

Charles Da Silva [1]
Víctor Ramos [1]
Paula Carvalho [1]

Incremento de los cambios cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial debido a depresión.

Increase in cognitive changes in patients with initial Alzheimer's disease by depression.

Incremento das alterações cognitivas dos pacientes com a doença de Alzheimer devido a depressão.

[1] Universidad de Guanajuato, Campus León - Sede San Carlos, Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos; C.P. 37670; León, Guanajuato. México.

Correspondencia: Dr. Charles Da Silva - Sede San Carlos, Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos; C.P. 37670; León, Guanajuato. México. Correo electrónico: charles.rodrigues@ugto.mx

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue investigar el incremento de los cambios cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial debido a la depresión, considerando principalmente los cambios poblacionales, los componentes de la dinámica demográfica y el aumento de la población de adultos mayores en México. Participaron en la investigación 785 adultos mayores, pacientes de la clínica UMAE T1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los participantes fueron evaluados con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Mini Examen de Estado Mental (MME) de Folstein. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los mecanismos cognitivos de orientación; atención y cálculo; lenguaje; memoria; y recuerdo diferido y capacidad viso-constructiva. Así se concluye que existe un aumento de las alteraciones cognitivas presentadas

ABSTRACT

The aim of this work was to investigate the increase of cognitive changes in patients with initial Alzheimer's disease due to depression, mainly considering population changes, dynamics of demographic components and the increase of population the older adults in Mexico. In this investigation participated 785 older adults, patients of the UMAE T1 clinic, of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). The participants were evaluated with the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Folstein Mini Mental State Examination (MME). The results presented statistically differences in the cognitive mechanisms of orientation; attention and calculation; language; memory; and deferred memory and visuoconstructive capacity. It concluded that there is an increase in the cognitive alterations presented by the elderly with Alzheimer's disease in the initial phase, when a depression of a mild

RESUMO

O objetivo deste trabalho de investigação foi verificar o aumento das alterações cognitivas em pacientes com a doença de Alzheimer em fase inicial devido à depressão, considerando fundamentalmente as alterações populacionais, as componentes das dinâmicas demográficas e o aumento de idosos no México. Nesta investigação participaram 785 idosos, utentes da clínica UMAE T1, do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS). Os participantes foram avaliados com o Inventario de Depressão de Beck (IDB II) e o Mini Exame do Estado Mental (MME) de Folstein. Os resultados apresentaram diferenças significativas nos mecanismos de orientação; atenção e cálculo; linguagem; memória; e memorização diferida e capacidade viso-constructiva. Desta forma, foi possível concluir que os sintomas cognitivos da doença de Alzheimer em fase inicial são mais acentuados

por el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer en fase inicial, cuando se asocia a la enfermedad una depresión de nivel leve o moderado, lo que perjudica la realización de un buen diagnóstico y consecuentemente de un buen programa de estimulación cognitiva.

Palabras clave: Alzheimer; cognición; depresión; neuropsicología; MME, demencia

or moderate level is associated with the disease, which harms the performance of a good diagnosis and consequently of a good program of cognitive stimulation.

Keywords: Alzheimer disease; cognition; depression; MME; neuropsychology; dementia.

quando associados a depressão de tipo leve ou moderada, o que impossibilita a realização de um bom diagnóstico e ao mesmo tempo de um bom programa de estimulação cognitiva.

Palavras-chave: Alzheimer, cognição, depressão; MME; Neuropsicologia; demência.

México en los últimos años, ha tenido diversos cambios poblacionales, resultado de las dinámicas de sus componentes demográficos, esencialmente por el aumento de la población de adultos mayores. Una de las principales preocupaciones de este aumento demográfico es el incremento de adultos mayores que viven solos y sin supervisión de otro adulto, un aumento que se ha verificado principalmente en las localidades rurales. Estos datos apuntan para un aproximado de 1.1 millones de mayores que probablemente padecen de alguna enfermedad, pero que no están diagnosticados (Da Silva, 2017; Da Silva & Carvalho, 2017a; INEGI, 2014).

En esta población no diagnosticada, una de las enfermedades más comunes es el Alzheimer en fase inicial, fundamentalmente, porque en los 3 primeros años del desarrollo de la enfermedad se presenta un cuadro sintomatológico muy parecido a los síntomas de un envejecimiento normal. Los principales cambios se generan al nivel de las limitaciones de memoria y orientación, aunque estos deben presentar un bajo impacto en la vida del adulto mayor, no interfiriendo con su autonomía y su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (Da Silva, Carvalho, Quino & Gruart, 2017; Riddle, Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017).

Actualmente, el aumento de la población de adultos mayores en México representa un importante incremento, son más de 350 mil casos de enfermedad de Alzheimer en todo el territorio nacional, con una incidencia anual de 25 mil casos y una mortalidad de 2 mil adultos mayores a cada año. La enfermedad se caracteriza por la muerte rápida y prematura de neuronas en áreas cerebrales específicas, acompañada por cambios conductuales, psicológicos, morbilidades biológicas, y en fase inicial, por depresión (Da Silva & Carvalho, 2017b; Qazi, Gutzmann & Gul, 2017).

En la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer es importante evaluar la consciencia que el mayor pueda tener de su enfermedad, considerando que el bienestar del paciente y de sus familiares depende mucho de qué tanto el adulto mayor reconoce su nivel de enfermedad

o su estadio. Los indicadores han demostrado que los mayores con consciencia de la enfermedad buscan más información sobre su padecimiento o buscan llegar a la negación absoluta de su estado clínico (Leyhe, Reynolds, Melcher, Linnemann, Klöppel, Blennow, Zetterberg, Dubois, Lista, & Hampel, 2017; Ramakers & Verhey, 2017).

La depresión muchas veces se genera en la fase inicial del Alzheimer, cuando el mayor empieza a ganar consciencia de su enfermedad y de las alteraciones que vivencia. En esta enfermedad, la depresión tiene una prevalencia de 51.7% en muestras clínicas, y de 38.1% en muestras comunitarias. Importa referir que la depresión cuando asociada al deterioro cognitivo leve (DCL) puede potenciar las pérdidas de memoria, y estas a su vez pueden estar asociadas con algunas dificultades de orientación, de aprendizaje, reconocimiento, entre otros aspectos (Da Silva, 2017; Qazi, Gutzmann & Gul, 2017).

Etiológicamente los factores que intervienen como desencadenantes de la depresión pueden ser: los procesos degenerativos, la comorbilidad somática, el trastorno cardiovascular doloroso o incapacitante, las condiciones de estrés psicosocial y el ingreso a instituciones geriátricas. Aunque la depresión en fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, en general, se presenta leve o moderada, y se atribuye a la percepción que el mayor tiene de los síntomas y limitaciones cognitivas que presenta debido al Alzheimer (Qazi, Gutzmann & Gul, 2017; Ramakers & Verhey, 2017).

Es importante destacar que los síntomas somáticos relacionados con la presencia de depresión en los mayores, tienen una especial relevancia a la hora de efectuar un diagnóstico diferencial del estado de la enfermedad de Alzheimer, fundamentalmente porque estos síntomas en indicadores del estado depresivo, aumentan la dificultad para detectar el nivel real de afectación cognitiva provocada por el Alzheimer, así como a los cambios conductuales (Leyhe, Reynolds, Melcher, Linnemann, Klöppel, Blennow, Zetterberg, Dubois, Lista, & Hampel, 2017; Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017).

Otro factor importante para el surgimiento de la depresión en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial, además de la percepción de la misma enfermedad, es el cambio de la dinámica familiar. El surgimiento de una enfermedad neurodegenerativa provoca alteraciones en el proceso normal de la familia, cambios en las rutinas, alteraciones en los roles, y principalmente, en la identificación de aquel que será el cuidador principal. El proceso en sí puede generar en el adulto mayor una sensación de estorbo e inutilidad, podría llevarlo a un estado depresivo de nivel leve o moderado (Da Silva, 2017; Vidovich & Almeida, 2011).

Método

Participantes

La muestra de este trabajo fue de 785 mayores residentes en el estado de Guanajuato en México, donde encontramos a 420 mujeres (53,5%) y 365 varones (46,5%). La edad media de los participantes fue de 84 años y fueron divididos homogéneamente en dos grupos: un grupo experimental (GE) y un grupo de control (GC). Todos los participantes presentaron un reporte con diagnóstico clínico de Alzheimer en fase inicial, prescrito por un neurólogo, mientras que los participantes del GE presentaron un reporte con diagnóstico clínico de depresión prescrito por un psiquiatra.

El GE fue constituido por 395 adultos mayores con Alzheimer en fase inicial y con depresión escogidos aleatoriamente de la clínica UMAE T1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de León, Estado de Guanajuato. El GE tenía una media de edad de 86 años que variaba entre los 68 y los 92 años, su división por género estaba representado por 203 mujeres (51,4%) y 192 varones (48,6%).

El GC fue compuesto por otros 390 usuarios adultos mayores con Alzheimer en fase inicial y sin depresión también escogidos aleatoriamente de la clínica UMAE T1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de León, Estado de Guanajuato. El GC tenía

una media de edad de 82 años que variaba entre los 66 y los 87 años, su división por género representaba 217 mujeres (55,6%) y 173 varones (44,4%).

Instrumentos

Para evaluar la depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI- II) creado en 1996 con la finalidad de adaptarse a los criterios diagnósticos de depresión mayor contenidos en la cuarta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Es una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial para población clínica y de investigación, lo que permite considerar una mayor confianza en los resultados al permitir la comparación con otros estudios. Consta de 21 reactivos, formulados con las descripciones verbales que generalmente la población clínica depresiva proporciona sobre su sintomatología. El inventario es de tipo Likert, de cuatro puntos, donde "0" es "no", y 3 es "sí, mucho". Su aplicación es corta, alrededor de 15 minutos, además puede ser auto aplicable (Beck, Steer & Brown, 1996; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

La evaluación cognitiva fue efectuada a partir del Mini Examen de Estado Mental (MME) de Folstein. El MME es un instrumento clínico de aplicación individual, con una duración aproximada de 15 minutos, que se utiliza para la valoración terapéutica de las funciones cognitivas de los pacientes, así como para verificar los niveles cognitivos y para el rastreo de las demencias (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

El MME está dividido en 5 categorías de evaluación: orientación; memoria; atención y cálculo; lenguaje; recuerdo diferido y capacidades viso-constructivas. La puntuación máxima es de 30 puntos, considerando que la puntuación igual o superior a los 25 puntos, sea de un estado normal. Así se considera una pérdida cognitiva leve de 21 a 24 puntos, moderada de 10 a 20 puntos y grave cuando los resultados presenten 9 puntos o sean inferiores. La puntuación bruta podrá necesitar correcciones de acuerdo con la escolaridad y edad del usuario (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Procedimiento

En el primer contacto efectuado con los participantes y cuidadores, fueron explicadas las condiciones de la participación en este estudio. Además, recogimos sus autorizaciones y llenamos la historia clínica de los participantes. Todo el proceso de evaluación fue efectuado en las instalaciones de la clínica UMAE T1, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de León, Estado de Guanajuato.

Se aplicaron otras 9 sesiones por cada adulto mayor, de las cuales 8 fueron utilizadas para la aplicación de pruebas, y la última sesión se utilizó para juntamente con los mayores y sus cuidadores verificar expedientes, y reportar a los adultos mayores y cuidadores los resultados de las pruebas. Los participantes fueron informados sobre la investigación, su participación fue voluntaria y correspondió a los criterios éticos de confidencialidad y anonimato, como a los criterios metodológicos difundidos por la American Psychological Association (APA).

Resultados

Considerando la relación entre la prueba cognitiva Mini Examen de Estado Mental (MME) de Folstein, y los niveles de depresión del Inventario de Depresión de Beck (BDI- II) se encontraron en la orientación

Tabla 1. ANOVA de un factor - Orientación.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	11.372	2	5.461	10.547	.000
Intra-grupos	93.647	206	.444		
Total	112.749	208			

diferencias estadísticamente significativas al nivel de las puntuaciones de diferencia de medias $p < 0.05$, con un puntaje de $p=0.000$, entre el grupo de depresión leve - moderado. Por lo tanto, existe relación entre variables. El puntaje $F= 11.372$, $gl=2$, y $p= 0.000$ (Tablas 1 y 2).

Con el análisis Post Hoc, del ANOVA, Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de atención y cálculo $p < 0.05$, entre los grupos de leve - moderado en depresión, cuyos puntajes son $p=0.000$ en ambos casos. Los puntajes $F= 48.637$, $gl= 2$ y $p= 0.000$ (Tablas 3 y 4).

En el caso de la capacidad del lenguaje, al realizar el análisis Post Hoc de ANOVA se encontraron diferencias significativas estadísticamente $p < 0.05$ entre los grupos de depresión leve – normal, $p=0.000$, normal- moderado, $p=0.000$, pero no hay diferencias significativas entre los grupos leve - moderado, $p=0.586$. El coeficiente $F= 42.836$, $gl=2$ y $p= 0.000$ (Tablas 5 y 6).

Tabla 2. Variable dependiente: Orientación.

(I) BeckPuntaje	(J) BeckPuntaje	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Leve	Normal	-.406	.120	.097	-.82	.08
	Moderado	.444*	.092	.981	-.39	.49
Moderado	Normal	-.444*	.096	.000	-.71	-.19
	Leve	-.038	.173	.981	-.54	.38

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 - Scheffé.

Tabla 3. ANOVA de un factor – Atención y Cálculo.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	246.265	2	123.133	48.637	.000
Intra-grupos	481.563	206	2.338		
Total	727.828	208			

La memoria arrojó un puntaje de significancia $p < 0.05$, lo que significa que existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de depresión leve – moderado, $p = 0.003$, y entre los grupos normal – normal. El resultado del análisis arrojó $F = 21.984$, $gl = 2$ y $p = 0.000$ (Tabla 7 y 8).

En el caso del recuerdo diferido y capacidad viso-constructiva, se obtuvieron puntuaciones de significancia $p < 0.05$, lo cual significa que existe relación de dichas funciones entre los grupos de depresión leve-moderado, con $p = 0.002$. Con este análisis se obtuvo $F = 6.097$, lo cual indica que la relación entre variables es poca, precisamente por un puntaje bajo en F, se obtuvieron también $gl = 2$ y $p = 0.001$, la significación indica que este resultado se puede deber a un 0.1% de probabilidad de que se haya obtenido por el azar (Tablas 9 y 10).

Discusión

Los resultados arrojan un aumento de las alteraciones cognitivas presentadas por el adulto mayor con enfermedad de Alzheimer en fase inicial, cuando se asocia a la enfermedad una depresión de nivel leve o moderado. Se pudo verificar que la depresión provoca una disminución en las capacidades de orientación, atención y cálculo; lenguaje, memoria, recuerdo diferido y capacidad viso-constructiva, esto en comparación con las limitaciones normales y expectables de un cuadro sintomatológico de Alzheimer inicial (Da Silva, 2017; Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017; Vidovich & Almeida, 2011).

Un aspecto importante en la influencia de la depresión leve y moderada sobre los síntomas del Alzheimer es la alteración mnésica, siendo que esta aumenta las dificultades en memorizar, codificar o recuperar información nueva o anteriormente aprendida, además de esta función cognitiva, podrá esta también afectar el nivel de la captación rápida y precisa de detalles, semejanzas y diferencias entre la información nueva y la anteriormente memorizada (Qazi, Gutzmann & Gul, 2017; Da Silva, Carvalho, Quino & Gruart, 2017; Riddle, Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017).

Tabla 4. Variable dependiente: Atención y Cálculo.

(I) BeckPuntaje	(J) BeckPuntaje	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Leve	Normal	-2.263*	.387	.000	-2.85	-1.28
	Moderado	-.287	.343	.639	-1.47	.63
Moderado	Normal	-2352*	.287	.000	-2.83	-1.75
	Leve	.245	.376	.573	-.61	1.37

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 - Scheffé.

Tabla 5. ANOVA de un factor - Lenguaje.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	587.273	2	279.386	42.836	.000
Intra-grupos	1265.386	202	5.974		
Total	1655.837	204			

La orientación es otro factor cognitivo que se encuentra más afectado cuando es asociado a una depresión. Su alteración se realiza al nivel espacial, temporal y personal, es decir, el paciente tendrá mayores dificultades de orientarse en los lugares, considerando el tiempo o los días; en algunas situaciones, podrían no ser capaces de asociar el tiempo o el espacio cuando estén en un determinado lugar a una determinada hora. La orientación, por su asociación con el sistema atencional, podría verse aún más afectada cuando se presente en conjunto con alteraciones de la atención, como se puede verificar en los pacientes con Alzheimer y depresión (Leyhe, Reynolds, Melcher, Linnemann, Klöppel, Blennow, Zetterberg, Dubois, Lista, & Hampel, 2017; Ramakers & Verhey, 2017).

Todas las alteraciones son limitativas al estado del paciente, aunque el lenguaje puede presentar alteraciones más importantes, considerando que su afectación provoca

alteraciones en la fluidez verbal, y en la capacidad del manejo de palabras simples y aisladas. Respecto a la atención se podrán verificar un empeoramiento de la capacidad del adulto mayor en seguir una conversación, además de limitaciones asociadas a la comprensión numérica, velocidad del cálculo, y principalmente en la realización de operaciones matemáticas simples, indispensables en las actividades de la vida diaria (Da Silva, 2017; Da Silva, Carvalho, Quino & Gruart, 2017; Riddle, Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017; Ramakers & Verhey, 2017).

En México se han encontrado otras investigaciones que corroboran parcialmente nuestras investigaciones, esto porque los mayores evaluados tenían deterioro cognitivo leve pero no por enfermedad de Alzheimer. En el Estado de Monterrey, por ejemplo, se verificó que un 48,6% de los adultos mayores que presentaban alteraciones cognitivas, también padecían de depresión, y que el nivel de las alteraciones del funcionamiento cognitivo eran proporcionales al nivel de la depresión (Cárdenas, Vilarreal & Salinas, 2006; Da Silva & Carvalho, 2017a).

En un estudio realizado en la ciudad de México, de ámbito observacional y con aplicación de encuestas que tenían como objetivo explorar la esfera cognitiva de 129 adultos mayores de edad comprendida entre 75 y 79 años. Los resultados apuntaron a que más de 50%

Tabla 6. Variable dependiente: Lenguaje.

(I) BeckPuntaje	(J) BeckPuntaje	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Normal	Leve	3.972*	.673	.000	2.16	5.50
	Moderado	2.834*	.238	.000	2.28	3.82
Leve	Normal	-3.947*	.723	.000	-5.62	-2.06
	Moderado	-.724	.689	.574	-2.53	1.33
Moderado	Normal	-4.036*	.289	.000	-4.08	-2.28
	Leve	.684	.834	.574	-1.47	3.33

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 - Scheffé.

Tabla 7. ANOVA de un factor - Memoria.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	25.082	2	11.346	21.984	.000
Intra-grupos	121.263	207	.532		
Total	117.942	208			

presentaban mayores limitaciones cognitivas debido a la asociación entre el deterioro cognitivo leve y la depresión, de nivel leve o moderada (Estrella, González & Moreno, 2008; Da Silva & Carvalho, 2017b).

Un factor importante que considerar es que tanto en esta investigación, como en las investigaciones que presentamos: Monterrey y México, la depresión surge después del deterioro cognitivo, reforzando la idea de que la etiología de los síntomas depresivos están bastante relacionados con la percepción de la enfermedad. En investigaciones realizadas por encuesta, se ha podido verificar que los cambios de rol familiar, después del surgimiento del deterioro, son potenciadores de tristeza, sentimiento de inutilidad y desesperanza (Da Silva, 2017; Potter, McQuoid, Steffens, Beyer & Taylor, 2017; Qazi, Gutzmann & Gul, 2017).

De igual manera, es importante considerar que en ninguno de los trabajos de investigación se presentaron

resultados sobre los efectos de la depresión severa cuando es asociada al deterioro cognitivo, esto está relacionado al constructo del Inventario de Depresión de Beck, pues no lo permite. Entonces, los resultados presentados son correspondientes a la asociación del deterioro cognitivo con la depresión de tipo leve o moderada, considerando que en estos niveles el paciente puede responder con consciencia y coherencia a las preguntas que presenta la prueba (Beck, Steer & Brown, 1996; Cárdenas, Vilarreal & Salinas, 2006; Estrella, González & Moreno, 2008).

Las investigaciones en este ámbito en México aún son muy pocas, lo que ha imposibilitado que la salud pública y privada de este país puedan implementar medidas que disminuyan las implicaciones de la depresión geriátrica, principalmente cuando esta es causa de la percepción de la enfermedad. Añadiendo además, que cada adulto mayor tendrá un envejecimiento particular que no puede ser generalizado o comparado al de otro mayor, situación que resalta más cuando el envejecimiento es patológico y está asociado a morbilidades neuropsiquiátricas, como en el caso de la depresión (Da Silva, 2017).

Conclusiones

La discusión de los datos arrojados en los resultados de esta investigación, permiten concluir que los mecanismos cognitivos de orientación; atención y cálculo;

Tabla 8. Variable dependiente: Memoria.

(I) BeckPuntaje	(J) BeckPuntaje	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Normal	Leve	.699*	.210	.003	.23	1.36
	Moderado	.672*	.162	.000	.37	.97
Leve	Normal	-.639*	.215	.003	-1.33	-.37
	Moderado	-.033	.213	.770	-.47	.52
Moderado	Normal	-.671*	.114	.000	-.89	-.53
	Leve	.032	.214	.870	-.52	.68

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 - Scheffé.

Tabla 9. ANOVA de un factor - Recuerdo Diferido y Capacidad Viso-constructiva.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	22.488	2	11.657	6.097	.001
Intra-grupos	343.425	204	1.345		
Total	367.230	204			

lenguaje; memoria; y recuerdo diferido y capacidad viso-constructiva de los adultos mayores con Alzheimer en fase inicial, pueden presentar mayor intensidad sintomatológica del cuadro neurodegenerativo cuando esté asociado a la depresión. La depresión, en general, se instaura en el mayor cuando este empieza a ganar consciencia y a tener percepción de la enfermedad de Alzheimer y sus consecuencias.

Así, concluimos que la depresión tanto de tipo leve como de tipo moderada generan alteraciones al nivel de los mecanismos cognitivos. En este sentido es

importante conocer la etiología del estado depresivo para que la evaluación pueda ser exacta y así, proporcionar al adulto mayor o a su cuidador un diagnóstico diferencial. Un buen diagnóstico posibilita al profesional de salud la posibilidad de construir un programa de estimulación cognitiva coherente con el cuadro neurodegenerativo, sin considerar la intensificación de los síntomas provocados por la depresión, y considerando que la depresión este siendo tratada.


Es necesario añadir que cada adulto mayor tiene un envejecimiento particular que no puede ser generalizado o comparado al de otro mayor, situación que es aún más complicada cuando el envejecimiento está acompañado de la enfermedad de Alzheimer. Finalmente, lo más significativo es que al envejecer, la comorbilidad con mayor frecuencia es la depresión; aunque la depresión geriátrica puede estar asociada a otras comorbilidades, como las enfermedades que se van presentando como una cuestión propia de la edad. 

Tabla 10. Variable dependiente: Recuerdo Diferido y Capacidad Viso-constructiva.

(I) BeckPuntaje	(J) BeckPuntaje	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
	1					
Leve	Normal	.734	.245	.104	-.15	1.69
	Moderado	-.683*	.278	.846	-.63	1.02
Moderado	Normal	.672*	.145	.005	.18	1.37
	Leve	-.132	.267	.965	-1.09	.71

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05 - Scheffé.

Received: 24/03/2017

Accepted: 04/12/2017

REFERENCIAS

- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cárdenas, L., Villarreal, J. Z., & Salinas, R. (2006). Capacidad cognitiva de los pacientes de un servicio geriátrico ambulatorio en Monterrey, México. *Enfermería Universitaria* 8(31):84-87.
- Da Silva, C. Y. R. (2017). Envejecimiento – Evaluación e Intervención. México: Manual Moderno.
- Da Silva, C. Y. y Carvalho, P. A. (2017a). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103-109.
- Da Silva, C. Y. y Carvalho, P. A. (2017b). Estado conductual y psiquiátrico en el adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve de enfermedad de Alzheimer posible. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 373-379.
- Da Silva, C. Y., Carvalho, P. A., Quino, H. J. M., & Gruart, M. V. (2017). Effects of depression on cognition of patients with mild neurocognitive disorder due to possible Alzheimer's disease. *Ciencias Psicológicas*, 11(2): 149 – 154.
- Estrella, A., González, A., & Moreno, Y. C. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en medicina familiar* 10(4):127-132.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal Psychiatric Reserch*, 12: 189-198.
- INEGI- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. México: INEGI.
- Leyhe, T., Reynolds, C. F., Melcher, T., Linnemann, C, Klöppel, S., Blennow, K., Zetterberg, H., Dubois, B., Lista, S., & Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *The Journal of the Alzheimer's Association*, 13(1): 59-71.
- Qazi, A., Gutzmann, H., & Gul S. (2017) Depression and Anxiety in Dementia Subjects. In: Verdelho A., Gonçalves-Pereira M. (eds.) *Neuropsychiatric Symptoms of Cognitive Impairment and Dementia. Neuropsychiatric Symptoms of Neurological Disease*. Springer, Cham.
- Ramakers, I. H. G. B., & Verhey F. R. J. (2017) The Difficult Distinction Between Affective Disorders and Mild Cognitive Deterioration. In: Verdelho A., Gonçalves-Pereira M. (eds.) *Neuropsychiatric Symptoms of Cognitive Impairment and Dementia. Neuropsychiatric Symptoms of Neurological Disease*. Springer, Cham.
- Riddle, M., Potter, G. G., McQuoid, D. R., Steffens, D. C., Beyer, J. L., & Taylor W. D. (2017). Longitudinal Cognitive Outcomes of Clinical Phenotypes of Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10): 1123-1134.
- Vidovich, M, & Almeida, O. P. (2011). Cognition-focused interventions for older adults: the state of play. *Australasian Psychiatry* 19 (4): 313-316.