



# Abordaje terapéutico de la depresión en la persona mayor con demencia

Dra. Daniela González Astorga  
Depto. Psiquiatría P.U.C.

# Depresión y Demencia

Cuando estamos frente a un paciente con sospecha de estar presentando uno o ambos cuadros clínicos, nuestra primera necesidad será lograr un diagnóstico lo más acertado posible, como primer paso de un buen abordaje terapéutico...

# Depresión y Demencia

Podemos enfrentar tres situaciones:

- Paciente con duda dg. de Demencia o Pseudodemencia depresiva.(esto es depresión o demencia??)
- Paciente con dg. de Demencia con sospecha de Depresión. (podrá además estar deprimido??)
- Paciente con dg. de Depresión con sospecha de estar iniciando una Demencia (se estará deteriorando cognitivamente además??)

# Depresión y Demencia

¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

\*Pseudodemencia depresiva.  
Lyshman 1987

\*Depresión vascular.  
Alexopoulos 1997

\*Late Life Depression o Depresión de inicio tardío  
Lebowitz 1997

\* Evidencia creciente mostrando la relación entre condiciones neuropatológicas propias del deterioro cognitivo y presencia de síntomas anímicos.

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

- **Temporal lobe Atrophy and white matter lesions are related to mayor depression over 5 years in the elderly**

Olesen PJ1, Gustafson DR, Simoni M, Pantoni L, Ostling S, Guo X, Skoog I  
Neuropsychopharmacology 2010 Dec, 35 (13): 2638-45

## CONCLUSION

Our findings suggest that temporal lobe atrophy and WML represents relatively independent and complementary pathways to mayor depression in the elderly. (and no minor o subsyndromal depression)

**La atrofia del lóbulo temporal y lesiones en sustancia blanca representan vías relativamente independientes y complementarias para depresión mayor en AM**

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

Depresión es...

- Reacción a déficits cognitivos ?
- Síntoma temprano de demencia?
- Factor de riesgo para demencia?



# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

**\*Características asociadas a depresión en personas con demencia que residen en dispositivos de cuidados a largo plazo.**

Gruber-Baldini AL , Zimmerman S , Boustani M , Watson LC , Williams CS , Reed PS.  
The Gerontologist 2005

## CONCLUSIÓN

El 25% de los participantes del estudio estaban deprimidos clínicamente. La depresión se relacionó con: deterioro cognitivo severo, con síntomas conductuales, con dolor, y con estar en residencias con fines de lucro.

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

**\*Impacto de los síntomas depresivos en la tasa de progresión a demencia en pacientes afectados por deterioro cognitivo leve.**

**Estudio longitudinal italiano sobre Envejecimiento.**

Panza F , Capurso C , D'Introno A , Colacicco AM , Zenzola A , Menga R , Pistoia G , Santamato A , Scafato E , Gandin C , Capurso A , Solfrizzi V 2008

## CONCLUSIÓN

En nuestra población, la presencia de síntomas depresivos no modificó la tasa de progresión a demencia en pacientes con DCL.

Nuestros resultados no mostraron que variables socio-demográficas o factores de riesgo vascular influyan en la falta de asociación entre síntomas depresivos y conversión a demencia

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

## **\*Severity of depression and risk for subsequent dementia: Cohort studies in China and the UK**

Chen R, Hu Z, Wei L, qin X, McCracken C, Copeland JR

BJPsych 2008, 193: 373-77

### **CONCLUSIONS**

**Only most severe syndromes and cases of depression  
are risk factor for dementia (AD and VD)**

**Severe cases remained longer time depressed**

**Sólo los síndromes y casos más severos de depresión  
constituyen un factor de riesgo para demencia (EA o  
vascular). Los casos más severos permanecieron más  
tiempo deprimidos**

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

## \*Depression and risk for Alzheimer disease: A systematic review, metanalysis, and metaregression analysis.

Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Lowenstein D.  
Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 530-8

### CONCLUSION

A history of depression may confer an increased risk for later developing AD. This relation may reflect an independent risk factor for the AD, much more than a prodrom.

Una historia de depresión puede implicar un riesgo aumentado de desarrollo posterior de EA. Esto puede representar un factor de riesgo independiente para EA, mucho más que un pródromo.

# ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

Depresión es...

- Reacción a déficits cognitivos ?
- Síntoma temprano de demencia?
- Factor de riesgo para demencia?



## ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

- \*La probabilidad de desarrollar demencia es mayor en quienes han sufrido cuadros depresivos severos.
- \*Los cuadros depresivos severos pasan más tiempo sintomáticos.
- \*Habría un especial riesgo con un mayor tiempo total de sintomatología depresiva presente.
- \*Este riesgo es independiente de otros factores de riesgo.

## ¿Cuál es la relación entre depresión y demencia?

\*La depresión de inicio tardío (LLD) se comporta más como pródromo de demencia

y la depresión de inicio temprano (ELD) lo hace más como un factor de riesgo.

\*Los procesos neurodegenerativos y cerebrovasculares tendrían un rol importante en la patogénesis de la depresión en el AM, especialmente en la LLD.

...Es por esto que coexisten tanto y empeoran su evolución mutuamente.

\*La presencia de ELD severa tendría un rol en el desarrollo posterior de demencias.

**¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?**

¿Cómo diferenciar si este deterioro cognitivo asociado a síntomas depresivos es: secundario a una depresión o a un proceso demenciante?

¿Cómo establecer si un paciente con demencia tiene además un cuadro depresivo?



# ¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?

¿Cómo diferenciar si este deterioro cognitivo asociado a síntomas depresivos es secundario a una depresión o a un proceso demenciante?

Clínicamente:

- Coincidencia en inicio de síntomas anímicos y cognitivos.
- Factores de riesgo
- Imágenes y pruebas laboratorio
- Usar escalas específicas (MMSE solamente NO!!)
- Prueba terapéutica SIEMPRE
- Seguimiento... con ENP e imágenes
- Marcadores...

# ¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?

¿Cómo establecer si un paciente con demencia tiene además un cuadro depresivo?

## - Clínicamente:

- **ALTA** Sospecha clínica (20% en EA y 50% DV)
- Cambio en patrón de evolución:
  - Ánimo depresivo
  - Conductual
  - Ritmos biológicos
  - Aceleración del declinar cognitivo y/o funcional
- Ideación de muerte o suicida
- Dolor
- Usar escalas específicas (los síntomas son distintos en pacientes con demencia!!)
  - **Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), NIMH-dAD**
- Prueba terapéutica

# NIMH aAD

- Three (or more) of the following symptoms must be present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning. At least one of the symptoms must either be 1) depressed mood or 2) decreased positive affect or pleasure
  - Clinically significant depressed mood
  - Decreased positive affect or pleasure in response to social contacts and usual activities
  - Social isolation or withdrawal
  - Disruption in appetite
  - Disruption in sleep
  - Psychomotor changes
  - Irritability
  - Fatigue or loss of energy
  - Feelings of worthlessness, hopelessness, or excessive or inappropriate guilt
  - Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, plan or attempt

# Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

## MOOD-RELATED SIGNS

1. Anxiety: anxious expression, rumination, worrying
2. Sadness: sad expression, sad voice, tearfulness
3. Lack of reaction to present events
4. Irritability: annoyed, short tempered

## BEHAVIORAL DISTURBANCE

5. Agitation: restlessness, hand wringing, hair pulling
6. Retardation: slow movements, slow speech, slow reactions
7. Multiple physical complaints (score 0 if gastrointestinal symptoms only)
8. Loss of interest: less involved in usual activities (score only if change occurred acutely, i.e., in less than one month)

## PHYSICAL SIGNS

9. Appetite loss: eating less than usual
10. Weight loss: (score 2 if greater than 5 pounds in one month)
11. Lack of energy: fatigues easily, unable to sustain activities

## CYCLIC FUNCTIONS

12. Diurnal variation of mood: symptoms worse in the morning
13. Difficulty falling asleep: later than usual for this individual
14. Multiple awakening during sleep
15. Early morning awakening: earlier than usual for this individual

## IDEATIONAL DISTURBANCE

16. Suicidal: feels life is not worthy living
17. Poor self-esteem: self-blame, self-depreciation, feelings of failure
18. Pessimism: anticipation of the worst
19. Mood congruent delusions: delusions of poverty, illness or loss

**¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?**

**\*Diagnosing depression in AD with the NIMH provisional criteria (NIMH-dAD)**

Teng E, Ringman JM, Ross LK, Mulnard RA, et al  
Am J Geriatr Psychiatry. 2008 June; 16 (6): 469-77

**CONCLUSION**

The NIMH-aAD criteria identify a greater proportion of AD patients as depressed than several others established tools (DSM IV, CSDD, GDS)

**Los criterios NIMH-dAD logran identificar una mayor proporción de pacientes con EA como deprimidos e comparación con otras herramientas establecidas (DSM IV, CSDD, GDS)**

**¿Cuáles son las dificultades diagnósticas cuando ambas entidades están presentes?**

**\*Differentiating early dementia from major depression with the spanish version of the Addenbrook's Cognitive Examination (ACE)**

Roca M, Torralva T, López P, Marengo J, Cetkovich M, Manes F.  
Rev Neurol 2008 Mar 16-31; 46(6):340-3

**CONCLUSION**

The cognitive performance developed in the ACE is different in patients with early dementia with a significantly lower scores than the depressed patients,

**El desempeño cognitivo desplegado en aplicación del ACE fue significativamente peor en pacientes con demencia temprana en comparación con pacientes solamente deprimidos**

# Tratamiento Farmacológico

- **USARLO!!**
- No olvidar buscar causas físicas de «depresión».
- **Indagar uso fármacos potencialmente depresógenos.**
- Es esencialmente el mismo que usamos en depresión en el AM.

# Tratamiento Farmacológico

- Comenzar con dosis menores  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  de la habitual.
- **Aumentar hasta dosis estándar cada 6-10 días**
- Mantener dosis estándar 4 a 6 semanas y aumentar en  $\frac{1}{2}$  dosis si no hay respuesta o hay respuesta parcial **HASTA ALCANZAR REMISIÓN**
- **Llegar siempre a dosis necesaria para remisión**
- Mantener misma dosis por mínimo 12 meses desde alcanzada remisión (fase continuación).
- **Retirar disminuyendo  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  dosis cada 2 semanas, si reaparecen síntomas volver a dosis anterior hasta completar 24 meses de mantención.**



# Tratamiento Farmacológico

- Según perfil sintomatológico:
  - Angustia, inquietud, insomnio, anorexia:
    - \* Mirtazapina, Mianserina, Trazodona
  - Desánimo, falta de energía, hipersomnias:
    - \* Bupropión, Venlafaxina, Desvenlafaxina
  - Asociación con ansiedad:
    - \* ISRS; Sertralina, Escitalopram, Vortioxetina
  - Asociada a patología oncológica:
    - \* Desvenlafaxina
  - Asociada a dolor:
    - \* Duloxetina

# Otras terapias

- Cerebrolisina
- Terapia electroconvulsivante (TEC o ECT):
  - Como tratamiento único, potenciador y/o de mantención.
  - Seguro y con pocos efectos adversos.
  - Poco planteado por la mala fama y mitos asociados.
- Estimulación magnética transcraneal (EMT o TMS)
  - Menos resistida
  - Más lenta respuesta
  - Muy buen perfil de seguridad
- Musicoterapia, terapias conductuales y actividades de socialización.
- Psicoterapia
- Psicoeducación a familiares/cuidadores!!

# Factores de mal pronóstico

- **Características clínicas de la enfermedad:**
  - Recuperación lenta inicial
  - Depresión inicial más grave
  - Duración mayor de 2 años
  - Historia de distimia
  - Síntomas psicóticos
  - **Enfermedad cerebral en la sustancia blanca profunda y ganglios basales**
  - **Enfermedad cerebral difusa (demencia)**
- **Factores generales:**
  - Estrés crónico asociado a poca estimulación ambiental, delincuencia y pobreza
  - Enfermedad física de reciente diagnóstico
  - Ser víctima de delincuencia
  - Mala percepción de soporte social.
  - Trastorno de personalidad cluster B

# Otras consideraciones

- No olvidar buscar otras causas de depresión...
- **Monitorizar respuesta!!**
- No olvidar evaluar potenciales efectos adversos del tratamiento antidepresivo.
- **No olvidar que el riesgo de suicidio es real.**
- No olvidar que el no tratamiento, se asocia a peor evolución y mayor sobrecarga del cuidador.



**Muchas gracias por su atención!!**