

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Factores relacionados con deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía, atendidos en servicios de psiquiatría. Bogotá, 2018-2019.

REALIZADO POR:

Maria José Gutiérrez Maichel
Paula Alejandra Cano Losada

TUTORES

Dr. Rodrigo Nel Córdoba
Dr. Daniel Alejandro Buitrago
Dr. Juan Fernando Cano
Dr. Alexie Vallejo

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación:

Factores relacionados con deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía, atendidos en servicios de psiquiatría. Bogotá, 2018-2019.

Instituciones participantes:

Clínica Campo Abierto , Clínica Nuestra Señora de La Paz, y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.

Tipo de investigación: Estudio descriptivo en una cohorte de pacientes con depresión de inicio tardío.

Investigador principal:

Maria José Gutiérrez Maichel.

Paula Alejandra Cano Losada.

Investigadores asociados:

Asesor clínico o temático:

Dr. Rodrigo Nel Córdoba

Dr. Alexie Vallejo

Asesor metodológico:

Dr. Juan Fernando Cano

Dr. Daniel Alejandro Buitrago

“A nuestros padres por su apoyo y amor incondicional, a nuestros asesores por su confianza y guía durante este proyecto de investigación y a nuestros formadores en psiquiatría que a través de sus enseñanzas nos ayudaron a alcanzar esta meta”.

Agradecimientos

Tabla de contenido

1.	Introducción	7
1.1	Planteamiento del problema.....	7
1.2	Justificación.....	9
2.	Marco Teórico.....	10
3.	Pregunta de investigación	17
4.	Objetivos	17
4.1	Objetivo general	17
4.2	Objetivos específicos	18
5.	Metodología	18
5.1	Tipo y diseño de estudio	18
5.2	Población.....	18
5.3	Tamaño de muestra	18
5.4	Criterios de selección	19
5.4.1	Criterios de inclusión	19
5.4.2	Criterios de exclusión.....	19
5.5	Variables	19
5.5.1	Variables dependientes.....	19
5.5.2	Variables independientes	19
5.6	Plan de análisis.....	23
5.7	Proceso de recolección de la información.....	23
5.8	Instrumentos Fuente e Instrumentos de recolección de los datos	23
6.	Aspectos éticos.....	24
7.	Administración del proyecto	25
7.1	Cronograma.....	25
7.2	Presupuesto	26
8.	Resultados	26
9.	Discusión.....	34
10.	Limitaciones.....	36
11.	Conclusión	37
13.	Referencias.....	39
14.	Anexos	41
14.1	Consentimiento informado.....	41
14.2	Formato de recolección de información (cuestionario)	43
14.3	Entrevista MINI	45
14.4	Escala de Severidad de Depresión Validada (Escala MADRS).....	47
14.5	Escala MoCA	49

Abstract

Background: Depression is a very prevalent disease, which is very important by all the burden of disease that it entails. In addition to the overall alteration in functioning, it has been shown that it is directly associated with cognitive function deterioration, which is even more significant in older patients. Therefore, late life depression is studied as one of the modifiable risk factors for the development of dementia.

Methods: Observational descriptive study in a prospective cohort of patients with late life depression. 16 patients, over 50 years old, with the first depressive episode in 3 different psychiatric services were studied. An initial interview was conducted, where the diagnosis of Depressive Disorder was confirmed with an M.I.N.I interview and clinical and sociodemographic data were collected, subsequently followed up at 3 and 6 months. Were applied Montgomery-Asberg scales MADRS for depression severity and Montreal cognitive assessment test MoCA for cognitive function compromise. **Results:** Female sex, education ≤ 6 years, diabetes, arterial hypertension, B12 deficiency, social isolation were always present in patients with MoCA scores <20 . In MoCA scores between 20 and 25 factors studied were variable. And in scores ≥ 26 lowest age was present.

Conclusion: Women consult earlier for depressive symptoms. Low education level of our population makes it necessary for the original MoCA cut-off points to be adjusted. Alcoholism antecedent is important in the study of dementia. No factors were found that show a difference in the progression of cognitive impairment in patients with late depression.

Keywords: late life depression, mild cognitive impairment, major neurocognitive disorder, dementia.

Resumen

Antecedentes: La depresión es una enfermedad muy prevalente, que cobra gran importancia por toda la carga de enfermedad que conlleva. Además de la alteración global en el funcionamiento, se ha evidenciado que se asocia directamente con deterioro de la función cognitiva, siendo éste aún más significativo en los pacientes mayores. Por esto, la depresión de inicio tardío es estudiada como uno de los factores de riesgo modificables para el desarrollo de demencia. **Metodología:** Estudio descriptivo observacional en una cohorte prospectiva de pacientes con depresión de inicio tardío. Se estudiaron 16 pacientes, mayores de 50 años, con primer episodio depresivo en 3 diferentes servicios de psiquiatría. Se realizó una entrevista inicial, donde se confirmó el diagnóstico de Trastorno Depresivo con entrevista M.I.N.I y se recolectaron datos clínicos y sociodemográficos, posteriormente realizándose seguimiento a 3 y 6 meses. Se aplicaron las escalas de Montgomery-Asberg MADRS para severidad de la depresión y la prueba de evaluación cognitiva de Montreal MoCA para el compromiso de la función cognitiva. **Resultados:** El sexo femenino, la escolaridad ≤ 6 años, la diabetes, la hipertensión, déficit de vitB12, el aislamiento social estuvieron siempre presentes en los pacientes con puntaje MoCA < 20 . En puntajes MoCA entre 20 y 25 la presencia de los factores estudiados fue variable. Y en los puntajes ≥ 26 la menor edad estuvo presente. **Conclusión:** Las mujeres consultan más pronto por síntomas depresivos. La baja escolaridad de nuestra población hace necesario que los puntos de corte del MoCA original sean ajustados. El antecedente de alcoholismo es importante en el estudio de demencia. No se encontraron factores que muestren diferencia en la progresión del deterioro de la función cognitiva en pacientes con depresión tardía.

Palabras claves: depresión de inicio tardío, deterioro cognitivo leve, trastorno cognitivo mayor, demencia.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La depresión se ha convertido en una enfermedad relevante en la actualidad, no solo por su aumento de prevalencia a nivel mundial en los últimos 10 años sino también por la variedad de implicaciones en la vida cotidiana de los afectados, como por ejemplo pérdida de días laborales, disminución en la calidad de vida y su concomitancia con múltiples enfermedades crónicas, llevando a una alteración funcional significativa en el transcurso de la enfermedad; además se asocia a repetidas recaídas a lo largo de la vida, que finalmente conlleva a una alteración en el funcionamiento previo del individuo, que incluso con el uso de medicamentos antidepresivos, se ha evidenciado que no se logra en muchos casos una completa remisión de todos estos síntomas(1).

Se ha estimado su prevalencia a nivel mundial en 4,4%, con variación según la edad encontrándose un pico en la población mayor (7,5% entre mujeres de 55-74 años y 5,5% en hombres)(2). La depresión también está presente en la población joven alrededor de los 15 años de edad pero con cifras menores que en la población adulta mayor. En Colombia la prevalencia de Depresión presenta cifras más cercanas entre población joven (1%) y la adulta mayor (1.3%)(3).

La presencia de Depresión o síntomas depresivos se asocia con deterioro de la función cognitiva, y en los pacientes que desarrollaron sintomatología depresiva de inicio tardío, usualmente 60 años, este deterioro es mucho más significativo, pudiendo ser éstos síntomas parte de la presentación clínica de la demencia, o como un pródromos de ésta(4).

También es ampliamente descrito que el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. Entre estos, los síntomas depresivos pueden ser parte de la presentación clínica de la demencia, razón por la cual se ha reportado la prevalencia de depresión en pacientes con demencia entre el 9 y 68% a nivel mundial(5).

En el 2012, un estudio de cohortes que incluyó a 2160 personas de 65 años y mayores reportó una asociación entre depresión y un mayor riesgo de aparición de demencia(6), y en el 2017, otro estudio de cohortes que siguió por 28 años a 10308 personas antes del diagnóstico de demencia encontró que los síntomas depresivos en la fase temprana del estudio correspondientes a una edad menor en los pacientes, incluso cuando son crónicos/recurrentes, no aumentan el riesgo de demencia; y fue solo en los 10 años previos a la incidencia de demencia que los síntomas depresivos fueron más frecuentes en estas personas, que en aquellos sin demencia(7). Estos datos toman gran importancia ya que la demencia es una entidad cada vez más prevalente a nivel mundial, encontrándose alrededor de 47 millones de personas en el 2015, y se prevé que este número se triplique para el 2050, debido a los cambios en la pirámide poblacional(8).

La depresión también se ha relacionado como un potencial predictor no cognitivo para el curso negativo del estado funcional de las personas, que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer (EA); además entre las personas que ya han sido diagnosticadas con EA, la depresión ocurre en hasta el 50% de estos pacientes, y se ha asociado de forma transversal con una peor capacidad funcional, independientemente del estado cognitivo, por lo cual también puede predecir el declive cognitivo futuro en la EA(9).

En resumen, la relación entre depresión tardía, deterioro cognitivo y demencia ha sido ampliamente estudiada. Por esto, el deterioro cognitivo es un punto clave al momento de evaluar los pacientes con trastorno depresivo mayor, ya que se ha evidenciado un menor rendimiento cognitivo de éstos con un promedio de 0,5-0,7 Desviaciones Estándar (DE) por debajo de la población general. Siendo muchas de las quejas de estos pacientes, la persistencia de problemas cognitivos aún después de que los síntomas depresivos han remitido. Lo que implica a su vez, una disminución en el funcionamiento previo en las diversas áreas del individuo(10). Lo que generado la inquietud de evaluar el deterioro cognitivo de acuerdo al curso, progresión y resolución de los síntomas depresivos, en este tipo específico de paciente, y además los factores sociodemográficos y comorbilidades relacionadas, que de alguna manera puedan llegar a influir y conllevar en la aparición de un trastorno neurocognitivo mayor.

1.2 Justificación

Como ha sido mencionado previamente, un gran porcentaje de nuestra población sufre de depresión mayor, depresión recurrente, o ha presentado síntomas depresivos en algún momento de su vida, evidenciándose en la literatura una prevalencia mayor en la población de la tercera edad, se considera importante buscar y de la misma manera poder identificar o incluso tener en mente estos síntomas, casi que como un factor predictor, para el posterior deterioro cognitivo de estos pacientes, conllevando a su vez el poder disminuir si no la incidencia, al menos la gravedad y el pronóstico, ya sea a corto o largo plazo, de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

A nivel mundial se han desarrollado diferentes estudios con un gran número de población, y con seguimiento por varios años para evaluar la asociación de estas entidades, Sin embargo no se han iniciado estudios con estas características a nivel Nacional. Por lo cual el propósito es realizar un estudio exploratorio en varios centros médicos y servicios de psiquiatría de la ciudad de Bogotá D.C., en pacientes con depresión de aparición tardía, que son aquellos con mayor susceptibilidad a desarrollar demencia; e igualmente describir la presencia de factores asociados propiamente al individuo y del curso de la enfermedad, o antecedentes adicionales, cuando persiste el deterioro cognitivo a pesar de la resolución de los síntomas depresivos.

2. Marco Teórico

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad crónica y multifactorial que presenta síntomas afectivos, anhedonia y otros síntomas somáticos como falta de apetito o trastornos del sueño(11). Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, es la principal causa de carga global de discapacidad y enfermedad, y conlleva un riesgo persistente de recaída incluso durante la remisión(8).

Los pacientes con TDM a menudo presentan disfunción cognitiva en dominios como la atención, las funciones ejecutivas, la memoria o la velocidad psicomotora(12) que se ha considerado clásicamente secundario a los síntomas afectivos. Anteriormente este cuadro se conocía como pseudodemencia depresiva y se clasificaba dentro de las “demencias curables”. Hoy en día, sin embargo, esta visión tradicional está cambiando. Actualmente se acepta que el TDM es una enfermedad neuroprogresiva y se ha propuesto que la neuroinflamación y la neurotoxicidad pueden llegar a ser elementos causales de la disfunción cognitiva presentada(13). Por esto se explica que la disfunción cognitiva es una característica central y duradera del TDM, como se observó anteriormente en la esquizofrenia o trastorno bipolar (TAB)(14). Además, el deterioro cognitivo se ha descartado como exclusivo de la depresión en la tercera edad y se ha descrito en pacientes con depresión desde el primer episodio (15). Otros autores describen además que los efectos de los episodios depresivos acumulativos pueden interactuar con el envejecimiento, de modo que los déficits de rendimiento cognitivo empeoran con la recurrencia a lo largo de la vida(16).

El envejecimiento de la población se acompaña de un dramático aumento en la prevalencia de la depresión, y en los adultos mayores la diferenciación entre los síntomas depresivos, el deterioro cognitivo y la demencia requiere de un alto grado de conocimiento y adecuada evaluación para enfocar una oportuna detección y tratamiento. Múltiples estudios señalan que la depresión puede presentarse entre el 30-50 por ciento de los pacientes con demencia, y más de un 30 por ciento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan a lo largo de su enfermedad un síntoma depresivo(17).

La depresión de inicio tardío principalmente posterior a los 65 años tiene especial importancia por la evidencia que la relaciona como un pródromo de demencia(1), y es en este punto donde los primeros hallazgos de deterioro cognitivo son cruciales.

La Demencia no es considerada como tal una enfermedad, sino más bien un síndrome, con muchas causas potenciales, pudiendo ser primeramente procesos degenerativos primarios, u otras alteraciones a nivel cerebral, siendo una de las más frecuentes los procesos vasculares cerebrales. Éstas suelen presentarse en conjunto, pues es bastante raro encontrar un tipo de demencia completamente pura; lo cual nos llevaría a pensar que no hay una forma en que esta entidad pueda prevenirse completamente, ya que al igual que el TDM, la demencia es una patología multifactorial. (18)

Por su parte el Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), se define como la aparición de cambios cognitivos los cuales pueden ser medidos objetivamente, sin estar acompañados por un deterioro en el funcionamiento global previo. Se ha estimado que aproximadamente un 15% de individuos de 65 años o más, progresa hacia demencia anualmente. (19)

Aunque se han encontrado gran cantidad de etiologías para la aparición o desarrollo de Demencia, la Enfermedad de Alzheimer (EA) es la más común de ellas, encontrándose dentro de todas las causas como el 60-80%; la segunda más común es la demencia de origen vascular, aunque como mencionado previamente, gran parte de las demencias coexisten, y se hace realmente difícil poder hacer una adecuada diferenciación entre ellas. (20)

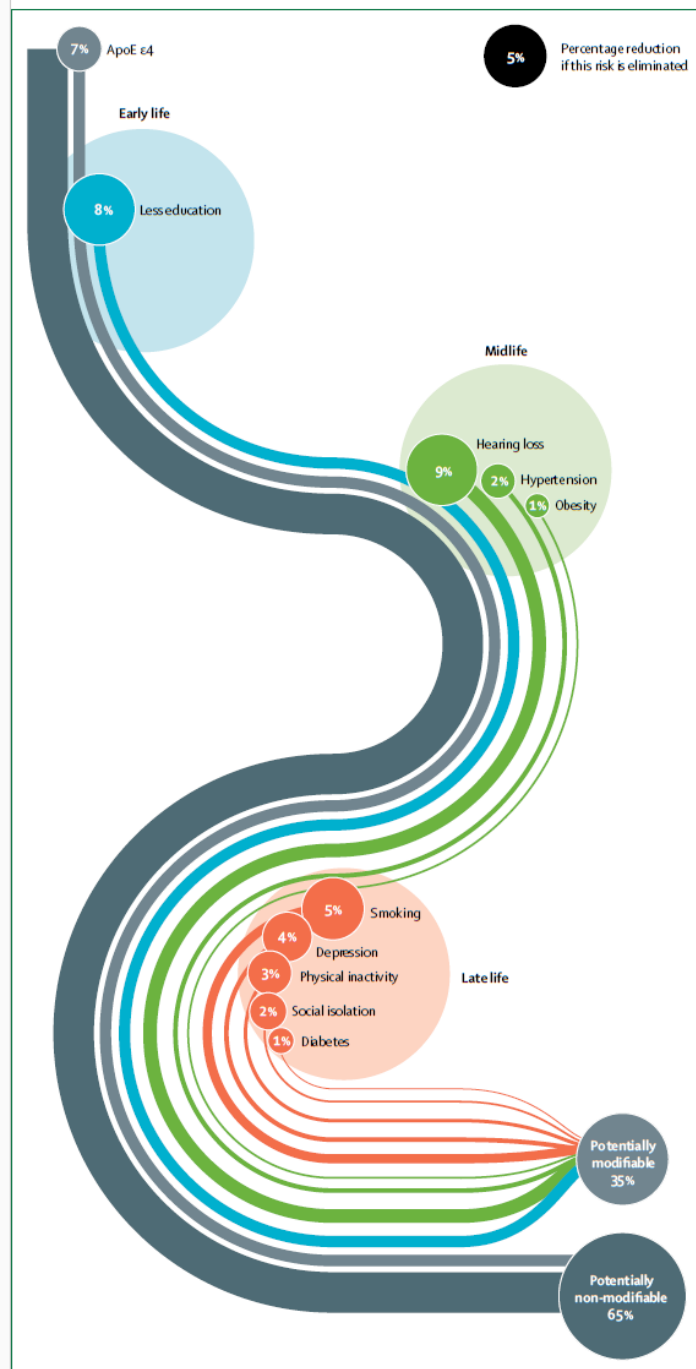
La demencia o TNM comparte gran parte de su fisiopatología con el TDM, ya que se ha encontrado una alteración a nivel neurobiológica en los pacientes cursando con demencia, principalmente con EA. Alteraciones en los diferentes niveles de neurotransmisores los cuales aún no se han esclarecido, por lo que se hasta el momento se hecho uso de diversos psicofármacos en estos pacientes, pero no es clara la modificación que éstos producen en las vías de neurotransmisores y cómo esto genera un impacto a nivel cognitivo en estos individuos. Asimismo, se han evidenciado cambios a nivel estructural a nivel cerebral, principalmente en la región del Hipocampo, la cual se encuentra directamente relacionada con la memoria; estas modificaciones se

han evidenciado principalmente en los pacientes presentando EA y demencias de tipo vascular. Todas estas teorías de orden fisiopatológico, demostrarían que la aparición de síntomas depresivos de inicio tardío, no solamente son un indicador de susceptibilidad para el desarrollo de un TNM, sino más bien apoyaría que la depresión es como tal un pródromos o factor de riesgo para desarrollo de demencia, y en general con cualquier tipo de Demencia. (18)

Múltiples estudios se han realizado en los cuales se ha evidenciado que hay una franca asociación entre Depresión de inicio tardío y la posterior aparición de un TNM. En muchos de ellos se hizo difícil generar como tal la asociación, pues los pacientes no fueron seguidos durante mucho tiempo, lo que incrementaba la dificultad al momento de esclarecer si realmente la Depresión aumentaba el riesgo de Demencia, o si los síntomas depresivos se incrementaban como resultado de la aparición de un proceso demencial en el individuo.

En un estudio en el que se hizo seguimiento a este grupo de pacientes por 17 años, se evidenció que estar deprimido dobla el riesgo de desarrollar una Demencia, al igual que de desarrollar Enfermedad de Alzheimer, controlando variables como el sexo y la edad.(21) De la misma forma, la aparición de TNM también se ha visto asociado con múltiples factores vasculares, lo cual postularía que la patología vascular puede también hacer parte de la patogénesis de la Depresión de inicio tardío.

Igualmente se ha encontrado una relación directamente proporcional entre la severidad de los síntomas depresivos y el riesgo de desarrollar un TNM. Y cuando se intentó realizar un estudio en el que se buscaba diferenciar grupos según el sexo, se encontró que los hombres en aquellos estudios se presentaban con una mayor severidad de síntomas depresivos, lo cual hacía que se encontrara una mayor asociación entre la aparición de síntomas depresivos en hombres, que aquellos evidenciados en las mujeres, lo cual finalmente actuaría como un factor de confusión. (22).



Modelo de vida de la contribución de los factores de riesgo modificables a la demencia
 Los números se redondean al entero más cercano. La figura muestra factores de riesgo potencialmente modificables o no modificables. Tomado de www.thelancet.com Published online July 20, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Además de la depresión de aparición tardía, la población adulta mayor tiene otros factores que han

sido asociados como de riesgo para el desarrollo de demencia, entre estos enfermedades metabólicas como la diabetes sumadas a síntomas afectivos depresivos aceleran el deterioro cognitivo(23).

El nuevo informe de *the Lancet*(24) de la Comisión sobre la prevención de la demencia publicó los factores de riesgo asociados a la aparición de esta; 9 puntos son prevenibles y modificables para reducir en un tercio el riesgo de demencia, estos fueron:

Menos nivel educativo en edades tempranas de la vida; pérdida auditiva, hipertensión y obesidad hacia la mitad de la vida; y tabaquismo, depresión, sedentarismo, aislamiento social y diabetes en la edad tardía. La depresión de aparición tardía correspondió al 4% de estos factores de riesgo.

Educación

Menos tiempo en educación, que definimos como no tener educación secundaria, se asocia con un RR de demencia de 1,59 (IC 95% 1 · 26-2 · 01)(25). Se cree que el bajo nivel de educación resulta en vulnerabilidad al deterioro cognitivo porque da como resultado una menor reserva cognitiva, lo que permite a las personas mantener la función a pesar de la patología cerebral. Todavía no se sabe si la educación después de la escuela secundaria es adicionalmente protectora.

Pérdida auditiva

El mecanismo subyacente al deterioro cognitivo asociado con la pérdida de audición periférica aún no está claro; tampoco se establece si la corrección, como los audífonos, puede prevenir o retrasar el inicio de la demencia. La edad avanzada y la patología microvascular aumentan el riesgo tanto de demencia como de pérdida de audición periférica y, por lo tanto, podrían confundir la asociación. La pérdida de la audición podría aumentar la carga cognitiva de un cerebro vulnerable que lleva a cambios en el cerebro, o conducir a la desconexión social o la depresión y la atrofia acelerada, todo lo cual podría contribuir al acelerado declive cognitivo.

El riesgo de pérdida auditiva para demencia en un metanálisis(26) de tres estudios concluyó un RR 1,94, IC del 95%, no es mayor que el riesgo de otros factores de riesgo individuales, pero también es pertinente para muchas personas porque es altamente prevalente y ocurre en el 32% de las personas mayores de 55 años.

La pérdida auditiva central leve puede con una prevalencia estimada del 2%, no se ha relacionado con un mayor riesgo de demencia.

Ejercicio y actividad física

El ejercicio físico conduce a beneficios en las personas mayores sin demencia, como mejorar el equilibrio y reducir las caídas, mejorar el estado de ánimo, reducir la mortalidad y mejorar la función. Los adultos mayores que hacen ejercicio tienen más probabilidades de mantener la cognición que aquellos que no hacen ejercicio. Aunque No hay ensayos aleatorizados disponibles para demostrar que el ejercicio previene el deterioro cognitivo demencia, pero los estudios observacionales han encontrado una relación inversa entre el ejercicio y el riesgo de demencia.

Resultados de un metanálisis(27) de 15 estudios de cohorte prospectivos que siguen a 33 816 individuos sin demencia durante 1 a 12 años informaron que la actividad física tenía un efecto protector significativo contra el deterioro cognitivo, siendo los niveles más altos de ejercicio los más protectores (índice de riesgo [HR] 0,62, IC 95% 0,54-0,70). Otro metaanálisis(28) incluyó 16 estudios con 163797 participantes sin demencia y encontraron que el RR de la demencia en los grupos de actividad física más altos en comparación con los más bajos fueron 0,72 (95% CI 0,60-0,86) y el RR de La enfermedad de Alzheimer fue 0,55 (IC 95% 0,36-0,84).

Diabetes, hipertensión y obesidad

La obesidad está relacionada con la prediabetes y el síndrome metabólico, que se caracteriza por la resistencia a la insulina y las altas concentraciones de insulina periférica. Se cree que las anomalías periféricas de insulina causan una disminución en la producción de insulina en el cerebro, lo que puede afectar el aclaramiento de amiloide.

Un aumento en la inflamación y altas concentraciones de glucosa en sangre también podrían ser mecanismos por los cuales la diabetes afecta la cognición.

Tabaquismo

La asociación con el deterioro cognitivo podría deberse a la relación entre el tabaquismo y la patología cardiovascular, pero el humo del cigarrillo también contiene neurotoxinas, lo que aumenta el riesgo.

Una vez más, su alta prevalencia contribuye a su asociación. Las intervenciones que se utilizan para reducir el consumo de cigarrillos, y el tabaquismo ha disminuido y está disminuyendo en la mayoría de los países; aunque en 2015, el tabaquismo parecía estar aumentando en el Mediterráneo oriental y África

Depresión

Los síntomas depresivos pueden ser parte de la presentación clínica de la demencia, lo que ha llevado a un debate sobre la dirección de la causalidad: si la depresión es un síntoma prodromico o un factor de riesgo independiente para demencia. Los estudios de cohortes con tiempos de seguimiento más largos muestran un vínculo entre el número de episodios

depresivos y el riesgo de demencia, lo que refuerza la afirmación de que la depresión es un factor de riesgo para la demencia. Sin embargo, un estudio de cohortes(7) que siguió a personas durante hasta 28 años antes del desarrollo de la demencia encontró que solo en los 10 años anteriores a la incidencia de demencia los síntomas depresivos eran más altos en personas con demencia que en aquellos sin demencia. Esto sugiere que la depresión en la mediana edad no es un factor de riesgo para la demencia. Sin embargo, no está claro si los síntomas depresivos altos que se observan en personas que desarrollan demencia son una causa de demencia en un momento de vulnerabilidad o un síntoma temprano de demencia. Es biológicamente plausible que la depresión aumenta el riesgo de demencia porque afecta a las hormonas del estrés, los factores de crecimiento neuronal y el volumen hipocampal.

Las prescripciones antidepresivas tienen aumentado en las últimas tres décadas y se cree que este aumento afecta la incidencia de la demencia, ya que los datos en animales sugieren que algunos antidepresivos, incluido el citalopram, disminuyen la producción de amiloide.

Contacto social

Al igual que con la depresión, el aislamiento social podría ser un pródromo o una parte del síndrome de demencia. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que el aislamiento social es un factor de riesgo para la demencia y aumenta el riesgo de hipertensión, enfermedad coronaria y depresión. El aislamiento social también puede dar lugar a la inactividad cognitiva, que está vinculada a un deterioro cognitivo más rápido y un estado de ánimo bajo. Todos estos son factores de riesgo para la demencia en sí mismos, lo que resalta la importancia de considerar el compromiso social de las personas mayores y no solo su salud física y mental.

Con respecto al estilo de vida, las personas que siguen una dieta mediterránea (baja ingesta de carne y lácteos, alto consumo de frutas, verduras y pescado) tienen menos factores de riesgo vascular y concentraciones plasmáticas reducidas de glucosa y suero, resistencia a la insulina y marcadores de estrés oxidativo e inflamación. No fumar, hacer ejercicio regularmente, comer frutas y verduras a diario y beber solo una cantidad moderada de alcohol, aumenta la esperanza de vida y la salud en el envejecimiento, por lo que el interés en el efecto de estos factores en la cognición está aumentando. No hay datos para incluir factores dietéticos y alcohol en los cálculos, pero se cree que podrían ser importantes.

Estudios recientes han puesto su interés en estas variables modificables como claves para la prevención de demencia. En un estudio realizado en el 2019 en Toronto(29), se realizó seguimiento a 2655 adultos mayores por 48 meses, donde la edad, el sexo, educación, depresión activa en los últimos dos años y el incremento en la severidad de la depresión se asociaron al desarrollo de Deterioro cognitivo leve o demencia; estos mismos autores posteriormente realizaron seguimiento solo a quienes tenían depresión y Deterioro cognitivo leve y evaluaron el desarrollo de EA(30), se encontró que la depresión activa en comparación con episodios remotos tenía mayor relación con la evolución a la EA y no se encontró relación con la severidad de la depresión. En otro estudio de 356 pacientes, no se encontró relación entre la depresión y la EA en quienes no tenían sintomatología cognitiva previa, es decir Deterioro Cognitivo Leve o biomarcadores de EA y que la depresión se puede considerar como un pródromos tardío de la EA(31).

Aún la depresión es considerada como un factor de riesgo en discusión, pero otros como los relacionados al estilo de vida y los riesgos cardiovasculares tienen más amplio conocimiento en esta relación. Por lo cual nuevas intervenciones multidominio se están llevando a cabo en población geriátrica con resultados favorables independiente de las características sociodemográficas de los pacientes(32). Este por ahora parece ser el camino a seguir para la prevención de Demencia.

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características del deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía, atendidos en servicios de psiquiatría en Clínica Campo Abierto, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y Clínica Nuestra señora de la paz de Bogotá durante el periodo de agosto de 2018 a Julio de 2019?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las características del deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía, atendidos en servicios de psiquiatría en Clínica Campo Abierto, la Subred Integrada de

Servicios de Salud Sur Occidente ESE y Clínica Nuestra señora de la paz de Bogotá durante el periodo de agosto de 2018 a Julio de 2019.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir los factores sociodemográficos identificados en los pacientes que cursan con depresión de aparición tardía.
2. Caracterizar la depresión de inicio tardío, su severidad y síntomas predominantes; al igual que el deterioro cognitivo al inicio y en su evolución.
3. Describir las comorbilidades evidenciadas según diagnóstico clínico en los pacientes con depresión de aparición tardía.
4. Caracterizar el deterioro cognitivo y depresión de inicio tardío, de acuerdo con su severidad y otros factores de los sujetos evaluados.

5. Metodología

5.1 Tipo y diseño de estudio

Estudio descriptivo observacional en una cohorte prospectiva de pacientes con depresión de inicio tardío.

5.2 Población

- *Población de referencia*: pacientes con depresión tardía en Bogotá.
- *Población objetivo*: pacientes con depresión tardía en Bogotá en servicios de psiquiatría en Clínica Campo Abierto, Clínica Nuestra Señora de la Paz. y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante agosto 2018 a julio de 2019.
- *Población accesible*: pacientes con depresión tardía en Bogotá en servicios de psiquiatría en Clínica Campo Abierto, Clínica Nuestra Señora de la Paz y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante agosto 2018 a julio de 2019.

5.3 Tamaño de muestra

No se calculará tamaño de la muestra dado que se incluirán todos los pacientes de la cohorte de acuerdo con los criterios de inclusión.

5.4 Criterios de selección

5.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de centros de atención con diagnóstico de depresión de acuerdo con la entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. (International Neuropsychiatric Interview, MINI).
- Edad mayor de 50 años.
- Primer episodio depresivo.
- No hay presencia de otras enfermedades neurodegenerativas o psiquiátricas subyacentes.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan con el seguimiento del estudio.
- Pacientes que no puedan leer ni escribir.

5.5 Variables

5.5.1 Variables dependientes

Deterioro cognitivo

5.5.2 Variables independientes

Sexo

Edad

Escolaridad

Comorbilidades

Severidad de la depresión

Tratamiento recibido

Tabaquismo

Sedentarismo

Aislamiento social

Tabla 1. Definición de variables

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Escalas o Unidades
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Edad en años	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Escolaridad	Años de escolaridad que definirán si han realizado primario, bachillerato o universidad	Cuantitativa	Discreta	Años de escolaridad
Depresión	Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, realizado por entrevista estructurada MINI, con sintomatología de inicio en el último año.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Hipoacusia	Diagnóstico en Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Hipertensión	Diagnóstico en Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Obesidad	Índice de masa corporal IMC =>30	Cuantitativa	Discreta	Índice de masa corporal
Diabetes Mellitus	Diagnóstico en Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Tabaquismo	Consumo de cigarro	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Sedentarismo	Menos de 150 minutos de actividad física semanal	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Aislamiento Social	Alejamiento del entorno de forma involuntaria. Entrevista con el paciente, se define de forma objetiva	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No
Deterioro cognitivo	Aplicación de Test Cognitivo Moca	Cuantitativa	Discreta	1 a 26 puntos
Severidad de la depresión	Aplicación de escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	1. Depresión Leve 2. Depresión moderada 3. Depresión severa
Tristeza Observada	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	0. Sin tristeza 1. Situada entre ellas 2. Parece decaído pero se anima 3. Situada entre ellas

				<ul style="list-style-type: none"> 4. Parece triste la mayor parte del tiempo 5. Situada entre ellas 6. Extremadamente abatido.
Tristeza declarada por paciente	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Tristeza esporádica según circunstancias 1. Situada entre ellas 2. Triste o decaído, pero se anima 3. Situada entre ellas 4. Sentimientos generalizados de tristeza. 5. Situada entre ellas 6. Abatimiento continuo.
Tensión Interna	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Apacible 1. Situada entre ellas 2. Sentimientos ocasionales de malestar 3. Situada entre ellas 4. Sentimiento continuo de tensión interna que se puede dominar 5. Situada entre ellas 6. Pánico irresistible
Apetito reducido	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Apetito normal o aumentado 1. Situada entre ellas 2. Apetito ligeramente reducido 3. Situada entre ellas 4. Sin apetito 5. Situada entre ellas 6. Necesita persuasión para comer algo
Sueño reducido	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Duerme como siempre 1. Situada entre ellas 2. Ligera dificultad para dormirse 3. Situada entre ellas 4. Sueño interrumpido al menos durante 2h 5. Situada entre ellas 6. Menos de 2-3h de sueño
Dificultad para concentrarse	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna dificultad 1. Situada entre ellas 2. Dificultades ocasionales para centrar pensamientos 3. Situada entre ellas

				<ul style="list-style-type: none"> 4. Dificultad para leer o mantener una conversación 5. Situada entre ellas 6. Incapaz de leer o mantener conversación
Laxitud	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Sin apatía 1. Situada entre ellas 2. Dificultad para empezar actividades 3. Situada entre ellas 4. Dificultad para empezar actividades rutinarias sencillas 5. Situada entre ellas 6. Apatía total
Incapacidad para sentir	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Interés normal por entorno y otras personas 1. Situada entre ellas 2. Leve anhedonia 3. Situada entre ellas 4. Anhedonia 5. Situada entre ellas 6. Experiencia de estar emocionalmente paralizado
Pensamientos pesimistas	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Sin pensamientos pesimistas 1. Situada entre ellas 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche y desprecio 3. Situada entre ellas 4. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. Situada entre ellas 6. Alucinaciones de ruina, autoacusaciones absurdas e inquebrantables
Pensamientos suicidas	Escala MADRS	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> 0. Disfruta de la vida 1. Situada entre ellas 2. Cansado de vivir 3. Situada entre ellas 4. Probablemente estaría mejor muerto 5. Situada entre ellas 6. Planes explícitos de suicidio

5.6 Plan de análisis

La descripción de los sujetos y de las características de la depresión y comorbilidades se realizará de acuerdo con la naturaleza de las variables; para las variables cualitativas se presentarán en función de las frecuencias absolutas y relativas, para las variables cuantitativas se resumirá la información mediante medidas de tendencia central y dispersión adecuadas a la distribución, la cual se comprobará mediante la prueba de Shapiro Wilk. Las diferencias entre los grupos se calcularán de manera cruda mediante restas y comparación gráfica.

5.7 Proceso de recolección de la información

El proceso de recolección de la información se realizará mediante la historia clínica y entrevista directamente a los sujetos por parte de personal del servicio de psiquiatría capacitado; en la que se consignarán los datos de examen y evaluación clínica, la identificación de los diferentes factores previamente mencionados como antecedentes de importancia, y la aplicación de las escalas validadas para el diagnóstico de depresión (MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), su severidad (Escala de Depresión, de Montgomery-Asberg MADRS) y caracterización de síntomas más importantes presentados, al igual que determinación de deterioro cognitivo (Test de evaluación cognitiva de Montreal MoCA). Estas escalas se aplicaran de forma física, con una duración de 1 hora por sujeto. Posteriormente estos datos serán llevados a una base de datos en Excel.

5.8 Instrumentos Fuente e Instrumentos de recolección de los datos

La información de recolectada se obtendrá de dos fuentes: 1. Directamente de la Historia clínica del paciente, que serán los datos básicos del paciente, los antecedentes de comorbilidades médicas y psiquiátricas, datos demográficos, y los tratamientos dados. Y 2. De la aplicación de las escalas, las cuales están validadas a nivel nacional e internacional en Instrumentos de metodología. Son la entrevista MINI en su apartado A para diagnóstico de episodio depresivo mayor. Escala MDRS para severidad de la depresión y evaluación cognitiva MoCA.

6. Aspectos éticos

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki - 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008

Se tuvo en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, esta investigación corresponde a riesgo mínimo.

Se limitará el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de la misma reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

La población a esta investigación es considerada no vulnerable, no se pondrá en riesgo la dignidad humana.

Dentro de la Investigación los posibles impactos hacia los sujetos serán leve cansancio físico mental producto de la entrevista y aplicación de las escalas, la forma como se mitigará esto será con una pausa, se brindará agua, además las preguntas incluidas no corresponden a una intervención diferente de la realizada en las consultas psiquiátricas a las cuales ha asistido el sujeto previamente por lo cual no suman riesgos adicionales. Adicionalmente la obtención de la información se realizará en las clínicas de atención de estos pacientes por lo tanto no se expondrán a riesgos adicionales a los de asistir a sus citas de control con psiquiatría. No se abordará información considerada sensible, cuyo uso pueda generar discriminación.

Todos los integrantes del grupo de investigación estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional.

El estudio se realizará con un manejo estadístico imparcial y responsable.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

7. Administración del proyecto

7.1 Cronograma

Activity Week	Febrero - Abril 2018	Mayo 2018	Junio 2018	Julio 2018	Agosto 2018 – Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019
1 Preparación de la muestra y cuestionarios a realizar	■								
2 Obtención de instrumentos de recolección de datos		■	■						
3 Ensayo piloto de los instrumentos			■	■					
4 Entrenamiento de los entrevistadores				■	■				
5 Trabajo de Campo					■	■			
6 Análisis						■	■		
7 Elaboración del reporte final								■	■
8 Revisión Trabajo final y distribución del mismo									■
Total time required:	84 Semanas								

7.2 Presupuesto

PRESUPUESTO: RUBROS							
PERSONAL							
Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Horas mensuales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora	Total
PAC	Pregrado	Investigador	Estudiante Esp. Psiquiatría	20	12	44500	10680000
MJG	Pregrado	Investigador	Estudiante Esp. Psiquiatría	20	12	44500	10680000
MATERIALES E INSUMOS							
Descripción					Cantidad	Valor unitario	Total
Papelería hojas blancas (por 500 hojas)					5	15000	75000
Fotocopias					400	50	20000
Impresiones					200	100	20000
SERVICIOS TÉCNICOS							
Descripción					Cantidad	Valor unitario	Total
Revisión semestral equipos tecnológicos (HP center)					2	80000	160000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO							
Descripción					Cantidad	Valor unitario	Total
Artículos de revistas					20	30000	600000
EQUIPOS Y SOFTWARE							
Descripción					Cantidad	Valor unitario	Total
Suscripción Office 365					2	180000	360000
SPSS. 23					1	1000000	1000000
Total							23595000
Total + 10%							25954500

8. Resultados

Entre agosto de 2018 y febrero de 2019 se reclutaron 16 pacientes elegibles para el estudio. 2 pacientes (12,5%) en la Clínica Campo Abierto, 7 pacientes en la Clínica Nuestra Señora de la Paz (43,8%) y 7 pacientes en la Subred suroccidente (Kennedy) (43,8%).

Características Demográficas

El promedio de la edad fue de 67 años. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (68,8%), solteros (43,8%), con escolaridad de primaria incompleta (50%), de ocupación hogar (43,8%), distribuidos por igual en los regímenes subsidiado y contributivo de salud (Tabla 1).

En el régimen subsidiado no se encontraron pacientes con escolaridad mayor a 12 años.

En dicho régimen fue donde se encontraron pacientes quienes con mayor frecuencia realizaron la primaria incompleta, presentando menor cantidad de años de estudios (31,3%), sin importar su edad. En el régimen contributivo la primaria incompleta se encontró solo en los pacientes mayores de 70 años (18,8%).

En cuanto a la ocupación, los sujetos que describieron ocupación administrador, ayudante de construcción y manualidades en el momento del inicio del estudio y durante el seguimiento no estuvieron laborando. 4 de las pacientes de ocupación hogar desde el inicio y durante el seguimiento tuvieron actividades labores variadas pero informales de forma intermitente. Es decir solo 6 sujetos permanecían activos laboralmente (37,5%).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio

Variable	Categorías	n	%
Institución	Clínica Campo Abierto	2	12,5
	Subred Suroccidente	7	43,8
	Clínica La Paz	7	43,8
Sexo	H	5	31,3
	M	11	68,8
Edad	Media en años, DS	67,06	8,8
Estado Civil	Casado/a	6	37,5
	Separada	1	6,3
	Soltero/a	7	43,8
	Viudo/a	2	12,5
Ocupación	Administrador	1	6,3
	Hogar	7	43,8
	Ayudante construcción	1	6,3
	Conductor	1	6,3
	Docente	1	6,3
	Manualidades	1	6,3
	Pensionado/a	4	25,1
Escolaridad	Primaria Incompleta	8	50,0
	Primaria Completa	2	12,5
	Bachillerato Incompleto	3	18,8
	Bachillerato Completo	0	0,0
	Técnico	1	6,3
	Universitario	1	6,3
	Postgrado	1	6,3

Puntuación MoCA

De los 16 pacientes evaluados, solo 13 continuaron el seguimiento hasta los 6 meses. 1 paciente se retiró para el segundo momento y 2 pacientes para el tercero.

El paciente que se retiró para el segundo momento, se encontró Institucionalizado en un hogar geriátrico por parte de su familia, por rápida progresión de los síntomas neuropsiquiátricos presentados, lo cual dificultó la continuidad en la convivencia con sus familiares, según lo descrito por los mismos, de manera que se hizo imposible que la paciente fuese valorada por personal diferente a sus familiares, o la movilización de la misma hacia otros ambientes fuera de dicha institución. Los otros dos pacientes, se retiraron debido a que no se encontraron interesados en continuar en seguimiento dentro del estudio.

En el Inicio, o primer momento el promedio del puntaje fue de 21 puntos con una desviación estándar de 4,87. La puntuación más alta fue de 28 puntos y la presentó solo un paciente. Seguido, 3 pacientes con 26 puntos (18,8%). Es decir solo 4 pacientes (25%) obtuvieron una puntuación en el rango normal (≥ 26) en el primer momento. Las puntuaciones entre 20 y 25 puntos fueron obtenidas por 6 pacientes (37,5%), y las puntuaciones por debajo de 20 puntos fueron obtenidos por 6 pacientes (37,5%). La puntuación más baja fue de 13 puntos presentado por 2 pacientes (12,5%) (Gráfica 1).

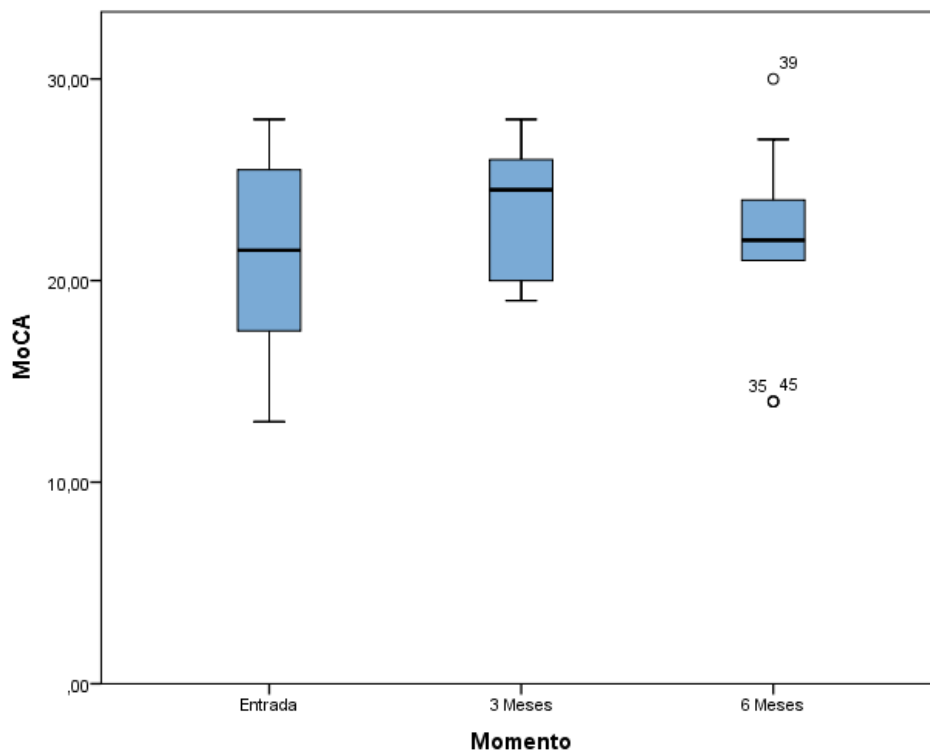
En el segundo momento a los 3 meses el promedio del puntaje fue de 24 con una desviación estándar de 3,34. La puntuación más alta fue de 28 puntos con dos sujetos. Seguido de un sujeto con 27 puntos y uno con 26 puntos, es decir el 28,5% de la muestra obtuvieron una puntuación en el rango normal (≥ 26). Las puntuaciones entre 20 y 25 fueron obtenidas por el 50% de la muestra y las puntuaciones por debajo de 20 puntos fueron obtenidos por el 21,43%, con 19 puntos, que a la vez fue la puntuación más baja en el segundo momento.

En el tercer momento a los 6 meses el promedio del puntaje fue de 22 puntos con una desviación estándar de 5. La puntuación más alta fue de 30 puntos de un sujeto. Seguido de un sujeto con 27 puntos y uno con 26 puntos, es decir el 23% de la muestra obtuvieron una puntuación en el rango normal (≥ 26). La puntuaciones entre 20 y 25 puntos fueron obtenidas por el 53,8% de la muestra, y las puntuaciones por debajo de 20 puntos fueron

obtenidos por el 23%, con 14 puntos que a la vez fue la puntuación más baja en el tercer momento.

En cuanto a la progresión, un sujeto (6,3%) progresó a deterioro cognitivo leve (DCL) de un puntaje de MoCA de 26 a 23. Un sujeto (6,3%) progresó de DCL hacia la mayor sospecha de un TNM con un puntaje de 20 a 14 en MoCA. 3 sujetos (18,9%), permanecieron con puntajes para DCL, 2 sujetos (12,6%) aumentaron su probabilidad de diagnóstico a TNM, con puntuación de 21 y 24, hacia 19 y 15 puntos, respectivamente. 4 sujetos (25,1%) permanecieron estables con bajos puntajes en dicha escala de tamizaje. 2 sujetos (12,6%) mejoraron su DCL con puntuaciones de 24 y 23 a 27 y 26, respectivamente. Y 3 sujetos (18,9%) se mantuvieron con puntajes de MoCA normales.

Gráfica 1. Puntaje MoCA al inicio y en los seguimientos



Factores de riesgo no modificables

En este estudio se pudieron observar dos factores de riesgo no modificables que son la edad y el sexo (Tabla 1). Las puntuaciones MoCA entre 20 y 25 se distribuyeron por igual entre hombres y mujeres, pero los puntajes MoCA menores a 20 se presentaron más en

las mujeres con 3 pacientes, respecto a solo 1 hombre. En cuanto a la edad, se observó que las puntuaciones iniciales de MoCA más bajas se presentaron en los pacientes con mayor edad (Gráfica 2); pero en los seguimientos posteriores esta relación ya no se encontró que se mantuviera estable a través del tiempo.

Factores de Riesgo modificables

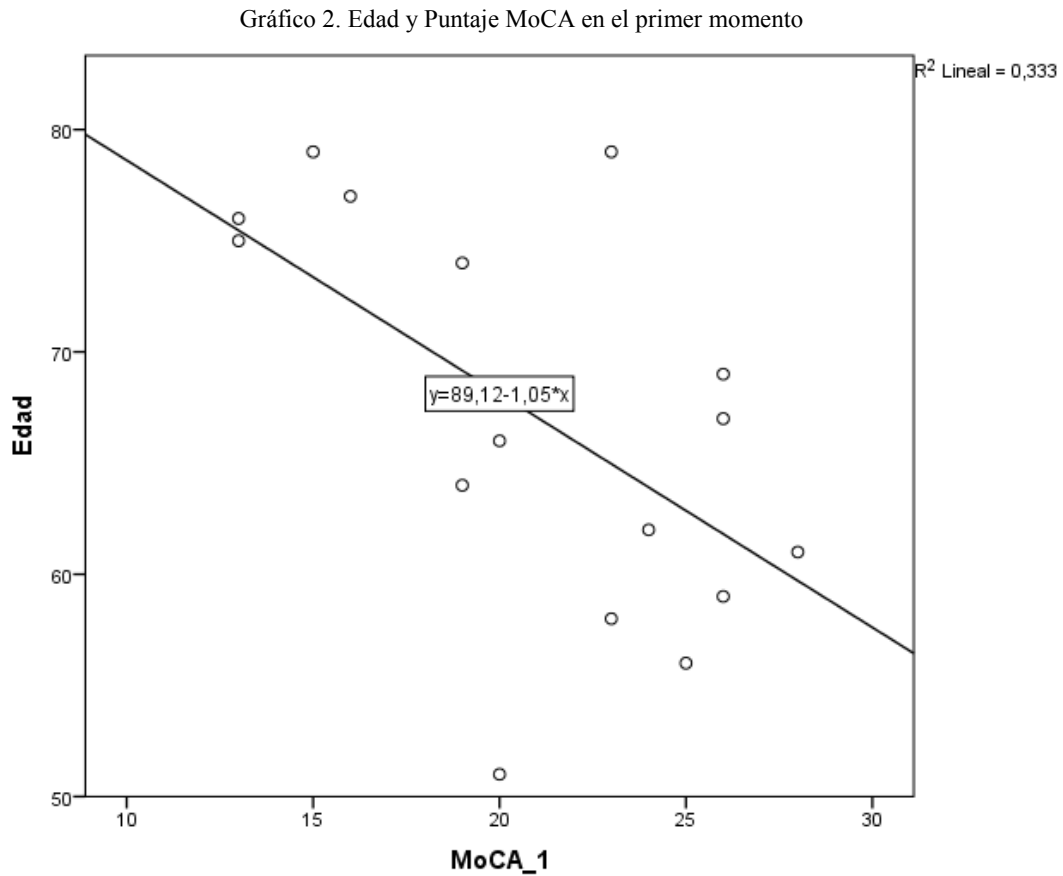
En cuanto a los factores modificables de la primera etapa de la vida, la escolaridad tuvo un promedio de 7,86 años de estudio. La baja escolaridad definida como menor o igual a 12 años de estudio, estuvo presente en la mayoría de la muestra con 13 pacientes (81,3%), de los cuales 8 contaron solo con primaria incompleta que corresponde a la mitad de la muestra, solo 2 sujetos con primaria completa (12,5%), 3 pacientes con bachillerato incompleto (18,8%), y 3 pacientes sí contaron con escolaridad mayor a 12 años (18,8%), de estos 1 con nivel técnico, 1 con nivel universitario y 1 con nivel de postgrado.

Se encontró que los 6 pacientes con puntuaciones más bajas en el MoCA inicial (por debajo de 20 puntos) tenían solo hasta 6 años de escolaridad. Pero otros 4 pacientes con escolaridad de hasta 6 años obtuvieron MoCAS iniciales superiores, 1 paciente con 20 puntos, 1 paciente con 25 puntos y 2 pacientes con puntuaciones mayores o iguales a 26. Los pacientes con más años de escolaridad tuvieron puntajes MoCA variables.

En la vida adulta, la hipoacusia estuvo presente en 4 pacientes (25%) y la hipertensión en 3 pacientes (18,8%). Ningún paciente presentó obesidad y el promedio de IMC fue 23,4 kg/m². Los pacientes con hipoacusia tuvieron puntajes MoCA variados. Los 3 pacientes con hipertensión sí tuvieron desde el inicio puntajes MoCA bajos, 2 de estos pacientes mantuvieron en el seguimiento la puntuación MoCA baja en 19 y 15 puntos, y 1 paciente mejoró de 19 a 21 puntos.

En la edad tardía, mayores de 65 años, se presentaron 7 pacientes con tabaquismo (48,3%), 2 con diabetes (12,5%), 5 con sedentarismo (31,3%) y 3 con aislamiento social (Tabla 2). La depresión de inicio tardío estuvo presente en todos los pacientes en el momento del reclutamiento. Los puntajes MoCA de los pacientes con depresión tardía y tabaquismo fueron variables al igual que con sedentarismo. Los dos pacientes con diabetes ingresaron con puntuaciones MoCA bajas de 20 y 13 puntos, y al final del seguimiento las puntuaciones fueron de 14 para los dos. Y los dos pacientes con aislamiento social también

tuvieron puntajes MoCA bajos uno con 20, 20 y 14 puntos, y posteriormente con 13, 19 y 14 puntos respectivamente.



Cabe mencionar que 2 de los pacientes presentaron déficit de vitamina B12 al inicio del seguimiento, la cual fue repuesta durante el seguimiento. Mencionamos este dato ya que es una de las causas reversible de demencia, y estos dos sujetos fueron de los que presentaron disminución en sus puntajes MoCA durante el estudio, con puntuaciones de 20 inicialmente, 20 en su seguimiento y finalmente 14 puntos para uno de los sujetos, quien además tenía antecedente de alcoholismo; y de 13 inicialmente, luego 19 y finalmente 14 para el otro sujeto, a su vez sin antecedente de alcoholismo.

Tabla 2. Factores de riesgo modificables presentes en pacientes con depresión de inicio tardío

Variable	Niveles	n	%
Primera etapa de la vida			
Escolaridad	Menos de 12 años	13	81,3
Adulthood			
Hipoacusia	Si	4	25,0
Hipertensión	Si	3	18,8
Obesidad	No	16	100
Tercera edad			
Diabetes	Si	2	12,5
Tabaquismo	Si	7	43,8
Sedentarismo	Si	5	31,3
Aislamiento social	Si	3	18,8
Otros			
Déficit Vitamina B12	Si	2	12,5
Alcoholismo	Si	1	6,3

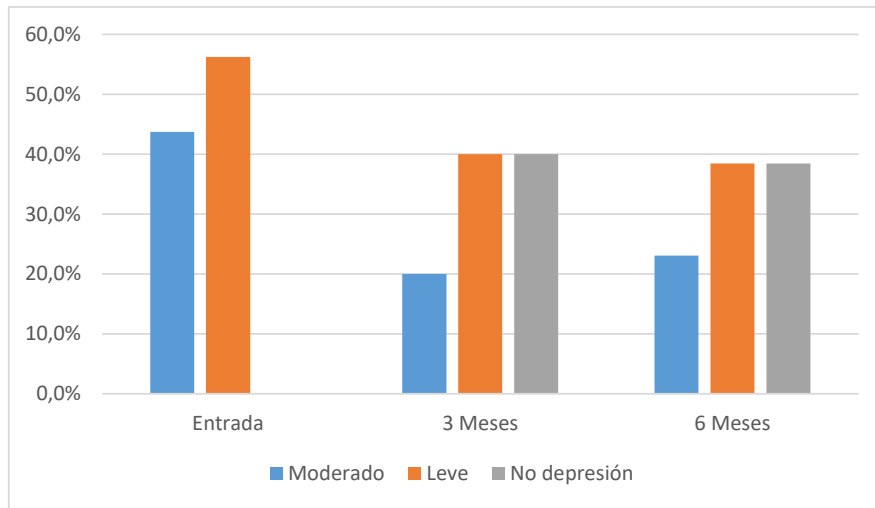
Depresión de inicio tardío

De los 16 pacientes evaluados, solo 13 continuaron el seguimiento hasta los 6 meses. El total de los pacientes estaba en seguimiento por psiquiatría y recibieron manejo antidepressivo, 11 de ellos con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (68,8%). 9 sujetos ingresaron cursando depresión con severidad leve (56,3%) y 7 con severidad moderada (43,8%). Ningún paciente presentó severidad grave a lo largo del seguimiento (Gráfica 3). La mayoría de los pacientes mejoraron la severidad de su depresión en el transcurso del tiempo y 5 sujetos lograron la remisión (31,3%).

Tanto al inicio de la evaluación como al seguimiento a los 3 y 6 meses no se encontró relación de la edad con la severidad de la depresión (Gráfica 4).

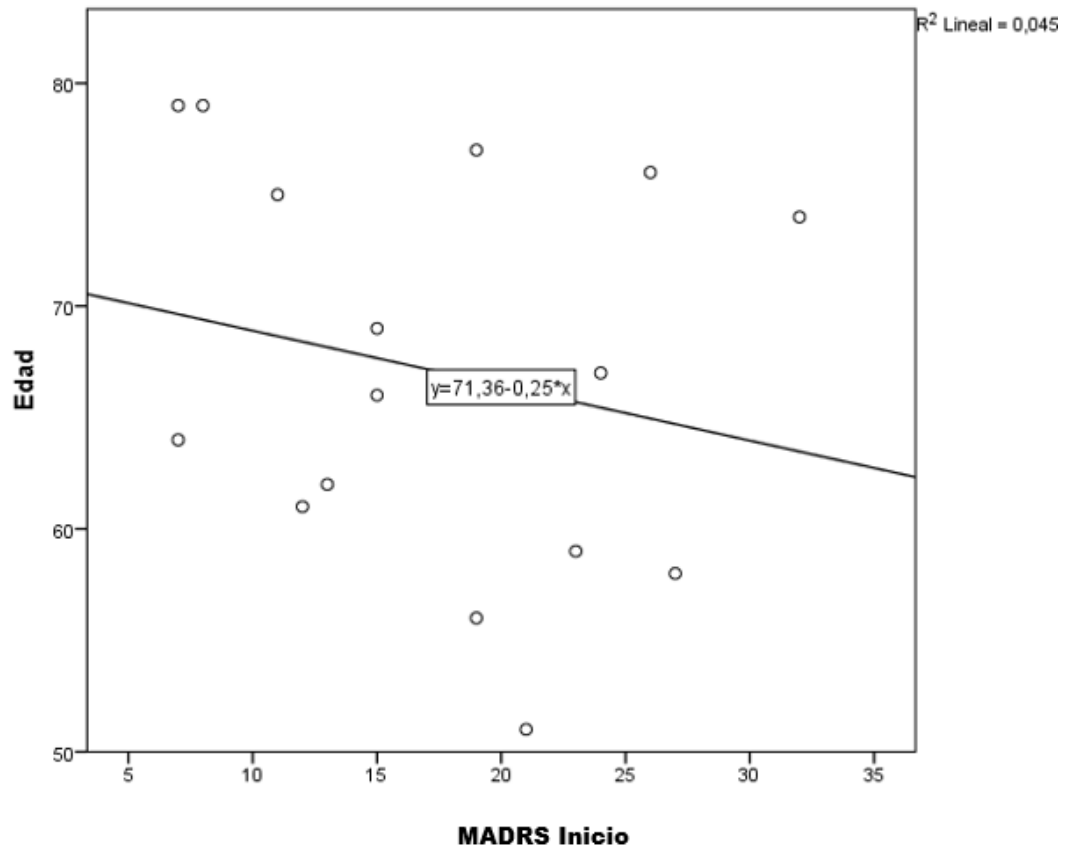
Tampoco se encontró asociación clara entre la severidad de la depresión y el puntaje MoCA en los diferentes momentos. Pero sí se observó que los 3 sujetos quienes empeoraron el puntaje MoCA a lo largo de los tres momentos no mejoraron en la severidad de la depresión y su puntaje en la escala MADRS fue constante. Al igual que se observó que los 2 sujetos que mejoraron su puntaje MoCA de DCL a rango normal, o presentaron un incremento en sus puntajes, la severidad de la depresión mejoró o remitió.

Gráfica 3. Curso de severidad de la depresión en tiempo



En cuanto a los síntomas predominantes de la depresión, la asociación con síntomas ansiosos fue lo más común, presentes en el 50% de los sujetos.

Gráfica 4. Curso de severidad de la depresión según la edad en el primer momento



9. Discusión

Este conjunto de datos de 16 sujetos se considera como una serie de casos de individuos que asisten a servicios especializados de psiquiatría y no debe generalizarse como tal a toda la población.

Nuestros sujetos de estudio, ya que se captaron en diferentes regímenes de salud y así mismo en diferentes zonas de la ciudad de Bogotá, tenían características sociodemográficas diferentes, sobre todo en los años de escolaridad. La escolaridad fue uno de los factores por los que muchos sujetos de la Subred Suroccidente no fueron aptos para el estudio, ya que eran analfabetas, y lo mismo ocurrió con los pacientes de edades más avanzadas en ambos regímenes. Esto puede reflejar algunas características de nuestra población Colombiana en la cual muchos adultos mayores de 80 años no recibieron escolaridad y también en pacientes más jóvenes, pero de escasos recursos.

Además se observó que la mayoría de los pacientes captados fueron mujeres. Lo que podría explicarse, ya que son las mujeres las que consultan más rápidamente por síntomas depresivos, que fue precisamente nuestra población objeto. Este pudo ser un factor por el cual el sexo femenino fue siempre mayoría tanto en DCL, como en aquellos que puntuaron para presentar mayor riesgo de demencia.

El aislamiento social estuvo asociado a pacientes solteros. Nuestro país sufre por el abandono de los adultos mayores, esto es más común cuando ellos no cuentan con un núcleo familiar, lo que propicia el aislamiento social, y también puede propiciar la depresión.

Aunque el objetivo de este estudio fue describir los factores de riesgo descritos como modificables para la progresión a demencia en la literatura internacional, factores de riesgo no modificables pudieron ser descritos como lo fue el sexo y la edad. En cuanto el sexo ya se mencionó las causas posibles por las cuales la mayoría de nuestra población fueron mujeres, y esto provoca confusión en los resultados.

En cuanto a la edad, esta solo se vio relacionada con el primer MoCA, ya que los pacientes más viejos fueron quienes obtuvieron una puntuación más baja en dicha escala. Es bien

sabido que el mayor factor de riesgo para desarrollar demencia es la edad, y ya que nuestro estudio presentó un seguimiento con tiempo muy corto, no es posible valorar adecuadamente la progresión, por lo que en los seguimientos a 3 y 6 meses no se observaron cambios significativos, y la población mayor tendía a mantener puntajes MoCA sin cambios; ya fuera que desde el inicio los puntajes fueron sugestivos de demencia o DCL, y sí se permitió evidenciar que los puntajes de inicio de MoCA más altos estuvieron relacionados a personas menores de 70 años.

En cuanto a la escala de tamizaje MoCA y lo descrito anteriormente de las características de escolaridad de sujetos, refleja cómo son las características de nuestra población adulta mayor en el país, por lo que debe ser necesario ajustar los puntos de corte para lo que es normal (MoCA original mayor o igual a 26 puntos), para deterioro cognitivo leve (entre 20 y 25) y mayor probabilidad de TNM (por debajo de 20 puntos), ya que solo 4 sujetos marcaron sobre 26 puntos, cuando algunos que marcaron para DCL mostraron las fallas solo en cuanto a las sustracciones y abstracción. Por lo que se podría inferir, que lo anterior se puede relacionar a los pocos años de escolaridad.

En Latinoamérica las únicas validaciones del MoCA en español fueron realizadas en Colombia. Gómez et al., en una población de adultos mayores sin demencia y muy baja escolaridad (promedio 4,8 años), reportaron un alto efecto de esta en los resultados del MoCA. Así, en sujetos con menos de 5 años de escolaridad o analfabetas el puntaje promedio fue 17,1, en aquellos con educación primaria completa (5 años) 18,9 y en aquellos con más de 5 años de escolaridad, 21,6 puntos. En otro estudio en Colombia, en personas con promedio de edad de 73 años se encontraron variaciones importantes en el rendimiento del MoCA según la escolaridad y el estrato socioeconómico, con puntajes promedio de 15 en personas sin escolaridad y de 25 puntos en aquellas con estudios universitarios completos. En cambio, en un estudio en Bogotá, en una población con alto nivel de escolaridad (promedio 12 años), Gil et al. encontraron medias significativamente más altas, con 25,2 puntos en el grupo control. Encontrándose en estos estudios un posible punto de corte de 23 para DCL y demencia(33).

En cuanto a los factores modificables, por la escasa muestra de nuestro estudio, estos resultados además de describir no indican ninguna asociación estadística significativa, pero lo observado sí se relacionó con lo descrito en la literatura universal donde los

factores de riesgo cardiovasculares son un alto predictor de progresión de deterioro cognitivo y demencia. No se tomó como variable para el estudio interrogar sobre el alcoholismo pero por lo observado en nuestros sujetos, consideramos muy importante establecer siempre este punto en las entrevistas clínicas de sospecha de demencia.

Dos de nuestros sujetos presentaron déficit de vitamina b12 y asociaban puntajes MoCA para demencia, este dato también actúa como un factor de confusión, ya que este déficit de forma independiente es una de las causas de demencia reversible.

Dado que el tiempo de seguimiento de esta muestra fue muy corto, no es posible relacionar factores de riesgo con la progresión a DCL o a demencia, ni podemos decir que la depresión de inicio tardío es un pródromos temprano de demencia. Aun así, lo observado mostró que pacientes con depresión y con menos factores de riesgo, fueron los que mostraron mejoría en sus puntuaciones MoCA a medida que su depresión disminuía en severidad o remitía. Y quienes además de estar deprimidos tenían más factores de riesgo, se asociaba al empeoramiento en sus puntajes MoCA o no mostraron ninguna mejoría. De los que empeoraron el puntaje MoCA y progresaron a DCL y hacia una mayor probabilidad de demencia, que fueron solo 2 pacientes, además de lo mencionado, en ellos la severidad de la depresión se mantuvo igual.

Estudios internacionales donde se han estudiado estos mismos factores en pacientes deprimidos, y que han contado con muestras de más de dos mil pacientes y seguimientos de varios años, aun no son concluyentes pero sí asocian más los factores cardiovasculares a la progresión del deterioro, y en cuanto a la depresión todos concluyen que no hay una relación lineal entre la severidad de ésta y el desarrollo de un DCL o demencia. Algunos estudios relacionan que la instauración de una demencia a más edad podría ser indicativo de una demencia establecida.

10. Limitaciones

Dentro del estudio realizado se encontraron diferentes tipos de limitaciones, entre ellas una de las más importantes fue la dificultad que se presentó frente a la consecución de los pacientes, ya que dentro de uno de los centros elegidos en el estudio, la baja escolaridad

en su población se hizo muy frecuente, lo que dificultó que los pacientes pudiesen ser incluidos dentro del trabajo, ya que presentaban uno de los criterios de exclusión mencionados, siendo éste el no poder realizar las pruebas por la incapacidad para leer o escribir, presentándose esto en personas con muy baja o nulo nivel de escolaridad.

A su vez, debido a dificultades de tipo administrativo presentadas en varios centros de los escogidos, hizo que se dificultara el acceso a dichos Hospitales y por ende a los mismos pacientes que se encontraban ya seleccionados dentro del estudio, lo que generó que algunos de estos pacientes no se encontraran fácilmente en capacidad para acceder al seguimiento que era requerido, con los tiempos a su vez establecidos dentro del estudio.

11. Conclusión

Las mujeres consultan más pronto por síntomas depresivos lo que podría relacionarse en que la mayoría de mujeres no tenían deterioro cognitivo, y si lo tuvieron lo corrigieron al mejorar la depresión. La baja escolaridad de nuestra población hace necesario que los puntos de corte del MoCA original sean ajustados. El antecedente de alcoholismo se debe tener siempre en cuenta al interrogatorio de un estudio de demencia.

En conclusión, no se encontraron factores que muestren diferencia en la progresión del deterioro de la función cognitiva en pacientes con depresión tardía. Este conjunto de datos se considera como una serie de casos de individuos que asisten a servicios especializados y no puede generalizar como tal a toda la población.

La Depresión de inicio tardío por sí sola no parece ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, pero sí podría considerarse como un síntoma prodrómico tardío de una demencia ya instaurada en los pacientes más ancianos y más cuando está asociada a Hipertensión, diabetes, aislamiento social y menos años de escolaridad.

12. Recomendaciones

Se considera que a la fecha continúan haciendo falta más estudios con mejor metodología y con seguimientos a más largo plazo para clarificar estas relaciones. Al igual que estudios en nuestra población con las características particulares de la misma.

Se propone que se puede realizar un seguimiento dentro de esta misma línea de investigación, con los mismos pacientes ya dentro del estudio, y buscando más con las mismas características, de manera que se pueda completar un estudio a más largo plazo y con un número significativo de pacientes, que permita estimar el tipo de relaciones que pueden encontrarse con factores tanto modificables, como no modificables, para así poder generar estrategias de prevención y promoción a futuro en esta población en específico.

13. Referencias

1. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF. 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.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Heal Organ*. 2017;1–24.
3. Ministerio de la proteccion social C. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015;1–344.
4. Patrocinio R, Velandia A. ¿ Is depression a dementia prodrome ? Revisión. *Acta Neurol Colomb*. 2010;26(3):95–100.
5. Muliyyala KP, Varghese M. The complex relationship between depression and dementia. *Ann Indian Acad Neurol*. 2010;13:S69–73.
6. Richard E, Reitz C, Honig LH, Schupf N, Tang MX, Manly JJ, et al. Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia. *JAMA Neurol* [Internet]. 2013;70(3):383.
7. Archana Singh-Manoux, PhD; Aline Dugravot, MSc; Agnes Fournier, PhD; Jessica Abell, PhD; Klaus Ebmeier, MD, PhD; Mika Kivimäki, PhD; Séverine Sabia P. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia A 28-Year Follow-up Study. *JAMAPsychiatry*. 2017;74(7):712–8.
8. the World Health Organization (WHO). WHO updates fact sheet on Dementia (21 September 2017) _ communitymedicine4asses. 2017.
9. Spalletta G, Caltagirone C, Girardi P, Gianni W, Rosa A, Palmer K. The role of persistent and incident major depression on rate of cognitive deterioration in newly diagnosed Alzheimer ' s disease patients. *Psychiatry Res* [Internet]. 2012;198(2):263–8.
10. Keefe RSE. Treating cognitive impairment in depression : an unmet need. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;0366(16):10–1.
11. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2016;2(Mdd):1–21.
12. Clark M, DiBenedetti D, Perez V. Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* [Internet]. 2016;16(4):455–63.
13. Carvalho A, Miskowiak K, Hyphantis T, Kohler C, Alves G, Bortolato B, et al. Cognitive Dysfunction in Depression – Pathophysiology and Novel Targets. *CNS Neurol Disord - Drug Targets* [Internet]. 2015;13(10):1819–35.
14. Martínez-Arán A, Penadés R, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, et al. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychother Psychosom*. 2002;71(1):39–46.
15. Lee RSC, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2012;140(2):113–24.
16. KM A, GG P, DR M, WD T. Cognitive Performance in Antidepressant-Free Recurrent Major Depressive Disorder. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):694–9.
17. Camacho O, Medina M, Serrano C. Demencia y depresión: dos entidades relevantes en el envejecimiento patológico. *Acta Neurol Colomb* [Internet]. 2006;22(3).
18. Korczyn AD, Halperin I. Depression and dementia. *J Neurol Sci* [Internet].

- 2009;283(1–2):139–42.
19. Kosteniuk JG, Morgan DG, O’Connell ME, Crossley M, Kirk A, Stewart NJ, et al. Prevalence and covariates of elevated depressive symptoms in rural memory clinic patients with mild cognitive impairment or dementia. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2014;4(2):209–20.
 20. Pellegrino LD, Peters ME, Lyketsos CG, Marano CM. Depression in Cognitive Impairment. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(9):384.
 21. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: The framingham heart study. *Neurology*. 2010;75(1):35–41.
 22. Da Silva J, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, Mukaetova-Ladinska EB. Affective disorders and risk of developing dementia: Systematic review. Vol. 202, *British Journal of Psychiatry*. 2013. p. 177–86.
 23. Sullivan MD, Katon WJ, Lovato LC, Miller ME, Murray AM, Horowitz KR, et al. Association of Depression With Accelerated Cognitive Decline Among Patients With Type 2 Diabetes in the ACCORD-MIND Trial. *JAMA Psychiatry [Internet]*. 2013;70(10):1041.
 24. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. The Lancet Commissions Dementia prevention , intervention , and care. 2017;6736(17).
 25. Valenzuela MJ. Brain reserve and the prevention of dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(3):296–302.
 26. Purchase-helzner E, Satterfield S, Pratt S, Govil N, Simonsick EM, Lin FR, et al. Hearing Impairment and Incident Dementia and Cognitive Decline in Older Adults : The Health ABC Study. *Journals Gerontol Med Sci*. 2017;72(5):703–9.
 27. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, et al. Physical activity and risk of cognitive decline : a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med*. 2010;107–17.
 28. Hamer M, Chida Y, Hamer M, Chida Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease : a systematic review of prospective evidence Physical activity and risk of neurodegenerative disease : a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med*. 2013;39(June 2009):3 – 11.
 29. Gallagher D, Kiss A, Lanctot K, Herrmann N, Health S, Centre S. Towards prevention of mild cognitive impairment in older adults with depression: an observational study of potentially modifiable risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(1).
 30. Gallagher D, Kiss A, Lanctot K, Herrmann N, Health S, Centre S. Depression and risk of Alzheimer’s dementia: A longitudinal analysis to determine predictors of increased risk among older adults with depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;26(8):819–27.
 31. Javaherian K, Newman BM, Weng H, Hassenstab J, Xiong C, Coble D, et al. Examining the complicated relationship between depressive symptoms and cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2019;33(1):15–20.
 32. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol [Internet]*. 2018;14(11):653–66.
 33. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia*. 2019;34(6):376–85.

14. Anexos

14.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES RELACIONADOS CON DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN TARDÍA, ATENDIDOS EN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA. BOGOTÁ, 2018 - 2019

YO _____

He sido invitado (a) a participar en la siguiente investigación, la cual se realizará bajo la dirección de la Dra. Maria José Gutierrez y la Dra. Paula Cano Losada, residentes del programa de Psiquiatría de la Universidad del Rosario.

El trabajo de investigación será llevado a cabo en la Clínica Campo Abierto y en la Sub red de servicios de salud Suroccidente y tiene como objetivo estimar los factores relacionados con deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía.

He sido informado que durante el transcurso del presente estudio inicialmente haré parte de una entrevista en la que se me harán preguntas generales respecto a mis datos sociodemográficos, mis enfermedades previas, mis síntomas depresivos y me realizaran una prueba cognitiva corta. Igualmente el equipo de investigación consultará mi historia clínica para completar algunos datos médicos importantes (diagnóstico, comorbilidades, intervención realizada).

Posteriormente en el transcurso de 6 meses se programará una segunda entrevista en la cual me harán preguntas sobre la evolución de mis síntomas depresivos y me realizaran una segunda prueba cognitiva corta.

Los cuestionarios serán aplicados por estudiantes del postgrado de psiquiatría previamente capacitados.

La participación es totalmente voluntaria y los investigadores garantizan en anonimato de la información, por tanto, nadie podrá identificar lo que he respondido en los cuestionarios, salvo los investigadores.

Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, esto no implicará ningún señalamiento, sanción o trato discriminatorio por parte de las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Usted puede cambiar de idea y después de aceptar llenar la encuesta, cambiar de opinión y dejar de participar, sin que esto implique señalamiento, sanción o trato discriminatorio.

Participar en este estudio no generará ningún efecto secundario en el participante salvo un poco de cansancio físico y mental por responder las preguntas del cuestionario además de invertir de 30 a 45 minutos del tiempo personal en responder las preguntas.

El beneficio que estimamos puede obtener, saber más sobre su enfermedad, su evolución, y posiblemente una intervención temprano para deterioro cognitivo si es que esta presente.

Quienes participen no obtendrán ningún beneficio económico, ni ningún otro tipo de incentivo.

Los investigadores, garantizan la reserva y confidencialidad absoluta de la información que se obtendrá y que sólo será usada con fines académicos, esto es, presentación en congresos médicos, elaboración de artículos científicos para revistas especializadas.

Si tengo alguna pregunta respecto a la presente investigación, deberé ponerme en contacto con:

Maria Jose Gutierrez Maichel

Paula Alejandra Cano Losada

Médica Residente Psiquiatría

Médica Residente Psiquiatría

Universidad del Rosario

Universidad del Rosario

mariajo.gutierrez@urosario.edu.co

paulaal.cano@urosario.edu.co

Muchísimas gracias por su atención y colaboración.

He leído el presente consentimiento y manifiesto que lo entiendo completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria y estoy de acuerdo en participar en él.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA _____ **FECHA** _____

TESTIGO 1 _____ **TESTIGO 2** _____

14.2 Formato de recolección de información (cuestionario)

Factores relacionados con deterioro cognitivo en pacientes con depresión tardía, atendidos en servicios de psiquiatría. Bogotá, 2018 - 2019

No. Sujeto		Fecha		Teléfono	
Nombre					
Apellidos					
Cédula					
Edad		años			
Sexo	M	F			
Estado Civil					
Teléfono					

Escolaridad	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Bachillerato Completo	Bachillerato Incompleto	Técnico	Universitario

Enfermedad Actual:	
--------------------	--

Antecedentes	
Patológicos	
Quirúrgicos	
Farmacológicos	
Tóxico/alérgicos	
Ginecoobstétricos	

Examen Físico	Peso Kg	Talla cm	IMC

Examen Mental	
---------------	--

45-63 Años		
Hipoacusia	Si	No
Hipertensión	Si	No
Obesidad	Si	No

>65 Años			
Diabetes	Si	No	
Tabaquismo	Si	No	Valor IPA
sedentarismo	Si	No	
Aislamiento Social	Si	No	

Severidad de la Depresión MDRS	Leve	Moderada	Severa	fecha	
--------------------------------	------	----------	--------	-------	--

Severidad de la Depresión MDRS	Leve	Moderada	Severa	fecha	
--------------------------------	------	----------	--------	-------	--

Severidad de la Depresión MDRS	Leve	Moderada	Severa	fecha	
--------------------------------	------	----------	--------	-------	--

Deterioro Cognitivo	fecha
Puntaje MoCA 1	
Puntaje MoCA 2	
Puntaje MoCA 3	

Tratamiento Actual	Fecha Inicio	Fecha Cierre

14.3 Entrevista MINI

Screening/ ID Number: _____

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(⇒ SIGNIFICA: VAYA AL RECUADRO DIAGNÓSTICO, MARQUE NO CON UN CÍRCULO EN EL RECUADRO DIAGNÓSTICO, Y PASE AL SIGUIENTE MÓDULO).

A1	a	¿Ha estado alguna vez deprimido/a o decaído/a la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas?	NO	SÍ
SI RESPONDIO NO, CLASIFIQUE LA A1b COMO NO; SI RESPONDIO SÍ, PREGUNTE:				
	b	Durante las últimas dos semanas, ¿estuvo deprimido/a o decaído/a la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ
A2	a	¿Ha estado alguna vez mucho menos interesado/a en la mayoría de las cosas o ha disfrutado mucho menos de las cosas que antes disfrutaba la mayor parte del tiempo, durante dos semanas?	NO	SÍ
SI RESPONDIO NO, CLASIFIQUE LA A2b COMO NO; SI RESPONDIO SÍ, PREGUNTE:				
	b	Durante la mayor parte del tiempo en las últimas dos semanas, ¿tuvo mucho menos interés en la mayoría de las cosas o disfrutó mucho menos de las cosas que antes disfrutaba?	NO	SÍ
¿CLASIFICO LA A1a O LA A2a COMO SÍ?				
			NO	SÍ

A3 SI A1b O A2b = SÍ: INVESTIGUE EL EPISODIO ACTUAL Y EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO; DE LO CONTRARIO, SI A1b Y A2b = NO: INVESTIGUE SÓLO EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante ese período de dos semanas, cuando se sintió deprimido/a o con falta de interés:

		Últimas 2 semanas		Episodio pasado	
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Subió o bajó de peso sin intentarlo (es decir, $\pm 5\%$ de su peso o ± 8 libras o ± 3.5 Kg., para una persona de 160 libras/70 Kg., en un mes)? SI RESPONDIO SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.	NO	SÍ	NO	SÍ
b	¿Tuvo dificultad para dormir casi todas las noches (problemas para dormirse, se despertaba durante la noche, se despertaba muy temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	NO	SÍ
c	¿Habló o se movió más lentamente de lo normal o estuvo inquieto/a, agitado/a o tuvo dificultad para quedarse quieto/a en un mismo lugar casi todos los días? ¿Notó alguien esto?	NO	SÍ	NO	SÍ
d	¿Se sintió cansado/a o sin energía casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
e	¿Se sintió inútil o culpable casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
SI RESPONDIO AFIRMATIVAMENTE, PIDA EJEMPLOS. BUSQUE DELIRIOS DE FRACASO, DE INADECUACIÓN, DE RUINA O CULPA, DE NECESIDAD DE SER CASTIGADO, O DELIRIOS DE ENFERMEDAD O DE MUERTE, O DELIRIOS NIHILISTAS O SOMÁTICOS. LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE.					
	Episodio actual	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
	Episodio pasado	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Sí
f	¿Tuvo dificultad para concentrarse, pensar, o tomar decisiones casi todos los días?	NO	SÍ	NO	SÍ
g	¿Ha pensado repetidamente sobre la muerte (EL MIEDO A LA MUERTE NO CUENTA AQUÍ), o ha pensado en quitarse la vida, o ha tenido alguna intención o plan de quitarse la vida? ¿Intentó suicidarse? SI RESPONDIO SÍ A CUALQUIERA, CLASIFIQUE COMO SÍ.	NO	SÍ	NO	SÍ

Screening/ ID Number: _____

		<u>Últimas</u> <u>2 semanas</u>	<u>Episodio</u> <u>pasado</u>
A4	¿Le causaron estos síntomas malestar o problemas significativos en su casa, trabajo, estudios, socialmente, en sus relaciones con otras personas, o de otra manera importante? ¿Son estos un cambio frente a su funcionamiento previo?	NO SÍ	NO SÍ
A5	Entre 2 episodios de depresión, ¿alguna vez tuvo un intervalo de al menos 2 meses sin ninguna depresión o falta de interés significativas?	n.d.	NO SÍ

¿CLASIFICÓ 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3) COMO SÍ Y CLASIFICÓ LA A4 COMO SÍ PARA ESE PERÍODO DE TIEMPO?

Y

¿CLASIFICÓ COMO SÍ EL RESUMEN 02: "SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA"?

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Y/O PASADO.

SI CLASIFICÓ LA A5 COMO SÍ, CLASIFIQUE SÍ PARA RECURRENTE.

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>
RECURRENTE	<input type="checkbox"/>

A6 a ¿Cuántos episodios de depresión ha tenido en su vida? _____

Entre cada episodio debe haber al menos 2 meses sin ninguna depresión significativa.

14.4 Escala de Severidad de Depresión Validada (Escala MADRS).

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁰⁸

<p>La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).</p> <p>Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.</p> <p>Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.</p>	
Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente reducido</p> <p>3.</p> <p>4. Sin apetito. La comida es insípida</p> <p>5.</p> <p>6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lاسitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lاسitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

14.5 Escala MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA							Copiar el cubo 		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos
[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] []		Contorno Números Agujas		___/5			
IDENTIFICACIÓN							[] [] []		___/3		
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos				
1er intento											
2º intento											
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2	___/2									
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBFAFAKDEAAAJAMOF AAB									
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.									
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []	___/2									
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)		___/1									
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla	___/2									
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		___/5		
Optativo											
Pista de categoría											
Pista elección múltiple											
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad	___/6									
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios							

