

Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con depresión mayor

Neuropsychological disorders in patients with major depression

Adriana Lucía Ruíz

RESUMEN

OBJETIVOS. Comparar el desempeño neuropsicológico entre adultos con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y adultos sin depresión en tres dominios cognitivos: atención, memoria explícita y función ejecutiva.

MATERIALES Y MÉTODOS. 18 adultos con TDM y 15 adultos sin depresión se evaluaron a través de pruebas neuropsicológicas como *Stroop*, TMT, TAVEC, figura de Rey, Wisconsin-64, entre otras, y se compararon sus resultados.

RESULTADOS. No se encontraron diferencias en memoria explícita, pero sí en una medida de atención sostenida y en las medidas de conceptualización, organización perceptual y análisis/síntesis en función ejecutiva, con peores resultados para los adultos con TDM; las quejas de memoria también fueron significativas en éstos.

CONCLUSIONES. Las fallas en memoria, frecuentemente reportadas en los estudios y referidas por los pacientes, pueden deberse principalmente a fallas importantes en la atención o la función ejecutiva, las cuales explicarían las dificultades para la codificación y la evocación de la información.

PALABRAS CLAVE: atención, memoria, función ejecutiva, trastorno depresivo mayor.

(Adriana Lucía Ruíz. Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con depresión mayor. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:75-83).

SUMMARY

OBJECTIVES. To compare neuropsychological performance between adults with Major Depressive Disorder (MDD) and adults without depression on three cognitive domains: attention, explicit memory and executive function.

MATERIALS AND METHODS. 18 MDD adults and 15 adults without depression were evaluated by neuropsychological tests such as Stroop, TMT, TAVEC, Rey figure, Wisconsin-64, and others, and compared their performance.

RESULTS. No differences in explicit memory were found, but differences in a sustained attention measure and conceptualization and perceptual organization and analysis/synthesis in executive function, with worse results for MDD adults. Memory complaints were also significant in MDD adults.

CONCLUSIONS. Memory failures, frequently reported in studies and referred by patients, can be due basically to important failures in attention or executive function, which could explain difficulties for information codification and recall.

KEY WORDS: attention, memory, executive function, major depressive disorder.

(Adriana Lucía Ruíz. Neuropsychological disorders in patients with major depression. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:75-83).

Recibido: 16/02/09. Revisado: 20/02/09. Aceptado: 29/04/09.

Adriana Lucía Ruíz. Estudiante de psicología X semestre Universidad de Antioquia. Departamento de psicología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Correo electrónico: adriana.ruiz@neurociencias.udea.edu.co

Revisión

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un trastorno del estado de ánimo de gran impacto personal y social (1) que puede comenzar a cualquier edad y se caracteriza por un curso clínico de uno o más episodios depresivos mayores (2). La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (2).

A las características esenciales de un episodio depresivo mayor también se asocian perturbaciones psicomotoras (agitación o retardo psicomotor), cambios de apetito o peso (pérdida o ganancia), perturbaciones del sueño (insomnio o hipersomnia) y sentimientos de minusvalía, principalmente (3).

NEUROPSICOLOGÍA DEL TDM

En muchos estudios se han reportado alteraciones cognitivas significativas asociadas al TDM: en memoria de recolección o memoria explícita (4-8), en atención y en función ejecutiva (8-10). De hecho, desde los años 70 y 80 algunos investigadores (10) habían descrito problemas de memoria particularmente referidos a los procesos de codificación y recuperación en los pacientes con depresión, aunque estas descripciones no detallaban los tipos de memoria específicamente alterados en el TDM. En otro estudio publicado a mediados de los noventa (11), los investigadores se habían propuesto determinar los tipos de memoria que se encontraban alterados en la depresión: hallaron alteración en la evocación libre y lentitud psicomotora, mientras que la memoria de corto plazo, la memoria implícita, la memoria semántica y el reconocimiento los encontraron conservados. Posteriormente, MacQueen et al (4) demostraron un deterioro selectivo en la memoria de recolección o memoria explícita en el TDM.

La selectividad del deterioro de la memoria en cuanto a evocación libre no es un hallazgo consistente y exclusivo. Por ejemplo, en un estudio poblacional sueco además del pobre desempeño en recuerdo libre, se detectó un pobre desempeño en el recuerdo con clave en personas con TDM (8), en contraste con un desempeño normal en velocidad y coordinación psicomotora y en atención.

Por otra parte, con el desarrollo de nuevas herramientas imagenológicas en las últimas dos décadas se ha acumulado evidencia creciente de que la depresión va acompañada de cambios estructurales en el cerebro (12). Algunos de tales cambios se han identificado en áreas críticas para el funcionamiento emocional, como la corteza frontal, el hipocampo, el tálamo, la amígdala y los ganglios basales (13).

Los cambios estructurales en algunas áreas del cerebro pueden ser resultado de la exposición prolongada a estrés grave, el cual propicia la elevación de glucocorticoides como el cortisol, en la corteza adrenal (14). Particularmente en el hipocampo, esta elevación persistente de glucocorticoides produce daño en las neuronas CA1 y CA3 del mismo llevando a restricción dendrítica, lo cual se traduce en volúmenes hipocámpicos más pequeños (6).

Precisamente, en un estudio (14) se reportaron volúmenes hipocámpicos menores en 24 mujeres con historia de depresión en fase de remisión y sin ninguna comorbilidad médica, quienes también mostraron resultados anormales en el Test Auditivo de Aprendizaje Verbal de Rey -una medida neuropsicológica de la función hipocámpica-, en comparación con controles sanos. Otros autores (15) interpretan los bajos resultados en memoria verbal reciente, no como debidos a una alteración hipocámpica como tal, sino como debidos a una disfunción ejecutiva acentuada por la mayor dificultad que implican las tareas verbales, las cuales requieren más estrategias y esfuerzo al evocar (15).

Cuando se han explorado diversos dominios cognitivos en personas con depresión mayor, algunos autores (16) han encontrado alteraciones en atención y funciones ejecutivas. Incluso, algunos autores (17) han detectado alteraciones atencionales específicas en “cambio de foco” o en velocidad psicomotora, mientras que los resultados han sido normales en función ejecutiva, memoria visual y velocidad de procesamiento. Finalmente, un tercer grupo de autores (18) no ha encontrado ninguna alteración en atención, velocidad psicomotora o memoria verbal (recuerdo inmediato o reconocimiento) sino en función ejecutiva: las diferencias más significativas las han encontrado en algunos parámetros del WCST como número de categorías completas, errores perseverativos y fallas para mantener el principio; esto

es, fallas en la conceptualización, el auto-monitoreo y la inhibición de respuestas automáticas.

En todos los estudios antes mencionados, las comparaciones de los desempeños neuropsicológicos se han hecho entre sujetos con TDM y sujetos sanos sin depresión. Fossati et al (19), por el contrario, incluyeron en su estudio un grupo de sujetos con TDM, otro grupo de pacientes con esquizofrenia y un grupo de sujetos sanos y encontraron que los dos grupos de pacientes mostraron alteraciones ejecutivas en comparación con los controles sanos y que el grupo con TDM, a diferencia del grupo con esquizofrenia, no mostró ninguna alteración en memoria verbal.

A la luz de los hallazgos anteriores, se observa que el TDM no causa un patrón cognitivo exclusivo de memoria, de la función ejecutiva o de la atención. Más bien, los hallazgos cognitivos que han sido consistentes, tienden a implicar a los tres procesos, como ocurre por ejemplo con las alteraciones en la evocación, el cual es un proceso de la memoria que puede estar directamente influenciado por la atención o la función ejecutiva.

Teniendo en cuenta que los estudios de las alteraciones cognitivas en el TDM no son concluyentes y con el fin de describir las alteraciones cognitivas asociadas al TDM, en este estudio se propone comparar el desempeño de un grupo de adultos jóvenes con TDM con el de un grupo de adultos jóvenes sin depresión en los tres dominios cognitivos que comúnmente se han encontrado afectados en TDM: atención, memoria y función ejecutiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

SUJETOS

Diez y ocho adultos jóvenes con diagnóstico previo de TDM –fase activa- realizado por un psiquiatra, para quienes se verificó el diagnóstico a través de la entrevista psiquiátrica del DSM-IV (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) (grupo de casos) y 15 adultos jóvenes pareados por edad, escolaridad y sexo, sin diagnóstico previo de depresión y que no cumplieran los criterios para TDM a través de la MINI (grupo control). Los sujetos de ambos grupos cumplieron los criterios de inclusión (como edad entre 20 y 50 años y escolaridad

superior a 6 años) y se descartaron los participantes que tuvieran alguno de los criterios de exclusión (como antecedente de traumatismo encefalocraneano, adicción a alcohol o drogas u otro trastorno psiquiátrico).

INSTRUMENTOS

- Encuesta para las variables sociodemográficas
- Mini-entrevista neuropsiquiátrica internacional (M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview) de la APA, apartados de trastornos depresivos y de intento de suicidio.
- Escala de Trastornos de Memoria en la validación hecha por la Clínica de Memoria del Hospital Universitario San Ignacio, de la Pontificia Universidad Javeriana. Puntuación máxima: 45, punto de corte: 19.

MEDIDAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LA ATENCIÓN

- Test de colores y palabras de STROOP (Golden, 1975). Se tomaron las puntuaciones T (normales entre 35-65). Las dos primeras láminas (palabras y colores) se utilizaron como medidas de atención y la tercera (lámina de conflicto) como medida de función ejecutiva.
- Trail Making Test (TMT) formas A y B (Bradford, 1945). Se tomó el tiempo que tardó la persona en completar la tarea.
- Subtest de dígitos de la Escala de Memoria de Wechsler, EMW (Wechsler y Stone, 1948). Se tomaron en cuenta dígitos en progresión, dígitos en regresión y total (span de memoria).

MEDIDAS NEUROPSICOLÓGICAS DE LA MEMORIA EXPLÍCITA

- Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedict y Alejandre, 1998). Se tuvieron en cuenta: respuestas correctas, intrusiones, perseveraciones y estrategias semánticas y seriales; además, se obtienen índices a través de algunas fórmulas (Manual del TAVEC, Benedict y Alejandre, 1998)
- Figura compleja de Rey-Osterrieth (Rey, 1987).

Se tomaron en cuenta tiempo y puntaje total de la figura (máx. 36).

- Subtest de memoria lógica y subtest de reproducción visual de la EMW (Wechsler y Stone, 1948). En el primero, se cuantificó el número de ideas recordadas en cada una de 2 historias (puntaje máx.: 23) y después se promediaron. En el segundo se obtuvo el total de las 4 figuras presentadas (puntuación máx.: 14).

MEDIDAS NEUROPSICOLÓGICAS DE FUNCIÓN EJECUTIVA

- Subtest de diseño con cubos de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler-III (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS III; Wechsler 1981, 2001). Se tomó la puntuación directa (puntaje máx.: 64).
- Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test, WCST, 64 fichas; Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1981). Versión de 64 tarjetas; para la calificación se tienen en cuenta todas las dimensiones de la versión de 128 tarjetas.

PROCEDIMIENTO

A través de un muestreo no probabilístico de diferentes bases de datos de proyectos previos sobre TDM del Grupo de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (H.U.S.V.P, Medellín) se tomaron los datos de 85 pacientes que cumplían el criterio de edad. De los 85, 16 no se pudieron contactar (por cambio de domicilio o porque no respondieron la llamada), 7 se descartaron porque no cumplían el criterio de escolaridad y 34 se descartaron porque tenían alguno de los criterios de exclusión (TEC, Epilepsia, Trastorno Afectivo Bipolar, sin diagnóstico de TDM). En total se excluyeron 57 y fueron 28 los que se seleccionaron y aceptaron participar. De los 28 citados, 21 asistieron a la evaluación pero se descartaron 3 porque refrieron trastorno afectivo bipolar, ludopatía y esquizofrenia y no lo reportaron en la llamada telefónica inicial. Finalmente, la muestra quedó conformada por 18 participantes con TDM. Los controles fueron buscados intencionalmente de acuerdo con características similares a las de los

casos (edad, escolaridad, género) entre estudiantes y trabajadores no docentes de la Universidad de Antioquia, que cumplieran también los criterios de selección del estudio. En total se evaluaron 15 sujetos. Todos los participantes del estudio leyeron y firmaron el consentimiento informado.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS para Windows (versión 15.0) para dos muestras independientes y se probó su nivel de significación estadística ($p < .05$) a través del test no paramétrico U de Mann Whitney, teniendo en cuenta que la muestra se considera pequeña para un test paramétrico. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Diez de los participantes en el grupo de casos se encontraban en fase activa según la MINI. Las características socio-demográficas de la muestra se describen en la tabla 1.

En la tabla 2 se presenta una comparación entre el grupo de casos y el grupo control en pruebas de atención; en ésta se observa una diferencia significativa en la puntuación T de palabras del *Stroop* con peores resultados para el grupo de casos con respecto al de controles, mientras que la puntuación T de colores no muestra ninguna diferencia. Los tiempos de ejecución del TMT A son similares entre ambos grupos, a diferencia de los de la forma B que tienden a estar incrementados en el grupo de casos en relación con el grupo de controles, aunque esta diferencia no alcanza la significación estadística. De otra parte, en el subtest de dígitos de la EMW se observa una diferencia estadísticamente significativa para *span* de memoria particularmente en dígitos en progresión, siendo estadística pero no clínicamente más baja la puntuación del grupo de casos; para los dígitos en regresión no se encontró ninguna diferencia.

En la tabla 3 se muestran los resultados en pruebas de memoria explícita para casos y controles; en ella se puede observar que el desempeño en el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) fue similar entre ambos grupos para

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS CON TDM Y DE LOS ADULTOS SIN DEPRESIÓN.

	Casos (n=18)	Controles (n=15)	valor p*
Género n (%)		χ^2 0,038; gL=1	0,846
Masculino	2 (11,1)	2 (13,3)	
Femenino	16 (88,9)	13 (86,7)	
Escolaridad n (%)		χ^2 2,884; gL=3	0,410
6-11 años	6 (33,3)	2 (13,3)	
>12 años	12 (66,7)	13 (86,7)	
Edad evaluación media (DE)	30,9 (8,2)	32,3 (9,3)	U Mann Whitney= 124,5 0,708
* Nivel de significancia menor a 0,05			

TABLA 2. COMPARACIÓN ENTRE CASOS Y CONTROLES DE LOS RESULTADOS EN PRUEBAS DE ATENCIÓN.

	Casos (n=18) media	DE	Controles (n=15) media	DE	U Mann-Whitney	valor p*
STROOP TEST						
Puntuación T Palabras	39,11	7,50	44,47	5,85	75	0,030
Puntuación T Colores	38,17	9,67	39,33	8,24	125,5	0,735
TMT						
Tiempo TMT A	47,94	16,24	49,27	21,17	125	0,735
Tiempo TMT B	111,11	60,38	75,80	27,04	87,5	0,086
EMW						
Dígitos en Progresión	5,06	0,73	5,87	1,13	75,5	0,030
Dígitos en Regresión	3,78	0,73	4,40	0,99	87,5	0,086
Total span de memoria	8,83	1,25	10,27	1,75	68	0,015
* Nivel de significancia menor a 0,05						

todas las medidas de recuerdo. De igual forma, en la medida de errores no se encontró ninguna diferencia significativa, sólo un número ligeramente mayor de intrusiones en el recuerdo libre para los adultos sin depresión que para los adultos con depresión. Estrategias de aprendizaje, medidas de reconocimiento y contrastes entre ensayos no mostraron ninguna diferencia, mientras que en las regiones de recuerdo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para región de primacía (más usada por los controles) y región media (más usada por los casos).

En memoria visual no se encontraron diferencias en el desempeño entre ambos grupos.

En la tabla 4 se encuentran los puntajes obtenidos en las pruebas de función ejecutiva: el puntaje en diseño con cubos fue significativamente inferior en los casos; en WCST-64 fue significativamente peor el desempeño del grupo de casos para número de aciertos y porcentaje de respuestas de nivel conceptual. En el test de Stroop se encontró que ambas medidas de función ejecutiva (puntuación T conflicto

TABLA 3. RESULTADOS EN PRUEBAS DE MEMORIA EXPLÍCITA PARA CASOS Y CONTROLES.

	casos (n=18) media	DE	controles (n=15) media	DE	U Mann -Whitney	valor p
TAVEC						
Medidas de recuerdo						
Total correctas Lista A	49,33	10,09	52,80	7,89	108	0,343
Recuerdo Libre a Corto Plazo	10,94	2,60	10,73	2,28	133	0,957
Recuerdo con Clave a Corto Plazo	11,44	2,73	11,07	3,22	125,5	0,735
Recuerdo Libre a Largo Plazo	11,28	2,56	11,40	2,29	127	0,789
Recuerdo con Clave a Largo Plazo	11,72	2,22	11,80	2,48	127	0,789
Errores						
Total Intrusiones Recuerdo Libre	2,94	3,78	4,07	5,09	107,5	0,325
Total Intrusiones Recuerdo con Clave	1,56	2,12	1,33	1,50	134	0,986
Perseveraciones	7,44	5,49	8,53	5,29	117	0,532
Estrategias de aprendizaje						
Estrategias Semánticas Lista A	13,22	7,04	16,07	6,26	96,5	0,166
E Sem. Recuerdo Libre-Corto Plazo	3,56	2,33	4,60	2,06	90	0,108
E Sem. Recuerdo Libre-Largo Plazo	5,44	2,96	5,67	2,58	126,5	0,762
Estrategias Seriales Lista A	3,44	1,82	4,47	3,83	127	0,789
E Ser. Recuerdo Libre-Corto Plazo	0,72	1,18	0,60	0,99	128,5	0,817
E Ser. Recuerdo Libre-Largo Plazo	0,50	0,71	0,40	0,63	126	0,762
Medidas de Reconocimiento						
Aciertos	14,39	1,54	14,67	1,29	123	0,682
Falsos Positivos	1,22	1,22	0,93	0,70	124,5	0,708
Regiones de recuerdo						
Porcentaje Región de Primacia	26,80	4,38	29,63	3,80	80,5	0,048
Porcentaje Región Media	48,85	4,60	45,66	3,43	65	0,011
Porcentaje Región de Recencia	24,35	6,32	24,71	3,75	112,5	0,421
Contrastes entre ensayos						
Interferencia Proactiva (Índice 3)	0,00	55,87	65,56	91,53	92,5	0,126
Interferencia Retroactiva (Índice 4)	14,96	24,66	20,49	21,24	109,5	0,361
Proceso de almacenamiento vs evocación (Índice 5)	4,38	12,52	0,00	28,29	117,5	0,532
Retención (Índice 6)	-2,57	10,69	-5,69	7,26	121,5	0,630
Proceso de evocación vs almacenamiento (Índice 7)	-3,63	11,20	-2,82	8,13	132,5	0,929
Proceso de aprendizaje (Índice 8)	-21,75	14,53	-22,53	12,76	133,5	0,957
Proceso de recuperación (Índice 9)	-18,01	16,33	-19,96	13,61	131	0,901
FIGURA DE REY						
Puntaje Figura de Rey	31,22	3,75	31,53	2,70	131	0,901
Puntaje Evocación Fig Rey	16,58	4,84	18,83	6,72	105,5	0,290
Porcentaje retenido de la Figura de Rey	54,13	18,00	59,47	20,16	110	0,381
EMW						
Total Reproducción Visual	10,72	2,80	11,87	2,00	104,5	0,274
Total Memoria Lógica	10,69	3,88	12,87	3,34	90	0,108
M: media; DE: Desviación Estándar; Índice 3: Recuerdo inmediato B frente a Recuerdo inmediato A ensayo 1; Índice 4: Recuerdo Libre a Corto Plazo frente a Recuerdo Inmediato A ensayo 5; Índice 5: Recuerdo con clave a Corto Plazo frente a Recuerdo con clave a Largo Plazo; Índice 6: Recuerdo Libre a Largo Plazo frente a Recuerdo Libre a Corto Plazo; Índice 7: Recuerdo con clave a Largo Plazo frente a Recuerdo libre a Largo Plazo; Índice 8: Aciertos Reconocimiento frente a Recuerdo Libre a Largo Plazo; Índice 9: Aciertos Reconocimiento frente a Recuerdo con clave a Largo Plazo;						
* Nivel de significancia menor a 0,05						

TABLA 4. RESULTADOS EN PRUEBAS DE FUNCIÓN EJECUTIVA PARA CASOS Y CONTROLES.

	casos (n=18) media	DE	controles (n=15) media	DE	U Mann-Whitney	valor p
WAIS-III						
Total Cubos	29,11	13,95	39,07	12,09	80,5	0,048
WCST-64						
Aciertos	41,78	7,90	48,13	8,95	67	0,013
Respuestas perseverativas	13,83	7,45	10,07	6,05	90,5	0,108
Errores perseverativos	12,00	6,40	8,60	5,17	87	0,086
Errores no perseverativos	9,56	6,80	7,27	4,77	101,5	0,229
Porcentaje de respuestas de nivel conceptual	53,39	17,13	68,25	19,42	64,5	0,009
Número de Categorías completas	2,67	1,19	3,40	1,18	90,5	0,108
Intentos para completar la primera categoría	14,94	7,37	14,20	6,82	134,5	0,986
Fallas para mantener el principio	0,50	0,62	0,73	0,59	106	0,307
STROOP TEST						
Puntuación T Palabra Color (conflicto)	39,06	10,06	44,47	10,36	96	0,166
Puntuación T Interferencia	48,61	5,54	51,40	7,99	100,5	0,215
* Nivel de significancia menor a 0,05						

y puntuación T Interferencia) tendieron a ser más bajas en los casos que en los controles, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

El total de quejas personales de memoria entre grupo de casos y grupo control según la escala de trastornos de memoria se presenta en la Tabla 5; en ella se observan quejas personales del grupo con TDM estadística y clínicamente mayores que las del grupo control.

DISCUSIÓN

El objetivo en este estudio fue comparar el desempeño neuropsicológico de un grupo con TDM en relación con un grupo sin depresión en tres dominios cognitivos que se han reportado alterados en el TDM. Las quejas de memoria de los adultos con TDM son clínica y estadísticamente mayores que las de los adultos sin depresión. Sin embargo, a pesar de esta diferencia, el desempeño cognitivo

de los pacientes con TDM fue muy similar al de los sujetos sin depresión para todas las medidas de memoria explícita verbal. Una posible explicación para los dos hallazgos anteriores es que la presencia de depresión no incidiría negativamente sobre el aprendizaje explícito, por lo menos no de la manera en que se esperaría según lo que refieren los pacientes o según lo que reportan estudios funcionales (14). Otra explicación posible es que la edad de inicio sería un factor importante para una mayor alteración objetiva de la memoria, o sea, que a mayor edad de inicio de la depresión mayor grado de deterioro mnésico; o bien que a mayor edad en la evaluación mayor tiempo de evolución y, por lo tanto, mayores alteraciones en la memoria. Precisamente, algunas de las investigaciones que han detectado alteraciones en memoria han sido realizadas con una población de edad promedio mayor a la de los participantes de este estudio. Tal es el caso del estudio de Sheline et al (14), realizado con mujeres de 50 años de edad.

TABLA 5. RESULTADOS EN LA ESCALA DE TRASTORNOS DE MEMORIA PARA CASOS Y CONTROLES.

	casos (n=18) media	DE	controles (n=15) media	DE	U Mann -Whitney	valor p
ESCALA TRASTORNOS MEMORIA						
Quejas Personales	21,72	12,40	12,07	8,59	77,5	0,036
*Nivel de significación $\leq 0,05$						

Una tercera explicación a las quejas de memoria significativas en relación con el buen desempeño cognitivo, puede ser que los pacientes con TDM se vuelvan más aprensivos frente a los olvidos cotidianos o las dificultades para recordar y tiendan a magnificarlos. Por eso, una manera de aclarar la naturaleza de las quejas de memoria podría ser a través de los reportes de un familiar con respecto a las fallas de memoria del paciente en su vida cotidiana. Finalmente, una cuarta explicación podría estar en el tipo de memoria afectado, en el sentido de que las pruebas utilizadas en este estudio evalúan principalmente memoria semántica, mientras que si se evalúa memoria episódica vs. memoria semántica es probable que pueda encontrarse peor desempeño en la primera que en la segunda. Incluso, si se utiliza una tarea de memoria semántica con y sin contenido emocional también podrían observarse diferencias.

De manera particular, en la atención los resultados indican fallas en velocidad psicomotora; esto se explicaría porque uno de los síntomas del TDM son los cambios psicomotores (lentitud o agitación) (2). Aspectos como atención sostenida, cambio de foco atencional, atención dividida o span de memoria se encuentran conservados. Por lo tanto, puede afirmarse que en esta muestra de adultos jóvenes con TDM la atención no es un dominio que se encuentre deteriorado, pues el único aspecto alterado (velocidad psicomotora) puede explicarse por la sintomatología inherente al trastorno. De manera similar, tanto en el estudio de Grant et al (19) como en el estudio sueco mencionado anteriormente (8) se encontró que velocidad y coordinación perceptuo-motora y atención no se hallaban afectadas en personas con TDM. En cambio, Purcell et al (17) encontraron que, precisamente, las alteraciones eran en velocidad motora y cambio de foco atencional.

En el tercero de los dominios que se evaluó en este estudio (función ejecutiva) los resultados fueron más claros. Por ejemplo, el grupo de adultos con TDM mostró peor desempeño que el grupo sin depresión en diseño con cubos del WAIS y WCST-64 en las dimensiones de porcentaje de respuestas de nivel conceptual y número de aciertos. Este hallazgo sugiere fallas importantes en las personas con TDM en la capacidad de análisis/síntesis y de conceptualización, las cuales no serían fácilmente explicadas por la sintomatología depresiva, ya que no se ven directamente afectadas por la lentitud psicomotora, la falta de concentración, los olvidos o la falta de motivación. Al contrario, aunque es especulación, estas fallas podrían explicar algunos de los síntomas del trastorno como la dificultad en la toma de decisiones o la complicación de los problemas y aun algunos síntomas cognitivos como las quejas de memoria, relacionadas más con una alteración de la evocación que con fallas en la memoria como tal. Los hallazgos en WCST-64 en este estudio se diferencian de los Grant et al. (19) en que ellos encontraron menor número de categorías, más errores perseverativos y más fallas para mantener el principio.

Paelecke-Habermann et al. (16) encontraron disfunciones atencionales y ejecutivas en pacientes con TDM, que persistían aun en períodos de remisión. Otros autores (e.g., 15), a partir del deterioro hallado en memoria verbal reciente, también concluyeron una disfunción ejecutiva sutil debida a la mayor dificultad que implican las tareas verbales, que exigen más estrategias y mayor esfuerzo al evocar.

De manera general se encontró un peor desempeño del grupo de adultos con TDM, pero las diferencias con el grupo de adultos sin depresión no fueron significativas. Era de esperar que ese fuera el resultado, debido a que parte de la sintomatología de la depresión

es de carácter cognitivo (p. ej., falta de concentración, olvidos frecuentes, disminución de la velocidad de procesamiento, etc.) y poco más de la mitad del grupo con TDM estaba en fase activa del trastorno. En contraste, en el estudio poblacional sueco (8) en el que participaron sujetos de 20 a 64 años se encontró significativamente peor desempeño en los que tenían TDM que en los que no tenían depresión.

En conclusión, en este estudio realizado con adultos jóvenes con TDM se encontraron alteraciones en atención (en velocidad psicomotora) que podrían explicarse por la sintomatología depresiva. En cuanto a función ejecutiva, se encontraron alteraciones en las dimensiones de conceptualización y análisis/síntesis, las cuales explicarían la presencia significativa de quejas atribuidas a la memoria, debido a que no se encontró alteración significativa de la memoria explícita.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones de este estudio fue el tamaño pequeño de la muestra, el cual no permite que los resultados se puedan generalizar y no justifica la realización de otros tipos de análisis interesantes como análisis de correlación.

Para futuros estudios que busquen relacionar funciones cognitivas y TDM, se sugiere una muestra más grande y tener en cuenta aspectos como tiempo de evolución, severidad o fase de la depresión; otra sugerencia es en cuanto a las pruebas utilizadas, como pruebas para evaluar memoria episódica y el reporte de quejas de un familiar acerca de la memoria del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue realizado gracias al apoyo económico del Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia. Agradezco al Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH) por facilitar la consecución de recursos, al Departamento de Salud Mental y al Comité de Ética del H.U.S.V.P. por permitir llegar a los pacientes y facilitar los espacios. De igual forma, agradezco al profesor Mauricio Barrera por su orientación durante el trabajo de campo y a la profesora Victoria Tirado por la revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Rose EJ, Ebmeier KP. Pattern of impaired working memory during major depression. *J Affect Disord* 2006; 90:149-161.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. Trastornos del Estado de Ánimo. In: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 2002: 391-421.
3. Hagop A. Mood disorders: clinical features. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
4. MacQueen G, Galway TM, Hay J, Young LT, Joffe RT. Recollection memory deficits in patients with major depressive disorder predicted by past depressions but not current mood state or treatment status. *Psychol Med* 2002; 32: 251-258.
5. MacQueen GM, Campbell S, McEwen BS, et al. Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003; 100:1387-92.
6. O'Brien JT, Lloyd A, McKeith I, Gholkar A, Ferrier N. A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2081-90.
7. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2002; 72): 209-26.
8. Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med* 2004; 34: 83-91.
9. Reppermund S, Zihl J, Lucae S, et al. Persistent Cognitive Impairment in Depression: The Role of Psychopathology and Altered Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical (HPA) System Regulation. *Biol Psychiatry* 2006; 62: 400-406.
10. Roiser J, Rubinsztein J, Sahakian B. Neuropsychology of mood disorders. *Psychiatry* 2006; 5: 158-162.
11. Ilsley J, Moffoot A, O'Carroll R. An analysis of memory dysfunction in major depression. *J Affect Disord* 1995; 35: 1-9.
12. Sheline Y, Mittler B, Mintun M. The hippocampus and depression. *Eur Psychiatry* 2002; 17 (Suppl 3): 300-305.
13. Sheline Y. Neuroimaging Studies of Mood Disorder Effects on the Brain. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 338-352.
14. McEwen BS. Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 721-731.
15. Gallassi R, Di Sarro R, Morreale A, Amore M. Memory impairment in patients with late-onset major depression: the effect of an antidepressant therapy. *J Affect Disord* 2006; 91: 243-250.
16. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Lepow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. *J Affect Disord* 2005; 89(1-3):125-135.
17. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. *Psychol Med* 1997; 27: 1277-1285.
18. Fossati Ph, Amar G, Raoux N, Ergis A, Allilaire J. Executive functioning and verbal memory in young patients with unipolar depression and schizophrenia. *Psychiatry Res* 1999; 89: 171-187.
19. Grant M, Thase M, Sweeney J. Cognitive disturbance in outpatient depressed younger adults: Evidence of modest impairment. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 35-43.