la demencia es menor que en Europa Occidental, encontrando a su vez una alta proporción de la enfermedad de Alzheimer entre todos los casos de demencia y muy baja prevalencia de la demencia vascular. Edad, sexo y nivel de educación bajo se describen como factores de riesgo independientes para la demencia y EA.

Entre estos estudios destaca el estudio Deminval⁹, que describe la prevalencia de la demencia y sus subtipos en una población general de personas mayores y analiza los efectos de la edad, género, nivel educativo y lugar de residencia (zona rural o urbana). La prevalencia de la demencia fue de un 8,5%, y mayor en mujeres que en los hombres (un 11,2 % frente a un 4,9 %). También se encontró una mayor prevalencia en los sujetos con niveles de educación bajos, sin embargo no se encontraron diferencias significativas según el lugar de residencia. El hallazgo más sorprendente de este estudio es la baja prevalencia de DV, la más baja descrita en los estudios realizados en España y una de las

más bajas de Europa. En este estudio se describe el alto predominio de la enfermedad de Alzheimer y la tasa baja de demencia para los menores de 75 años, un 7,5% frente a un 12,4% en los sujetos que sobrepasan dicha edad. La edad avanzada, la baja escolaridad y el sexo femenino se relacionaron consistentemente con la demencia y EA. Estos tres factores, han sido identificados previamente como factores de riesgo para la demencia en los países desarrollados. Las tasas de prevalencia en España que cita este estudio son inferiores a las halladas en otros países europeos.

El estudio realizado en España¹⁰, que abarca la prevalencia desde el año 1990 al 2008, concluye que existe un aumento de la prevalencia de la demencia con la edad para los dos sexos, mayor en los EA que en la DV, y que es mayor para mujeres que para los hombres. Estima que la prevalencia de la demencia es de un 10,9% (608.000 casos) y el 7,7% de EA (431.000 casos).

4.2. Diagnóstico

Diversos estudios^{1,6,11} han demostrado que con la edad se pueden presentar cambios cognoscitivos en diversas áreas como pueden ser la velocidad de procesamiento, la memoria episódica, la abstracción, etc. Sin embargo, existen otros campos como la memoria semántica, la memoria inmediata, el lenguaje y la atención para tareas automatizadas en que los cambios asociados a la edad son mínimos. Todos estos cambios que se dan con la edad hacen complicado el diagnóstico de demencia. En primer lugar, surge la dificultad de realizar una correcta distinción entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico. Además, a esta complicación hay que añadir la dificultad para distinguir la demencia de la depresión.

Las manifestaciones clínicas de las demencias son muy heterogéneas y dependen de la etiología de cada una de ellas, de todas maneras, existen unos requisitos claros para su diagnóstico^{1,6}:

- La demencia es un conjunto de signos y síntomas.
- Hay un factor orgánico, conocido o no, como causa del proceso.

- Las alteraciones afectan a varias áreas cognoscitivas y el déficit es adquirido.
- Al menos durante las primeras etapas no existe alteración de la conciencia.
- Las alteraciones cognoscitivas repercuten funcionalmente en la vida social, laboral y personal del paciente (criterio de desadaptación).
- La duración de la sintomatología es al menos de 3 a 6 meses (criterio de cronicidad).

El diagnóstico de la demencia debe dividirse en dos pasos principales: el primero, es diferenciar la demencia de otras patologías con síntomas similares como el deterioro cognitivo leve, la depresión, la enfermedad maníaco depresiva, el síndrome confusional agudo, el abuso de drogas o alcohol, los efectos adversos de medicamentos, etc. El segundo paso, es realizar un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de demencia, la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal, la demencia semántica, etc¹².

4.3. Tipos de demencia

Las demencias podrían clasificarse según diferentes criterios¹³:

- Según la edad: seniles y preseniles, clasificación que hoy en día no se utiliza.
- Según su evolución:
 - Reversibles: el deterioro podría detenerse en las causadas por enfermedades vasculares, intoxicaciones, infecciones y tumores.
 - Irreversibles.
- Según la causa:
 - Primarias: tienen su origen en trastornos neurológicos difusos de transcurso lento y progresivo o degenerativo (Alzheimer).
 - Secundarias: causadas por enfermedades neurológicas focales o multifocales de etiología o fisiopatología conocida o por procesos sistémicos (asociadas a enfermedades orgánicas, por ejemplo tumores).
- Según el área afectada:

- Corticales: se caracteriza por fallos cognitivos en lenguaje, memoria y juicio.
- Subcorticales: se manifiesta con alteración de la personalidad y humor.

4.4. Factores de riesgo asociados a la demencia

El sexo femenino, la edad avanzada, un bajo nivel educativo, la depresión y fumar, son factores de riesgo asociados a la demencia¹⁴. Existen además, determinadas enfermedades crónicas relacionadas con el funcionamiento vascular, la nutrición y el metabolismo que pueden aumentar el riesgo de declive cognitivo y demencia, entre estas enfermedades cabe destacar la diabetes⁵. En el caso de pacientes que llevan más tiempo padeciendo la enfermedad, el riesgo va en aumento, así como en los que tienen escaso control de la glucemia y en los que siguen tratamiento con insulina. La hipertensión es otro factor de riesgo de la demencia, existe un gran número de datos que confirman la relación entre la edad adulta y la elevada tensión sanguínea. La obesidad, los estados carenciales de vitaminas, especialmente los bajos niveles de B₁₂ y el nivel de colesterol total están asociados a la posibilidad de padecer algún tipo de demencia (Tabla 2). Los estudios de gemelos avalan la influencia genética en el desarrollo de la EA, sin embargo, son los factores ambientales los que influyen en la demencia vascular.

Hasta el día de hoy, existen pocos estudios que analicen los factores de riesgo en la población de personas muy mayores (>85). Los factores reconocidos para el desarrollo de la demencia, la EA y el deterioro cognitivo: son la vejez, el bajo nivel educativo y la herencia. Además, existen factores de riesgo adicionales que se dan en la etapa adulta de la vida como son la hipertensión, la diabetes, el alto índice de masa corporal, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y el tabaquismo. Los escasos contactos sociales y la inactividad física y la depresión son también, factores de riesgo para la demencia¹⁵.

Hay pruebas que demuestran que existen factores de riesgo en la etapa media de la vida que no siempre coinciden con los de la vejez.

Tabla 2: Factores de riesgo conocidos para la demencia

Causas que predisponen a la aparición de demencia

- Género:
 - Sexo femenino.
 - Factores de riesgo cronológico:
 - La edad avanzada.
 - Colesterol.
 - Factores de riesgo ambiental:
 - Grasas saturadas y colesterol.
 - Bajo nivel de educación.
 - Fumar.
 - Factores de riesgo hereditarios:
 - Gen APP, Presenilina 1, Presenilina 2, mutaciones.
 - Alipoproteína E.
 - Inflamación.
 - Factores de riesgo mental.
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Factores de riesgo cardiovascular.
 - Hipertensión.
 - Diabetes Mellitus.
 - Enfermedad de la arteria coronaria.
 - Hiperhomocisteinemia.
 - Trastorno de la arteria coronaria.
 - Lesión cerebral traumática:
 - Traumatismo craneoencefálico grave.
-

La hipertensión arterial durante la edad adulta, puede influir en el posterior desarrollo de la demencia. Sin embargo, los estudios no demuestran que en el caso de manifestarse la hipertensión en la vejez, ésta sea un factor de riesgo¹⁵.

4.5. Rasgos clínicos de la demencia y pronóstico

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia irreversible en adultos y ancianos. El deterioro intelectual va avanzando progresivamente desde la amnesia hasta la incapacidad total. Se desconoce la causa de la enfermedad y tampoco se sabe cómo detenerla y curarla.

La demencia más frecuente después de la EA es la demencia vascular. Consiste en múltiples infartos cerebrales, algunos de los cuales no se aprecian en el momento, pero la suma del tejido dañado, puede llegar a afectar a la memoria y otras funciones intelectuales. Es un tipo de demencia irreversible y que evoluciona por etapas. Existen períodos de tiempo en que la persona se mantiene estable o que tiene una pequeña mejoría. Pero en la mayoría de los casos, la demencia empeora a medida que pasa el tiempo y su progreso resulta inevitable. Como síntomas psicopatológicos hay que destacar la labilidad e incontinencia emocional, confusión nocturna y depresión.

Otro tipo de demencia, con una gran implicación social, es la demencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (DSIDA). El comienzo es insidioso y el curso progresivo, no existe un tratamiento eficaz y a día de hoy, aún queda mucho por descubrir en cuanto a esta patología¹.

5. Depresión

La depresión tiene unas características especiales en las personas mayores, que la hacen diferente de la depresión en el resto de la población. Los trastornos depresivos en los mayores pueden ser el resultado de una enfermedad física, pero también pueden ser la consecuencia. Por lo tanto, es necesario considerar que ambas

condiciones pueden darse a la vez y que se debe encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

La depresión en este grupo de edad genera una serie de consecuencias como: la reducción de la calidad de vida, el aislamiento social y la soledad, el deterioro cognitivo, la incapacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y además, puede llevar a la discapacidad, a incrementar el uso de los servicios de salud y también a la mortalidad por suicidio³.

5.1. Prevalencia

En los últimos años se ha incrementado el interés por la depresión en los mayores y se han realizado varios estudios que han examinado su prevalencia. La prevalencia difiere según los diversos autores, oscila entre un 1 y un 20%³. Esta diferencia se debe a la dificultad del diagnóstico y a la clasificación de los diversos trastornos del ánimo.

La frecuencia de la depresión depende del contexto donde se analice; las tasas más altas se dan en los ingresos en unidades psiquiátricas de los hospitales, que constituyen el 50% del total de hospitalizaciones de los mayores, a continuación, y en torno a una tasa del 40% se manifestaría en los mayores con problemas somáticos, en tercer lugar, estarían las personas mayores de las residencias gerontológicas, tasa que varía entre el 15 y el 35%, y por último, el porcentaje de mayores hospitalizados en unidades no psiquiátricas que oscila entre el 10 y el 20%, sin olvidar que la tasa más baja es la de los mayores que viven en familia, que ronda el 10%⁶.

En el estudio de Alexopoulos¹⁶, se encontró que la prevalencia de la depresión mayor en la población de edad se estima entre 1 y un 4 %, este dato equivale a una incidencia del 0,15% al año. Afecta más a mujeres que a hombres, concretamente, el doble en el sexo femenino. En ambos grupos, la prevalencia y la incidencia se duplica en la franja de edad de los 70 a los 85 años. La depresión menor tiene una prevalencia del 4-13% y la distimia ocurre en un 2% de la población mayor.

La prevalencia de la depresión mayor¹⁷ afecta en mayor medida a las personas con una demencia de tipo vascular, se puede dar en un 50% de los casos; en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, se ha estimado que la prevalencia puede llegar a un 20%.

Según la edad de aparición de la depresión se puede distinguir entre depresión de inicio temprano o de inicio tardío. Entre los pacientes ambulatorios u hospitalizados en unidades geriátricas se encontró que un 52% tuvieron un primer episodio de depresión a los 60 años o más, y en atención domiciliaria se encontró el 71% de los pacientes deprimidos¹⁸.

Hay estudios^{3,16} que reflejan un aumento en la prevalencia de la depresión en la población de más de 80 años. El aumento de la discapacidad, el deterioro cognitivo, las pérdidas socioeconómicas y la mayor supervivencia de la mujer frente al hombre explicaría el hecho de que la población muy mayor sea especialmente propensa a padecer depresión.

5.2. Diagnóstico de los trastornos depresivos geriátricos

Durante el transcurso de un episodio de depresión mayor se deben manifestar casi a diario cinco de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, disminución del interés o pérdida de placer por cualquier actividad, pérdida o aumento de peso (más del 5% corporal), insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Al menos, uno de los síntomas debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer. El síndrome debe durar al menos dos semanas, conducir a deterioro o deterioro funcional y no ser efecto directo del consumo de sustancias, condición médica o duelo. En las personas de edad muy avanzada se puede dar una fase subsindrómica que puede llegar a durar tres años antes de que se manifieste la depresión mayor.

En la depresión menor, deben estar presentes entre dos y cinco síntomas de los anteriores. Este tipo de depresión se asocia con incapacidad funcional y alrededor del 25% de los mayores desarrollan una depresión mayor a los 2 años.

La distimia es un estado de ánimo deprimido muy prolongado y prácticamente crónico, dura habitualmente todo el día y se mantiene a lo largo de al menos dos años, durante este tiempo se presentan dos o más síntomas de depresión y no ha habido ningún episodio de depresión mayor, ni manía o hipomanía.

A veces, la depresión también es una fase del trastorno bipolar. El trastorno bipolar I, se diagnostica en personas con depresión mayor y antecedentes de haber tenido al menos un episodio maníaco o mixto, y el trastorno bipolar II, se diagnostica en aquellos que tienen episodios de depresión mayor y antecedentes de episodios de hipomanía¹⁶.

5.3. Clasificación de la depresión

Los trastornos depresivos¹⁶ en los mayores se pueden clasificar en:

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo menor.
- Trastorno distímico.
- El trastorno bipolar I (episodio más reciente).
- El trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo.

5.4. Factores de riesgo asociados a la depresión

El riesgo de depresión en las personas de edad es mayor que en otros grupos de población debido a la presencia de la enfermedad y de acontecimientos vitales estresantes. Entre los factores psicosociales hay que destacar⁶:

- Sexo femenino.
- Soltería, viudedad.
- Pérdida reciente de un ser querido.
- Jubilación y pérdida de status socioeconómico.
- Elevada coexistencia con enfermedades físicas.
- Enfermedades dentro del círculo familiar.

5.5. Rasgos clínicos de la depresión y pronóstico

Dentro de los rasgos clínicos más características en la depresión de los mayores caben destacar: las quejas somáticas, el insomnio, la irritabilidad

y agitación psicomotora, quejas o signos de deterioro cognitivo, una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la demencia, pobre respuesta al tratamiento y un mayor grado de mortalidad que en el resto de los mayores sin depresión.

La depresión^{6,19} en el mayor, está asociada a un alto riesgo de recurrencia y de tendencia a la cronicidad. Un tercio de los pacientes deprimidos se recuperan totalmente, otro tercio recae tras un periodo sin la enfermedad y el tercio restante sufre la depresión de forma crónica. La depresión es una patología de gran importancia en la población mayor, debe tenerse en cuenta, que la tasa de mortalidad en pacientes deprimidos es más alta que en los mayores que no presentan dicha patología. La tasa de suicidio de las personas de edad dobla a la de los adultos más jóvenes y entre el 60 y el 90% de las personas de más de 75 años que se suicidan tiene un diagnóstico de depresión.

6. Relación entre la depresión y la demencia:

6.1. Dificultad diagnóstica

La depresión y la demencia comparten algunas características que hacen difícil el diagnóstico de ambas patologías¹. En la demencia destaca la sintomatología afectiva. Un 20-30% de pacientes con demencia pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo, concretamente un 30% de los pacientes con EA cumple criterios diagnósticos de depresión. Los pacientes con demencia que sufren síntomas depresivos presentan más trastornos de conducta. Por otra parte, en el transcurso de la depresión se pueden manifestar déficits cognitivos, aunque menos de un 10% de los mayores tiene un deterioro cognitivo que se pueda confundir con una demencia. Los déficits cognitivos que presentan suelen ser trastornos de la atención, concentración y fallos en la memoria de fijación, manteniéndose las demás funciones cognitivas sin alteraciones. Cuando mejoran los síntomas de depresión, también mejoran las alteraciones cognitivas.

6.2. Diagnóstico diferencial

A la hora de realizar un diagnóstico diferencial en los mayores^{1,19} debemos tener en cuenta las diferencias que existen en la historia y el curso evolutivo de las dos patologías. La depresión, tiene un inicio bien definido, y evoluciona de forma rápida en el tiempo frente al inicio insidioso y la lenta evolución de la demencia. Las personas con depresión, se quejan frecuentemente de pérdidas cognitivas, y no realizan esfuerzos en responder a las tareas que se les proponen. Este déficit cognitivo que manifiestan es incongruente con su comportamiento. Contrariamente, las personas con demencia no son conscientes de su enfermedad y por lo tanto no manifiestan quejas de tipo cognitivo, realizando esfuerzos para responder a las tareas, intentando así disimular el déficit. En las etapas iniciales de la depresión hay una pérdida de las habilidades sociales, por contra, en la demencia se mantienen intactas en estas etapas. Durante la demencia, se ve afectada la memoria para hechos recientes y la existencia de lagunas de memoria es infrecuente, sin embargo en la depresión, está afectada tanto la memoria remota como reciente y se dan lagunas de memoria frecuentemente. Las disfunciones nocturnas en la depresión no son comunes, mientras que en la demencia se ven acentuadas.

En un artículo publicado recientemente²⁰, se manifestó que en la depresión se puede distinguir la apatía en la demencia por las respuestas emocionales, como los pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre el presente y el futuro, además de la desesperación, impotencia y pesimismo. Purandare y cols.²¹ señalaron que por medio de los síntomas depresivos como la tristeza, la variación diurna del estado de ánimo, y el insomnio temprano y tardío se pueden diferenciar la depresión mayor de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, la distinción no siempre es clara en las situaciones clínicas (Tabla 3).

Tabla 3: Diagnóstico diferencial de demencia y depresión

	DEPRESIÓN	DEMENCIA
Comienzo	Usualmente específica	Determinada solo dentro de unos límites
Duración	Corta	Usualmente larga
Cuso clínico	Desarrollo rápido de los síntomas	Desarrollo lento de los síntomas
Historia	Es común la existencia de problemas anteriores	No es común la existencia de problemas anteriores
Quejas	Quejas frecuentes y detalladas de pérdidas cognitivas	Poco frecuentes
Esfuerzos	Mínimo esfuerzo incluso en tareas simples	Normalmente existe esfuerzo para ejecutarlas
Afecto	A menudo cambios con una fuerte sensación de malestar	Habitual ausencia de preocupación con afecto lábil y superfluo
Habilidades sociales	Notable pérdida al principio	A menudo intactas en estados iniciales

6.3. La depresión como factor de riesgo de la demencia

La prevalencia de la demencia en el mundo y la incapacidad para encontrar una cura para esta enfermedad, hace necesario identificar cuáles son los factores de riesgo involucrados en esta patología y así poder eliminarlos o minimizarlos en lo posible para prevenir la aparición.

A día de hoy se han identificado varios factores de riesgo, algunos de los cuales son tratables, sin embargo es necesario profundizar en el estudio de otros factores, como es el caso de la depresión.

Existen diferentes causas que pueden estar involucradas en la aparición de una demencia, por ejemplo, en los procesos degenerativos primarios encontramos cambios a nivel cerebral en la enfermedad de Alzheimer o las lesiones vasculares. En los mayores pueden coexistir diferentes tipos de alteraciones cerebrales, es difícil encontrar una demencia pura, por lo tanto en la mayoría de los casos se dan demencias mixtas¹⁴.

La depresión al igual que la demencia, no es una enfermedad sino un síndrome clínico, con un origen heterogéneo, y cuyas manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento puede variar de unas personas a otras. A día de hoy carece de marcadores biológicos, y por lo tanto su diagnóstico depende de escalas o test de valoración.

Las características de estas dos patologías, dan lugar a que los resultados de las diferentes investigaciones sean en algunas ocasiones contradictorios. Con frecuencia, ambos trastornos ocurren de manera conjunta en los mayores, pero no existen datos concretos de la epidemiología de esta condición y esto puede ser debido a¹⁴:

- Los estudios epidemiológicos sobre la demencia por lo general excluyen a los pacientes diagnosticados de depresión.
- Los estudios sobre la depresión excluyen a las personas que sufren de demencia.
- No se han establecido marcadores biológicos que permitan realizar una clara distinción entre las dos entidades.

La relación entre la depresión y el riesgo de padecer demencia aun no está clara, puede deberse a diversos factores relacionados con los

estudios o con su metodología, como por ejemplo, que el objeto de estudio no sea el mismo, o la propia definición de dicho objeto. Algunas investigaciones evalúan la relación entre el número de síntomas depresivos y el diagnóstico de la EA. Otras se centran en la asociación entre los trastornos afectivos y la aparición de la demencia en comparación con otras patologías crónicas, como el caso de la diabetes. Se ha demostrado tanto en estudios prospectivos como retrospectivos^{14,22} que la depresión predispone a la demencia, incluso en aquellas personas que presentan un cuadro subsindrómico de síntomas, sin llegar a estar diagnosticados de depresión, es decir, la existencia de alguna manifestación afectiva en individuos sin demencia, los pone en un mayor riesgo de desarrollarla después de varios años.

En la revisión publicada por Byers y Yaffe¹⁷ se llega a la conclusión de que existen pocos estudios que se interesen por la relación de la depresión en los adultos (considerando a los adultos como las personas con una edad inferior a 60 años) y la demencia en la vejez. Se sugiere que existe una marcada asociación entre la depresión en épocas tempranas de la vida, la duración o la alta frecuencia de los episodios depresivos y la demencia en la vejez. El riesgo de llegar a desarrollar demencia en estos casos puede cuadruplicarse. Se concluyó que las personas que manifestaban síntomas depresivos entre los 40 y 50 años tenían un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer o una demencia vascular. El riesgo de sufrir EA se duplica cuando los síntomas depresivos se manifiestan en la vejez, independientemente de manifestar estos síntomas en etapas tempranas. El riesgo de DV se triplica en aquellas personas que hayan manifestado síntomas en cualquier etapa de su vida. Por lo tanto, la depresión incrementa el riesgo de DV, pero el riesgo de desarrollar la EA depende más de la manifestación en la vejez. Los hombres con síntomas depresivos tienen una probabilidad cuatro veces superior a las mujeres de desarrollar demencia²³. Entre los mayores, de 65 a 84 años, con más de 8 años de estudios, los que tienen un estado de ánimo deprimido tienen cuatro veces más posibilidad de

desarrollar demencia. Estos hallazgos demuestran que la depresión en los mayores puede ser un síntoma temprano o una expresión subclínica de la demencia¹⁷

Algunos estudios longitudinales^{22,24} demuestran que existe relación entre la depresión y el riesgo de padecer deterioro cognitivo, demencia o EA; sin embargo, otros estudios^{25,26} no han encontrado dicha asociación. Una cuestión importante que abordan algunas de estas investigaciones es la relación temporal existente entre la depresión y el desarrollo de la demencia, es decir, si la depresión incrementa el riesgo de desarrollar demencia o es una manifestación temprana de la misma. En un estudio longitudinal²⁴, con un seguimiento de 15 años, se analizó la asociación entre los síntomas depresivos y la demencia, en los mayores y menores de 50 años, también se valoró la relación entre los síntomas depresivos y el riesgo de diferentes tipos de demencia, incluyendo EA, DV, demencia mixta y la demencia debida a otras causas. En los mayores de 50 años se observó una relación entre la historia de la depresión y el riesgo de demencia, además de encontrar que los síntomas depresivos podrían ser manifestaciones tempranas de demencia. Por contra, en los menores de 50 años la depresión es un factor poco probable de demencia. Los síntomas depresivos no aparecen asociados específicamente a subtipos de demencia, por ejemplo EA, DV, demencia debida a múltiples etiologías o demencia debida a otras condiciones médicas; contrariamente la depresión si se asocia a todos los subtipos de demencia. En conclusión, este estudio demuestra que existe una asociación entre los síntomas depresivos y el riesgo de desarrollar demencia.

Contrariamente, el Rotterdam Scan Study²⁷ demostró que haber padecido depresión antes de los 60 años, pero no los síntomas depresivos, estaba asociado con el riesgo de padecer demencia, y sugiere que la depresión puede ser un factor de riesgo para EA, pero no una manifestación temprana de la EA.

Se examinó la relación entre los síntomas depresivos y la incidencia de la demencia a lo largo de 17 años en "The Framingham Heart Study"²². Los

resultados de la investigación mostraron que los pacientes deprimidos tenían un aumento del riesgo del 50% de padecer demencia. Se concluyó, al igual que un estudio anterior²⁸, que la historia de la depresión aproximadamente duplica el riesgo de padecer demencia. También se encontró que existía asociación entre el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y la depresión.

La historia repetida de depresión puede ocasionar un mayor riesgo de demencia, este riesgo puede ser especialmente importante en la depresión recurrente debido a que ocasiona un mayor daño cerebral que episodios aislados. Se ha investigado²⁹ si existe alguna relación de dependencia entre el número de episodios depresivos y el riesgo de deterioro cognitivo leve. Se observó un incremento en el riesgo de todas las causas que pueden generar demencia y EA en función del número de episodios. Cada episodio se relacionó con un incremento del 14% de riesgo en todas las causas. Tener dos o más episodios puede llegar a duplicar el riesgo de demencia. Sin embargo, no aumenta la incidencia de deterioro cognitivo.

Estos resultados coinciden con estudios^{28,30} previos que han encontrado relación entre la historia de la depresión o los síntomas depresivos y el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Esta relación de dependencia llegó a un aumento medio del 13% en el riesgo de demencia con cada episodio que lleva a la hospitalización por depresión.

A conclusiones similares llegó un metaanálisis²⁸ anterior, que indica que la historia de depresión influye en el riesgo de desarrollar demencia, llegando a duplicar la posibilidad de padecer dicha patología. El riesgo de padecer la EA y DV se ve incrementado por la historia de depresión previa, concretamente en la DV el riesgo es mayor para aquellas personas que han tenido un accidente cerebrovascular anteriormente. Se observó que personas diagnosticadas en un principio de depresión llegaron posteriormente a desarrollar demencia. Esta circunstancia demuestra que la depresión puede ser un pródromo temprano de la demencia. Este metaanálisis concluye señalando que la depresión puede

ser una manifestación clínica de la demencia o un pródromo, y además, conduce a daños en el hipocampo a través de la cascada de glucocorticoides.

"The Mirage Study"³¹ evaluó la asociación entre los síntomas de depresión y el riesgo de AD, y exploró la relación temporal entre ambos trastornos. Se encontró que en las personas en que los síntomas de la depresión se manifiestan en los años anteriores al desarrollo de la EA, la asociación es más fuerte que en aquellas en que la depresión se expresa varios años antes al desarrollo del trastorno. Un dato interesante que arroja este estudio es la relación entre la depresión y la EA en aquellos individuos que habían padecido depresión 25 años antes del desarrollo de la enfermedad. La depresión y los síntomas de depresión son comunes en las personas con enfermedad de Alzheimer. Cuando estos síntomas de depresión se presentan justo antes del desarrollo de la EA, pueden ser una manifestación temprana del proceso de demencia.

Parece probable que la depresión pueda ser un factor de riesgo y también un signo temprano de la EA. La mayoría de los estudios^{16,18} encuentran que el riesgo de demencia es mayor cuando hay un intervalo corto entre el diagnóstico de depresión y demencia. Las personas que tienen depresión de inicio tardío tienen una posibilidad de hasta un 40% de desarrollar EA, dentro de los tres a cinco años siguientes al diagnóstico de depresión. Además, el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o demencia es más fuerte en aquellos casos en que existe una historia de depresión previa.

De acuerdo con estos resultados, se encuentra otro estudio³² que considera que el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la depresión y la aparición de la EA determina que la depresión sea un factor de riesgo o un pródromo de la enfermedad. Cuando este intervalo es amplio se puede considerar que la depresión es un factor de riesgo. Por contra, cuando el intervalo es corto, la depresión será un pródromo de la demencia. Coincidiendo con otro estudio³¹, contempla también que las personas con

historial de depresión son más propensas a ser diagnosticadas de EA en la vejez.

Concordando con estos datos, se mostró en un estudio de gemelos³³ que el aumento del tiempo que transcurre entre el diagnóstico de depresión y el de demencia disminuye el riesgo de desarrollar demencia. Por cada año de diferencia se da una disminución del riesgo del 8,4%. Además se demostró que una vez controladas las influencias genéticas, si la depresión se origina en un periodo de tiempo cercano al desarrollo de la demencia, entonces la depresión en los mayores puede ser un pródromo en vez de un factor de riesgo de demencia.

En "The Canadian Study of Health and Aging"²⁶ se realizó un análisis prospectivo de los factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer, encontrándose que el aumento de la edad, un menor número de años de educación y el alelo ε4 de la apolipoproteína se asocian significativamente con un mayor riesgo de la enfermedad de Alzheimer. El consumo de vino, de café, la actividad física regular y el uso de medicamentos no esteroideos se asocian con un menor riesgo de la EA. Al contrario de otros estudios^{2,23,26,30-33}, no se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el sexo, la historia familiar de demencia, los antecedentes de depresión, el traumatismo craneal, el tabaquismo, la presión arterial alta, la enfermedades del corazón ni los accidentes cerebrovasculares.

El trabajo de Kobayashi y Kato²⁰ sugiere que existe una complicada asociación entre la depresión y la demencia que afecta a ambos trastornos. Se centran en la depresión endógena en la edad adulta y en la vejez. Estos autores consideran que existen dos cursos clínicos dentro del complejo demencia-depresión; uno, que durante la depresión surgen síntomas parecidos a la demencia, y otro, que los principios de demencia se pueden complicar con la depresión. En el primer caso podríamos hablar de pseudodemencia. Además, consideran que ésta es una manifestación de una demencia latente en la enfermedad depresiva y que los pacientes que se recuperan de una pseudodemencia son propensos a

desarrollar demencia años después. Encontraron que aproximadamente un 4% de las personas mayores con depresión y cognitivamente intactas desarrollan demencia en el año siguiente; dentro de este grupo, la EA supone entre un 15 y un 50%.

Un metaanálisis cuantitativo de varios estudios longitudinales² concluyó que la depresión es un factor de riesgo seguro para desarrollar cualquier tipo de demencia. Comparando sujetos con depresión y sin depresión, las personas con depresión eran más propensas a desarrollar deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer, demencia vascular o cualquier otro tipo de demencia. En este estudio se muestra que existe una relación de carácter etiológico entre ambas patologías. El conocimiento de dicha relación es necesario para poder desarrollar estrategias que permitan la prevención de ambos trastornos. Se sugiere que existe una relación entre la depresión y el deterioro cognitivo que es similar a la relación entre la demencia y la depresión. Ambos son procesos de declive cognitivo y la depresión los puede acompañar a lo largo de todo el proceso.

Un reciente estudio³⁴ (2013) demuestra por primera vez que el riesgo de demencia vascular es significativamente más alto que el riesgo de EA en las personas mayores con depresión tardía. Se encontró que la asociación entre la depresión y la enfermedad de Alzheimer es más débil que la asociación entre depresión y demencia vascular. Estos datos se contradicen con los resultados arrojados en el estudio de Ownby y cols.³². Por contra, coincidiendo con un estudio anterior²⁹, se encontró que la depresión en los mayores incrementa el riesgo de todas las causas que generan demencia, más específicamente, demencia vascular y EA.

Los resultados de este estudio coinciden con los de una investigación previa³⁵ previa que sugiere que hay una relación recíproca entre la depresión y la demencia vascular, en la que cada condición se asocia con un mayor riesgo de ocurrencia de la otra. Por lo tanto, la depresión crónica puede ser causa de un mayor riesgo de demencia, concretamente, de la demencia vascular. Mientras que la depresión que

ocurre por primera vez en la vejez es más probable que sea una fase prodrómica de la EA.

Por otra parte, se ha encontrado evidencia de que la depresión no es un factor de riesgo para la demencia. Un estudio longitudinal y observacional realizado con personas mayores que viven en la comunidad²⁵ ha mostrado que no existe relación consistente entre el estado de ánimo deprimido, ya sea solo o en relación con deterioro cognitivo, y el desarrollo posterior de la demencia. Aquellos individuos cuyas funciones cognitivas correlacionaban con su estado de ánimo no fueron más propensos a desarrollar demencia que los demás participantes. Sin embargo, las personas que tenían un estado de ánimo deprimido persistente eran más propensas a desarrollar demencia que aquellas sin ánimo deprimido persistente. Se observa en ocasiones, que en los mayores el estado de ánimo deprimido se puede producir en un contexto de comorbilidades médicas, como pueden ser: la diabetes mellitus, la hipertensión y las enfermedades del corazón. Este contexto puede dar lugar a una falsa correlación entre la depresión y la demencia. Por lo tanto, en este estudio no se apoya la hipótesis de que el estado de ánimo esté vinculado al desarrollo de la demencia.

En contra de esta última conclusión, se encuentran varios estudios de cohortes prospectivos^{22,29,36,37} que coinciden en valorar la depresión con el mismo instrumento de medida, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Por lo tanto, se han minimizado el sesgo de muestreo y la variabilidad del diseño, aumentando así la confianza en los resultados.

El primero de estos estudios, "The Framingham Heart Study"²², siguió a una cohorte de 927 personas mayores cognitivamente normales, deprimidas y no deprimidas. Se observó que la depresión estaba asociada a un aumento del riesgo de demencia y EA.

El segundo estudio²⁹, investigó la relación entre el número de episodios depresivos y el riesgo de demencia. Concluye que un número elevado de episodios depresivos aumentan el riesgo entre un 87% y un 92%,

mientras que 2 o más episodios doblan la posibilidad de desarrollar demencia. Sin embargo, la recurrencia de los episodios depresivos no incrementa el riesgo de deterioro cognitivo. Coincidiendo así, en sus resultados con estudios^{28,30} que se realizaron anteriormente.

El tercer estudio³⁶, investigó el cambio en los síntomas depresivos antes y después del desarrollo de la demencia tipo Alzheimer. Se consideró que la enfermedad podría influir en los síntomas depresivos. Posteriormente a las valoraciones antes y después de la aparición de la demencia, se observó que no había un aumento en el número de síntomas depresivos. Por lo tanto, se concluyó que las enfermedades crónicas no conducen necesariamente, a un empeoramiento de los síntomas depresivos.

7. Conclusiones

Aunque la investigación hasta día de hoy no ha resuelto si la depresión es un pródromo o un factor de riesgo para la demencia, sí deja claro que existe una fuerte asociación entre ambas patologías. La mayoría de la literatura consultada reconoce que existe dicha relación. La dificultad para conocer cuál es la naturaleza de esta relación puede deberse a que el objeto de estudio en las distintas investigaciones no es el mismo. Algunos estudios valoran la relación temporal entre la depresión y la aparición de la demencia, otros la relación entre los síntomas depresivos y la posibilidad de padecer demencia, y algunos más, valoran si existe relación entre el número de episodios depresivos y el riesgo de desarrollar demencia. Por lo tanto, existe una abundante literatura sobre la relación entre depresión y demencia, pero se estudia la asociación entre ambos trastornos desde diferentes perspectivas.

La mayoría de los estudios consultados a lo largo de esta revisión, reconocen la relación entre ambos trastornos y encuentran que el riesgo de demencia es mayor cuando hay un intervalo corto entre el diagnóstico de ambas patologías. Cuando la depresión se da en el período temporal anterior a la aparición de la demencia, se puede considerar un pródromo.

Sin embargo, cuando acontece en etapas anteriores de la vida, es un factor de riesgo. Además, según estos estudios, la historia previa de depresión influye en la posibilidad de desarrollar demencia. Cuanto mayor es la frecuencia de los episodios depresivos o su duración, mayor es el riesgo de aparición de demencia. Por lo tanto, la depresión recurrente o crónica, puede ser causa de un mayor riesgo de demencia, mientras que la depresión que se diagnostica por primera vez en la vejez, es considerada como un pródromo o fase prodrómica de la demencia.

A día de hoy, es necesario realizar más investigación sobre este tema para poder clarificar la relación existente entre ambas patologías. Una mejor comprensión de la relación entre la depresión y la demencia puede tener importantes implicaciones clínicas y de investigación. Además, el conocimiento de esta relación es de suma importancia para la salud mental de los mayores. Ambas patologías reducen la calidad de vida y disminuyen la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

El envejecimiento poblacional avanza rápidamente y se espera que el número de personas con demencia aumente a lo largo de los años. Si se pudiera concluir que, efectivamente, la depresión es un factor de riesgo para la demencia, se podrían tomar las medidas preventivas oportunas que actuaran sobre ella, minimizándola o eliminándola. De esta manera se reduciría el número de casos de demencia, mejorando así la salud de las personas mayores, repercutiendo positivamente en los gastos que estos trastornos ocasionan a los sistemas sociosanitarios. Por lo tanto, es urgente encontrar estrategias que permitan controlar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la demencia.

8. Bibliografía

1. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 2001.
2. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(5):441-9.
3. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, et al. Prevalence of Depression and its Treatment in an Elderly Population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):601-7.
4. Steffens DC, Potter GG. Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med*. 2008;38(2):163-75.
5. Berg S, Dahl A, Nilsson S. Declive cognitivo y demencia. En: Fernández-Ballesteros R. *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide; 2009, p.223-42.
6. Ballesteros Jiménez S. *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Editorial Universitas; 2007.
7. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet*. 2002;360(9347):1759–66.
8. Ferri C, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366(9503):2112-7.
9. Tola-Arribas MA, Yugueros MI, Garea MJ, Díaz-Gómez B, Ortega-Valín F, Cerón-Fernández A, et al. Prevalence of Dementia and Subtypes in Valladolid, Northwestern Spain: The DEMINVALL Study. *Plos One*. 2013;8(10):e77688.
10. Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009;9:55.

-
- 11.Ostrosky-Solís F. Demencias: conceptos, criterios diagnósticos y clasificación. En: Fernández S, Ardila A, Arando J. Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Mexico: Ed. El Manual Moderno; 2003, p.15-29.
 - 12.Emre M. Classification and diagnosis of dementia: a mechanism-based approach. *Eur J Neurol.* 2009;16(2):168-73.
 - 13.Millán-Calenti J. Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2006.
 - 14.Korczyn A, Halperin I. Depression and dementia. *J Neurol Sci.* 2009;283(1-2):139-42.
 - 15.Wallin K, Boström G, Kivipelto M, Gustafson Y. Risk factors for incident dementia in the very old. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(7):1135-43.
 - 16.Alexopoulos G. Depression in the elderly. *The Lancet.* 2005;365(9475):1961-70.
 - 17.Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nat Rev Neurol.* 2011;7(6):323-31.
 - 18.Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-89.
 - 19.Millán-Calenti J. Gerontología y geriátría: valoración e intervención. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2011, p.285-301.
 - 20.Kobayashi T, Kato S. Depression-dementia medius: between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics.* 2011;11(3):177-82.
 - 21.Purandare N, Burns A, Craig S, Faragher B, Scott K. Depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16(10):960-5.
 - 22.Saczynski JS, Beiser A, Sesshadris, Auerbach S, Lobo PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia. The Framingham Heart Study. *Neurology.* 2010;75(1):35-41.
 - 23.Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence:

prospective results from the PAQUID Study. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51(8):1055-63.

24.Li G, Wang LY, Shofer JB, Thompson ML, Peskind ER, McCormick W, et al. Temporal Relationship between depression and dementia: Findings from a large community-based 15-Year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(9):970-7.

25.Becker J, Chang Y, López O, Dew MA, Sweet R, Barnes D, et al. Depressed mood is not risk factor for incident dementia in a community-based cohort. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17(8):653-63.

26.Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hébert R, Helliwell B, Hill GB. Risk factors for Alzheimer's Disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *Am J Epidemiol.* 2002;156(5):445-53.

27.Geerlings MI, den Heijer T, Koudstaal PJ, Hofman A, Breteler MM. History of depression, depressive symptoms, and medial temporal lobe atrophy and the risk of Alzheimer disease. *Neurology.* 2008;70(15):1258-64.

28.Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):776-81.

29.Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology.* 2010;75(1):27-34.

30.Kessing LV, Andersen PK. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:1662-6.

31.Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, Sadovnick D, et al. Depression as a Risk Factor for Alzheimer Disease: The MIRAGE Study. *Arch Neurol.* 2003;60(5):753-9.

32.Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(5):530-8.

-
33. Johansson B, McArdle J, Fratiglioni L. Depression as a risk factor or prodromal feature for dementia? Findings in a population-based Sample of Swedish twins. *Psychol Aging*. 2009;24(2):373-84.
34. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds Ch. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-35.
35. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitme RA. Midlife vs. late-life depressive symptoms and risk of dementia differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):493-8.
36. Wilson RS, Hoganson GM, Rajan KB, Barnes LL, Mendes de León CF, Evans DA. Temporal course of depressive symptoms during the development of Alzheimer disease. *Neurology*. 2010;75:21-6.
37. Geda YE. Blowing hot and cold over depression and cognitive impairment. *Neurology*. 2010;75(1):12-4.