

QUEJAS SOBRE LA MEMORIA Y DEFICITS MNEMICOS EN ANCIANOS SANOS Y DEPRIMIDOS

MARIA JULIA DENTONE¹, ANA MARIA INSUA²

¹ Servicio de Salud Mental, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata; ² Fundación Argentina para la Salud Mental, Buenos Aires

Resumen El objetivo de este estudio es: a) determinar si las quejas sobre la memoria están relacionadas con la depresión y b) comparar el rendimiento de ancianos depresivos y normales en pruebas objetivas para evaluar memoria. El Test California de Aprendizaje Verbal (CVLT) se utilizó para evaluar a la memoria. Con el fin de cuantificar la apreciación subjetiva del déficit mnémico por parte de los sujetos estudiados, se empleó un cuestionario sobre quejas de la memoria (CQSM) y la intensidad del trastorno depresivo se midió utilizando el Inventario de Beck sobre Depresión (BDI). Los resultados mostraron que los pacientes deprimidos no tenían deficiencias en la memoria, comparándolos con un grupo control sano. Se observó una asociación entre depresión y quejas sobre la memoria. Los pacientes tenían un puntaje significativamente más alto en quejas y en síntomas depresivos, con respecto al grupo control. Los dos grupos no se diferenciaban en las medidas objetivas de memoria y aprendizaje.

Palabras clave: memoria, depresión, ancianidad, quejas

Las quejas sobre la memoria suelen ser comunes en las personas mayores de 55 años. Sin embargo, las experiencias subjetivas de pérdida de memoria no concuerdan, muchas veces, con la medición objetiva. Los pacientes deprimidos suelen tener problemas de atención y concentración secundarios a su enfermedad, pero muestran un nivel adecuado de aprendizaje y retención en pruebas que evalúan la memoria.

Este estudio se propone determinar si las quejas sobre la pérdida de memoria se relacionan con vivencias depresivas y comparar, mediante pruebas objetivas de memoria y aprendizaje, el rendimiento de ancianos depresivos y normales.

Material y métodos

Las muestras estaban integradas por un grupo experimental de 25 pacientes con trastornos depresivos y una

edad promedio de 67,78 años (DS: 5,42), de los cuales 23 eran mujeres (92%) y por un grupo control de 24 personas normales, con una edad promedio de 66,55 años (DS: 9,38), de las que 16 eran mujeres (67%). La Tabla 1 presenta las características de las dos muestras.

Los pacientes se atendían en el Servicio de Salud Mental del Hospital Privado de Comunidad donde habían sido diagnosticados y tratados. Se incluyeron aquellos que en una consulta psiquiátrica de control expresaron espontáneamente que tenían dificultades con la memoria.

Padecían de depresión mayor leve o moderada, 19; trastorno depresivo de tipo adaptativo, 1; trastorno bipolar II, 3; distimia, 2, según los criterios del DSM-IV¹. Todos, excepto uno recibían antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; benzodiazepinas 16 y carbonato de litio 3. La mayoría llevaba más de 5 años en tratamiento (Tabla 2). El grupo control estaba formado por voluntarios sanos, jubilados o parientes de los pacientes.

A cada uno de los integrantes de las muestras se les administró individualmente el Cuestionario de Quejas sobre la Memoria (CQSM); el inventario de Beck sobre Depresión (BDI) y 5 variables del Test California sobre Aprendizaje Verbal (CVLT).

CQSM: fue diseñado especialmente para esta investigación. Contiene varios ítems propios y otros extraídos o

Recibido: 29-X-1996

Aceptado: 21-V-1997

Dirección postal: Dra. Ana María Insua, FASAM, Agüero 1287, 1425 Buenos Aires, Argentina

TABLA 1.- Características de los pacientes y de los controles

Características	Pacientes (n: 25)	Controles (n : 24)	t	p
Edad (en años)				
Media	67,78	66,55	0,51	0,61
Desvío Standard	5,42	9,38		
Educación (en años)				
Media	7,76	10,87	2,93	0,006**
Desvío Standard	2,82	4,42		
Sexo	Frecuencia			
Mujeres	23	16		
Varones	2	8		

** p < 0,01

TABLA 2.- Diagnósticos y tratamientos

Diagnóstico	Frecuencia		Frecuencia
Depresión Mayor	19		
Bipolar II	3		
Distimia	2		
Trastorno Adaptativo Depresivo	1		
Fármacos	Dosis (mg/día)		Frecuencia
Amitriptilina	25-75		11
Otros TCA	10-75		5
ISRS	10-20		6
Lorazepan	2-5		16
Carbonato de Litio	300-600		3
Duración del tratamiento	Frecuencia		
- de 5 años	6		
5 a 10 años	9		
11 a 20 años	6		
+ de 20 años	4		

adaptados del inventario sobre dificultades cognitivas de O'Boyle² quién a su vez se basó en una escala de McNair y Kahn³. Está integrado por 26 ítems que el paciente debe seleccionar utilizando una escala que va desde 0 (no presenta quejas) a 3 (expresa muchas dificultades). En el apéndice se ha transcritto la escala completa.

BDI: Beck y Col.⁴ publicaron este inventario organizado en 21 síntomas de depresión, tales como tristeza, culpa, pérdida de peso, etc. Es relativamente breve y sencillo para administrar y evaluar.

CVLT: esta prueba de Delis y Col.⁵, logra una evaluación individual y breve de los procesos que ocurren en el aprendizaje y la memorización de material verbal. La tarea

consiste en recordar una lista de 16 palabras inmediatamente después de repetirlas 5 veces (período corto) y repetirlas después de un intervalo de 20 minutos (período largo). Pese a la simplicidad de la administración, provee información sobre varios aspectos de la memoria. Para esta investigación se seleccionaron: 1) Memoria General, 2) Aprendizaje, 3) Recuerdo libre en el período corto, 4) Recuerdo libre en el período largo, 5) Reconocimiento.

Análisis Estadísticos: Se aplicó la correlación de Pearson para observar la relación entre quejas con depresión y con las variables del CVLT. Se determinaron las posibles diferencias entre el grupo control y el experimental por medio de tests *t* para medias independientes.

Resultados

La Tabla 3 presenta la intensidad de la depresión, según las categorías establecidas por Beck, en los grupos de depresivos y en los controles. En el primero se observó que 7 pacientes (28%) no presentaban síntomas de depresión, en el momento del examen. Los 18 restantes, (72%) presentaban depresión de diferente intensidad. En contraste, 16 controles (66,7%) negaban vi-

vencias depresivas y sólo 8 (33,3%) tenía síntomas leves o moderados de depresión.

La correlación entre el CQSM y BDI fue relativamente alta ($r:41$, $p < 0,01$), mientras que el CQSM no se correlacionó con ninguna de las 5 variables del CVLT (Tabla 4).

Cuando se compararon los grupos experimental y control, se observó que el resultado del CQSM en los pacientes depresivos mostraba que las quejas eran significativamente superiores a las del grupo

TABLA 3.- Intensidad de la depresión en pacientes y controles. Inventario de Beck sobre Depresión

Categoría	Puntaje Beck	Pacientes (n:25)		Controles (n:24)	
		Frec.	%	Frec.	%
Sin depresión	(0-9)	7	28	16	66,7
D. Leve a moderada	(10-18)	11	44	8	33,3
D. Moderada a severa	(19-29)	6	24	0	0
D. Severa	(30-73)	1	4	0	0

TABLA 4.- Correlaciones entre quejas sobre la memoria, inventario de Beck sobre depresión y cinco variables del test California.

	BECK	MEM.GRAL	APRENDIZ.	RECONOC.	RECUERDO p. corto	RECUERDO p. largo
QUEJAS	0,415**	-0,221	-0,207	-0,048	-0,215	-0,209

** $p < 0,01$

TABLA 5.- Medias y *t* tests. Pacientes depresivos y controles

TESTS	PACIENTES		CONTROLES		t	p
	Media	DS	Media	DS		
Inventario BECK	14,48	7,54	6,54	4,74	4,43	0,0001 **
QUEJAS	22,76	11,29	10,46	4,78	5,00	0,0000 **
MEMORIA GENERAL	38,64	9,56	43,33	11,30	-1,57	0,124 ns
APRENDIZAJE	1,56	0,39	1,37	0,62	-1,43	0,157 ns
RECONOCIMIENTO	13,80	1,68	14,17	1,49	-0,81	0,423 ns
RECUERDO LIBRE Periodo Corto	8,16	3,14	9,21	3,56	-1,09	0,281 ns
RECUERDO LIBRE Periodo Largo	9,04	3,02	9,92	3,31	-0,96	0,338 ns

** $p < 0,01$

control ($t:5,00$, $p < 0,01$) y en el BDI se observó lo mismo ($t:4,43$, $p < 0,01$). Los grupos no diferían entre sí en las variables que evaluaron la memoria y el aprendizaje verbal (Tabla 5).

Discusión

Al examinar a un anciano deprimido el médico necesita saber si la depresión está asociada a un déficit mnémico objetivable o si, simplemente, se altera la apreciación que el paciente tiene de su capacidad. La literatura sobre depresión y memoria suele ser bastante contradictoria. Numerosos estudios encontraron pobreza en el rendimiento en pruebas objetivas para evaluar la memoria de depresivos^{6, 7, 8, 9}. Otros, también numerosos, no encontraron ningún descenso en el rendimiento mnémico de las personas deprimidas^{10, 11}. Estas discrepancias no son sorprendentes si se tiene en cuenta las diferentes características de los trabajos publicados, tales como otras enfermedades asociadas a la depresión, inclusión de psicóticos en la muestra, la medicación administrada, la comparación de los resultados con normas publicadas en vez de utilizar un grupo control, diferencias en la edad y nivel educacional entre pacientes y controles, diferencias en los criterios diagnósticos y en el tipo de pruebas de evaluación utilizadas.

En este trabajo se intentaron superar estos inconvenientes utilizando un criterio de diagnóstico estricto de inclusión en la muestra (Tabla 2). El grupo control era similar al experimental en edad pero superior a éste en educación (Tabla 1). La educación está ligada al rendimiento en las pruebas de inteligencia y memoria. La superioridad del grupo control sobre el experimental debería, entonces, haber determinado un rendimiento más alto del primero. Sin embargo, los resultados no mostraron diferencias entre los dos grupos, corroborando con mayor fuerza la normalidad del desempeño de los pacientes (Tabla 5).

Gilewski y Zelinski¹² subrayan la importancia que tiene la comparación de las quejas con tareas objetivas para evaluar la memoria, puesto que esta comparación puede proporcionar una información valiosa en el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia. Los ancianos deprimidos se quejan de dificultades en la memoria pero no muestran déficits en las evaluaciones

objetivas^{13, 14}. Las quejas disminuyen cuando los pacientes deprimidos mejoran en el curso del tratamiento. Por el contrario, pacientes con una demencia de tipo Alzheimer manifiestan signos claros de descenso en la memoria pero, subjetivamente, sobreestiman sus recursos mnémicos^{15, 16}.

Es posible que la motivación haya sido una variable muy importante que influyó en el rendimiento. Si bien los pacientes depresivos suelen ser pasivos y estar poco motivados¹⁷ en esta muestra se observó una fuerte actitud de colaboración que se reflejó en el buen cumplimiento de las consignas impartidas.

En conclusión, el resultado de este trabajo es concordante con aquellas investigaciones que no encontraron descenso en el rendimiento en pruebas de memoria y aprendizaje en ancianos deprimidos. Contrariamente a la creencia difundida de que existe una declinación de la memoria con la edad, debe tenerse en cuenta que los descensos son fenómenos complejos en los cuales conviene diferenciar las quejas del rendimiento real. Las alteraciones de las funciones cerebrales superiores se asocian con un rendimiento pobre, mientras que la depresión se asocia a las quejas. La minimización de dificultades mnémicas reales está relacionada, al parecer, con funciones cerebrales seriamente alteradas. La administración de pruebas objetivas para evaluar la memoria, junto con un cuestionario acerca de las vivencias subjetivas de pérdida de la misma puede ayudar en el diagnóstico diferencial entre depresión y alteración cerebral orgánica.

Apéndice

Cuestionario de Quejas sobre la Memoria

Mucha gente se queja de que su memoria está disminuida. A continuación hay una serie de frases que describen problemas de la memoria; por favor, haga una marca en aquellas frases que describen mejor algún problema de memoria que Ud. ha tenido durante la última semana. Indique su respuesta con una marca en el lugar que Ud. considere apropiado, en los espacios que están a la derecha de cada frase.

- 3: siempre.
- 2: con frecuencia.
- 1: a veces.
- 0: nunca

0 1 2 3

1. Tengo dificultad para recordar números de teléfono que utilizo con frecuencia.
2. Dejo cosas (anteojos, llaves, papeles) y después no recuerdo dónde las puse.
3. Necesito llevar una lista cuando voy a hacer compras.
4. Me olvido de entrevistas concertadas con el dentista, médico u otra persona.
5. Tengo dificultad en recordar los nombres de la gente que conozco.
6. Tengo dificultad para concentrarme en una tarea o trabajo.
7. Tengo dificultad para describir un programa que acabo de ver en televisión.
8. Tengo dificultad en reconocer a una persona conocida.
9. Tengo dificultad para recordar palabras que tengo en la punta de la lengua.
10. Me cuesta recordar nombres de objetos
11. Me cuesta entender lo que leo
12. No comprendo lo que me están diciendo
13. Si me presentan a alguien, olvido enseguida su nombre.
14. Pierdo el hilo de la conversación cuando escucho a otro.
15. Me olvido qué día de la semana es hoy.
16. Me olvido abotonar o subir el cierre de mi ropa.
17. Necesito que me expliquen una cosa varias veces.
18. Coloco mi ropa en lugares que no corresponden y después no la encuentro.
19. Encuentro difícil concentrarme en lo que estoy leyendo.
20. Me olvido enseguida lo que me acaban de decir.
21. Me olvido de pagar cuentas o enviar cartas por correo.
22. A veces mi mente queda en blanco.
23. Me olvido de la fecha del día que estamos.
24. Me olvido del nombre de mis amigos de la infancia.
25. Tengo dificultad en recordar cosas que ocurrieron ayer.
26. Olvido los nombres de mi programa favorito de televisión.

Agradecimientos: Este trabajo es parte del proyecto sobre Depresión y Memoria (Subsidio CONICET Nro. 5551-92), presentado en la Convención Anual Nro. 104 de la American Psychological Association, Toronto, Canadá, 1996.

Summary

Memory complaints and memory deficits in healthy and depressed elderly individuals

The objective of this study is: a) to determine if there is a relationship between memory complaints and depression and b) to compare actual verbal memory and memory complaints in depressed elderly patients and normal elderly individuals.

The California Verbal Learning test (CVLT) was applied to measure memory performance. A questionnaire was used to evaluate complaints about memory. Depression was measured by the Beck Depression Inventory (BDI).

The results show that depressive patients do not have deficits in verbal memory compared with normal aging individuals. There is an association between memory complaints and depressive symptoms. The depressive patients are significantly superior to the normal persons in memory complaints and depressive symptoms. The two groups are not different in objective measures of memory and learning tasks.

Bibliografía

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. O'Boyle M, Amadeo M, Self D. Cognitive complaints in elderly depressed and pseudodemented patients. *Psychol Aging*. 1990; 5: 467-8.
3. McNair M, Kahn R. Self-assessment of cognitive deficits. In: Crook T, Ferris S, Bartus R, (eds), *Assessment in geriatric psychopharmacology*. New Canaan, CT: Powley. 1983; 137-44.
4. Beck AT, Steer R. *Beck depression inventory manual*. New York: The Psychological Corporation, 1987.
5. Delis DC, Kramer JH, Kaplan E, Ober BA. *California verbal test manual (CVLT)*. New York: The Psychological Corporation, 1987.
6. Savard RJ, Rey AC, Post RM. Halstead-Reitan category test in bipolar and unipolar affective disorders. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 297-304.
7. Siegel B, Gershon S. Dementia, depression and pseudodementia. In: Altman B. (ed) *Alzheimer's disease*. New York: Plenum Press, 1986; 29-44.
8. Gibson AJ. A further analysis of memory loss in

- dementia and depression in the elderly. *Br J Clin Psychol* 1981; 20: 179-85.
9. Boone KB, Lesser IM, Miller B, et al. Cognitive functioning in older depressed outpatients: relationship of presence and severity of depression to neuropsychological tests scores. *Neuropsychology* 1995; 9: 390-8.
 10. Niederehe G, Camp CJ. Signal detection analysis of recognition memory in depressed elderly. *Exp Aging Res* 1985; 11: 207-13.
 11. Popkin SJ, Gallagher D, Thompson LW, Moore M. Memory complaint and performance in normal and depressed older adults. *Exp Aging Res* 1982; 8: 141-5.
 12. Gilewsky MK, Zelinski EM. Questionnaire Assessment of memory complaints. In: Poon LW (ed), *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington DC: American Psychological Association, 1986; 93-107.
 13. Larrabee GL, Levin HS. Memory self-ratings and objective test performance in normal elderly sample. *J Clin Exp Neuropsychol* 1986; 8: 275-84.
 14. Kaszniak W, Christenson GD. Differential diagnosis of dementia and depression. In: Storand M, VandenBos GR (eds). *Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults*. Washington DC: American Psychological Association. 1994; 81-117.
 15. Reisberg B, Gordon B, McCarthy M, Ferris SH, de Leon MJ. Insight and denial accompanying progressive cognitive decline in normal aging and Alzheimer's disease. In: Stanley B, (ed). *Geriatric psychiatry. Ethical and legal issues*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1985; 38-79.
 16. McGlynn SM, Kaszniack AW. When metacognition fails: impaired awareness of deficits in Alzheimer's disease. *J Cognit Neurosc* 1991; 3: 183-9.
 17. Layne C. Motivational deficit in depression: people's expectations outcomes impacts. *J Clin Psychol* 1980; 36: 647-52.

- - -

In all creative work there is need for a good deal of time for exercising the talent of listening to oneself, often more profitable than listening to others or, at any rate, an important supplement to the life of symposia and congresses. Perhaps this latter kind of life is also overdone in the present age. There are so many of these meetings nowadays that people can keep on drifting round the world and soon be pumped dry of what is easier to empty than to refill.

En todo trabajo creativo se tiene que dedicar mucho tiempo a practicar el arte de escucharse a sí mismo, lo que muchas veces es más provechoso que escuchar a los demás, o por lo menos un importante suplemento a la vida de simposios y congresos. En esto último es probable que se exagere en la actualidad. Hay tantas de esas reuniones que se puede seguir girando alrededor del mundo hasta terminar por perder lo adquirido dado que es mas fácil vaciar que llenar.

Ragnar Granit

Discovery and understanding. *Ann Rev Physiol* 1972; 58: 1-11.