

Aspectos clínicos, biológicos y sociales de las depresiones en la tercera edad

SIR MARTIN ROTH



Sir Martin Roth.

PREGUNTAS

1. ¿Cuáles son a su juicio las características clínicas diferenciales en la depresión del anciano?
2. ¿Existen diferencias etiopatogénicas entre las depresiones del anciano y las de la edad adulta?
3. ¿Incrementa la mortalidad la depresión en los ancianos?
4. ¿Ha notado cambios transculturales o a lo largo de los últimos años en la fenomenología y en la clínica de la depresión en los ancianos?
5. ¿Le parece que existe un perfil diferencial en la depresión de los ancianos que permita establecer distinto tratamiento psicofarmacológico?
6. ¿Qué opina de las escalas específicas de medida de la depresión en los ancianos?
7. ¿Cuál es su opinión sobre la comorbilidad alcohol-depresión en los ancianos?
8. ¿Cuál es su criterio sobre la demencia o pseudodemencia depresiva en los ancianos?

Similitudes y características clínicas diferenciales de la depresión en los mayores

El perfil clínico de la depresión en pacientes mayores obtenido mediante investigaciones en muestras de pacientes tratados en hospitales presentaba grandes variaciones. Algunos informes recalcan la presencia de quejas hipocondríacas como característica principal. Otros (Epstein, 1976), describen síntomas endógenos como son la inercia, la apatía, autoreproches, despertar precoz y estados de depresión máxima por las mañanas.

Blazer et al (1987) aportaron una visión diferente mediante estudios en grandes muestras de población recolectadas en una área extensa, sugiriendo así que la diversidad de síndromes clínicos divulgados en estudios anteriores se debe al sesgo que inevitablemente se produce cuando los pacientes son seleccionados para ingreso o tratamiento en un hospital y a que el síndrome predominante variaba de un centro hospitalario a otro.

Las personas deprimidas en la muestra obtenida de la Comunidad de Piedmont por Blazer fueron seleccionadas con la ayuda de criterios diagnósticos operacionales y de entrevistas estandarizadas. El grupo deprimido de edad más avanzada (60+) se quejaba con mayor frecuencia de síntomas somáticos como dolores de espalda, dolores abdominales, insomnio y estreñimiento que los deprimidos en edades medias (30-50 años). Se comprobó que estas quejas estaban asociadas al envejecimiento más que a la depresión, ya que los controles de edad avanzada de la muestra presentaban síntomas idénticos con la misma prevalencia. Los antecedentes de un reciente historial de depresión e intensos pensamientos de muerte durante un período de dos semanas se manifestaron de forma significativa pero únicamente en los pacientes deprimidos mayores.

Estas y otras investigaciones más recientes pueden subestimar la frecuencia de depresiones endógenas y bipolares en personas de edad avanzada, debido a las siguientes razones: Los índices de suicidios perpetrados alcanzan un pico máximo en edades avanzadas y el primer intento de suicidio tiende a ser el último. Un grupo sustancial de pacientes gravemente enfermos puede no ser atendido en una clínica o en una comunidad, ya que sólo salen a relucir en los certificados oficiales de defunción.

En otros casos el enmascaramiento de la enfermedad surge de la discriminación del cuadro clínico causado por una única característica de la depresión con otros síntomas relativamente *thin on the ground*? Un marcado retraso del lenguaje y de los movimientos ha vuelto a resurgir en estos últimos años como características que discriminan estrictamente una depresión endógena de otros trastornos emocionales (Kay et al, 1969; Parker et al, 1990). El retraso psicomotor se correlaciona con una elevada respuesta favorable a tratamientos biológicos.

En un estudio de Barraclough (1971) muchos pacientes suicidas habían sido vistos por un médico de familia o psiquiatra pocas semanas antes del suicidio, pasando desapercibida su depresión. Otros problemas surgen del relativo «silencio» tanto de los trastornos médicos como de los psiquiátricos en la tercera edad. En el ámbito de la medicina general es posible encontrarse con neumonías «silenciosas», sin fiebre pero con graves y silenciosos infartos coronarios no dolorosos e incluso hipertiroidismo «silencioso». El relativo silencio de un porcentaje sustancial de trastornos depresivos en la tercera edad aparece en contexto con la referencia de Barraclough al carácter aparentemente poco grave de la depresión que precede a muchos de los suicidios consumados estudiados por el autor. Otro factor contributivo en estos casos era el de la presencia de enfermedades somáticas crónicas no diagnosticadas como un carcinoma oculto descubierto durante el examen post mortem tras el suicidio.

El alto riesgo de suicidio entre la población mayor y en los varones en particular podría ser una de las diferencias más importantes del cuadro clínico de la depresión en sujetos jóvenes y viejos. Los varones tienen un alto riesgo y tienden a planificar sus intentos de suicidio con sumo cuidado. El riesgo de suicidio ha de ser tenido en cuenta siempre en pacientes deprimidos en edades avanzadas y ser investigado mediante entrevistas sensitivas a familiares cercanos, así como al propio paciente con relación a sus preocupaciones con la muerte o ideas cargadas de ansiedad sobre el cáncer, infarto u otras enfermedades incurables que no tiene una base objetiva a la luz de las investigaciones.

Diferencias etiopatogénicas entre la depresión en los mayores y la depresión en adultos jóvenes

Existe poca desviación en relación con las principales características del perfil clínico con el cuadro familiar en personas jóvenes. Pero observaciones procedentes de muchas fuentes han mostrado que los factores

hereditarios conforman una contribución menor en depresiones en edades avanzadas y que los factores exógenos como el pesar por la muerte de un ser querido, aislamiento, pobreza, pérdida de estatus social y también enfermedades físicas e incapacidad constituyen una mayor contribución que en los trastornos efectivos de los jóvenes.

Estas dificultades sociales y estreses psicológicos contribuyen a la aparición de una serie de fenómenos psicopatológicos prevalentes de forma desproporcionada en edades avanzadas. El suicidio, ya mencionado con anterioridad, es un caso a poner de relieve. La gran mayoría de los casos que consuman el suicidio han sufrido de depresiones en las cuales las privaciones y penurias han sido factores contribuyentes. Estudios de Sainsbury (1955) establecen la importancia social del aislamiento (frecuente entre la población mayor) como un factor de riesgo que predispone al suicidio. Existe una ironía trágica sobre el suicidio en personas mayores: aquellos que sufren la enfermedad de Alzheimer con una degeneración progresiva hacia un estado de inconsciencia y que actualmente no pueden ser tratados, casi nunca cometen intentos de suicidio. Sin embargo, aquellos pacientes que sufren de una enfermedad depresiva tienen la certeza que ésta casi siempre puede ser aliviada e incluso curada, y hemos aprendido a decir que «mientras haya depresión existe esperanza».

Otro concomitante que diferencia la depresión en personas mayores de la depresión en los jóvenes es la alta presencia de enfermedad física concomitante. Esto también puede tener cierta relevancia en grupos de edades más jóvenes pero las repercusiones emocionales son significativamente mayores en pacientes de edades avanzadas, que además sufren desventajas en otros aspectos y a los cuales el dolor y la inmovilidad afectan de forma más amenazadora.

En las depresiones en edades avanzadas hay una gran prevalencia de enfermedades crónicas entre los ingresos hospitalarios y entre los varones en particular (Roth y Kay, 1956). Estudios epidemiológicos recientes (Kay, Bemish y Roth, 1964) han mostrado que únicamente las enfermedades físicas crónicas y no las enfermedades agudas eran significativamente más altas entre los varones. Los estudios de seguimiento emprendidos cuatro años después de las observaciones iniciales, mostraban una mortalidad incrementada entre los varones; casi la mitad habían fallecido tras un período de cuatro años conformando una reducción significativa en expectativa de vida. Kay y Bergmann (1956) mostraron que el incremento estaba confinado a enfermedades físicas crónicas, siendo estadísticamente significativamente mayor que en varones en edades normales. Esto puede ser consecuencia del pronóstico más grave de la enfermedad física en el varón. Las mayores implicaciones de debilidad, desamparo y dependencia de otros entre los varones tienen un papel importante, no sólo en la depresión, sino también en la mortalidad incrementada.

Las posibilidades de recaer en una depresión están incrementadas por enfermedades cardiovasculares, cere-

brovasculares, diabetes, enfermedades malignas u otras enfermedades endocrinas. En contraposición, la transformación causada por casos de depresión endógena de larga duración no diagnosticada, es dramática. La alegría que se deriva de la vida, el entusiasmo con el que recuperan viejas amistades y entablan nuevas, el despertar de la curiosidad y su participación con el mundo, parece como un renacer de la vitalidad manifestada por última vez en algunos casos hace más de 10-15 años.

¿Provoca la mortalidad un incremento de la depresión en personas mayores?

Una posible interpretación de esta cuestión es qué pregunta sobre los efectos sobre el estado mental de personas mayores a las que se les ha dicho que la enfermedad que padecen tendrá efectos fatales y de una forma rápida. ¿Puede el conocimiento que el final de la vida está cerca provocar depresiones del humor y angustia en general en la mayoría de las personas? Una afirmación aplastante como esta ha sido refutada por comprobaciones en pacientes mayores que padecían enfermedades incurables o terminales. Un gran porcentaje de personas con una avanzada enfermedad maligna, con un infarto de miocardio reciente o un derrame asociado a hemiplejía, responden ante este apuro con una notable dignidad, coraje e integridad. Se les ha de transmitir la certeza que siempre se les aliviarán los dolores y que se hará todo lo posible, aun existiendo una única y remota posibilidad para ello, para asegurar su recuperación y mejoría. Un número de pacientes responde negativamente. Aunque se muestran comunicativos, desisten de plantear preguntas y mantienen un estado de ánimo alegre o eufórico. Es recomendable intentar disipar sutilmente esta actitud en sujetos que tienen la necesidad de tomar decisiones de vital importancia (como por ejemplo el redactar o firmar un testamento), para el futuro bien de su familia.

Un pequeño porcentaje de pacientes responde ante el hecho de padecer una enfermedad incurable con una intensa depresión, angustia y cuadros clínicos que incluyen muchos rasgos de depresión endógena, como ideas o delirios de culpa y autoreproches. Llevan incluso a rechazar la ingesta de alimentos, lo cual, junto al insomnio, puede llevar a un creciente estado de debilidad y a un mayor sufrimiento cerebral. Este tipo de pacientes requieren un apoyo sensible, psicoterapia y medicación antidepressiva.

Del planteamiento anterior, si la depresión incrementaba la mortalidad entre ancianos, surge una segunda posibilidad. Existe la evidencia ya de hace muchos años atrás de que los ancianos que padecen una enfermedad depresiva poseen expectativas de vida más reducidas cuando son comparados a controles ancianos mentalmente sanos. También hay evidencia de que la presencia de una enfermedad mental contribuye a suicidios consumidos y a la mortalidad incrementada en intervenciones quirúrgicas, como podrían ser la sustitución de válvulas cardíacas lesionadas u operaciones de bypass.

Existe por lo tanto una indicación convincente para tratar las enfermedades depresivas concomitantes en aquellos pacientes que sufren una enfermedad somática crónica y como paso previo ante cualquier posible intervención quirúrgica de mayor envergadura.

Efectos de los recientes cambios socio-culturales en el perfil clínico de la enfermedad mental en ancianos

Las personas mayores de ambos sexos han padecido durante las últimas décadas las múltiples desventajas derivadas de su creciente aislamiento. Las ciudades y grandes áreas metropolitanas, en contraposición a ciudades de provincia y áreas rurales, prometen a los jóvenes mejores oportunidades laborales y posibilidades de ascender en la escala social con el subsiguiente prestigio. Esta atracción se debe también al amplio abanico de posibilidades existentes para aquellos jóvenes con ambiciones, empuje y suficiente preparación y el deslumbramiento que proporciona la recompensa del éxito.

Un gran porcentaje de ancianos con precarios medios económicos, viven en pequeños apartamentos en vecindades sórdidas, sobrepobladas, con contaminación y a menudo en estrecha convivencia con drogadictos y criminales violentos. Débiles e indefensos, son frecuentemente objeto de robos, y al ofrecer resistencia, atacados y algunos de ellos incluso asesinados. Aquellos que por la distancia o la emigración están separados de sus descendientes se ven carentes del papel y el propósito alcanzado durante toda una vida en familia.

Durante la década de los cincuenta y principios de los sesenta algunos estudios, como por ejemplo aquellos provenientes de Townsend en el East End de Londres (1957) y los de Lowenthal en los Estados Unidos (1964), pusieron de manifiesto que un alto porcentaje de ancianos en grandes ciudades vivían integrados en tres generaciones familiares en las cuales funcionaban en una relación simbiótica con sus hijos. Mantenían un estrecho contacto aunque los mayores frecuentemente vivían en domicilios separados. Estos trabajos describían un intercambio de servicios recíproco entre las generaciones más jóvenes y las mayores en Londres, Los Ángeles y otras ciudades. Los ancianos a menudo hacían de sustitutos de los padres, aportando su experiencia, sabiduría y cariño a la educación de sus nietos. Permitían a esta generación joven el poder desempeñar sus actividades laborales en la comunidad y en cambio recibían de estos nietos su ayuda cuando sufrían alguna dificultad, enfermedad o impedimento.

Los recientes cambios socio-culturales mencionados han debilitado y dificultado en las últimas décadas estos lazos. Ningún servicio de salud es capaz de reproducir un servicio de atención de esta calidad y la satisfacción social de pertenencia y del sentido de tener una importante finalidad dentro del seno familiar a estos pacientes ancianos. Estas influencias a menudo contribuyen como antecedentes al desencadenamiento de enfermedades

depresivas en los ancianos, necesitando atención tanto de tratamiento como de rehabilitación.

Comentarios sobre el tratamiento farmacológico de enfermedades depresivas y relacionadas en ancianos

En los trastornos depresivos suaves que no llegan a cumplir criterios diagnóstico se debería emplear psicoterapia de apoyo con algún componente cognitivo como primera medida y durante un período de un mes. Un porcentaje sustancial de estos pacientes responde con una incipiente mejoría pero la presencia de riesgo de suicidio hace imprescindible una rápida mejoría de los síntomas. En estos casos se deberían por lo tanto emplear fármacos antidepressivos en combinación con medidas de apoyo.

La eficacia de los tradicionales compuestos tricíclicos viene apoyada por una amplia y probada evidencia. No en todos los casos éstos deberían ser suplantados por fármacos de nueva generación. Los antiguos compuestos pueden provocar algunas desventajas como estreñimiento, dificultades de micción y otros efectos secundarios anticolinérgicos y adrenérgicos. También hay efectos cardiotoxicos que no pueden ser evitados en muchos casos. Los compuestos tricíclicos están contraindicados en aquellos pacientes con tendencia a tener ataques de taquicardia u otras disritmias y aquellos con ECG obviamente anormales. En contraposición, la Lofepamina está altamente indicada en pacientes mayores, prácticamente no tiene efectos secundarios asociados a otros fármacos como la Amitriptilina. Se recomiendan dosis más bajas que en pacientes jóvenes y una estrecha supervisión desde el inicio.

Los inhibidores de la monoamino-oxidasa son una alternativa útil pero la mala memoria de estos pacientes mayores hace que el riesgo de interacciones tóxicas de este fármaco con queso, vino tinto y alimentos análogos sea un riesgo. Además, pueden acaecer crisis hipertensivas incluso sin haber cometido ningún error dietético definido. La llegada de nuevos fármacos reversibles IMAO constituyen un avance ya que no tienen los efectos secundarios de los antiguos compuestos, y no tiene receptividad con otros sistemas colinérgicos (muscarínicos) adrenérgicos y otros receptores. Estudios doble-ciego han demostrado que su eficacia es tan buena como las sustancias IMAO tradicionales, pudiéndose además comparar a algunos recaptadores de la serotonina (ISRS) (Bocksberger et al, 1993) en su uso en ancianos.

En un gran estudio multicéntrico doble-ciego llevado a cabo a nivel internacional (Roth, Mountjoy y Amrein, 1996) en 694 pacientes mayores de 60 años con síntomas de depresión y declive cognitivo elegidos de 41 centros, de los cuales 511 cumplían criterios DSM-III para demencia y también estaban deprimidos. 183 no cumplían criterios DSM-III para demencia pero cumplían criterios para la DSM-IV para depresión mayor y también sufrían de declive cognitivo. El análisis de los ítems 17 y 24

de la escala Hamilton mostraban que moclobemide comparado con placebo producía una mejoría significativa en ambos grupos de dementes y deprimidos ($P=0,001$ ambos grupos diagnósticos). Había una mejoría significativa en las funciones cognitivas medidas por el factor SCAG I en ambos grupos de pacientes tratados con moclobemide. Este compuesto se perfiló como un antidepressivo seguro y bien tolerado.

Existe poca información sobre ensayos clínicos comparativos y controlados en relación a su eficacia y efectos secundarios de los compuestos ISRS en comparación con sustancias tricíclicas e IMAO. Basándose en experiencias adquiridas con pacientes jóvenes cabría esperar que los ISRS serían por lo menos tan efectivos a la hora de aliviar síntomas como las sustancias tricíclicas y tetracíclicas. Una dosis mínima de 10 mg al principio sirve para minimizar los efectos secundarios iniciales de ansiedad comunes en estos nuevos fármacos. Estos síntomas subsisten durante un período de 10 a 14 días en la mayoría de los pacientes.

Los trastornos bipolares rara vez se inician durante la vejez. En el pequeño grupo en el que este trastorno se inicia después de los 60 años la depresión es por regla general el primer síndrome que aparece. Pero hay casos documentados en los cuales la manía es la primera manifestación (Roth, 1955; Schulman y Post, 1980). Un hecho que ha llamado mucho la atención es la manía en la vejez. Cada vez es mayor la utilización del litio tanto en los trastornos bipolares como en la manía recurrente. Es imprescindible emplear dosis bajas para mantener niveles séricos dentro de los límites de 0,4-0,6 mmol/L, más aun teniendo en cuenta que los ancianos son particularmente susceptibles a daños renales. Un porcentaje de pacientes con manía de inicio tardío padecen enfermedades físicas concomitantes como tumores cerebrales, infartos o enfermedades endocrinas, por lo tanto es esencial realizar exploraciones físicas detalladas para identificarlas y tratarlas si es posible.

Escalas de clasificación para enfermedades depresivas

Las escalas de clasificación para la depresión en ancianos tienen desventajas. La mayoría de las escalas para la medición de trastornos psiquiátricos han sido adaptadas de escalas originariamente concebidas para grupos de pacientes más jóvenes. No contienen factores de corrección para niveles bajos de educación o analfabetismo de muchas personas mayores. Las escalas de auto-clasificación como el Inventario de depresión Beck (Beck Depression Inventory) tienden a arrojar resultados poco fiables en los ancianos. No tienen en cuenta el desconocimiento que muchos ancianos tienen de realizar un proceso de autoevaluación y de los tests en general y su incapacidad para seguir instrucciones debido a sus déficits sensoriales y apatía.

La escala Hamilton de evaluación de la depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton,

1967) es un instrumento de medida fiable, validado por un amplio número de investigaciones a nivel mundial. La entrevista es llevada a cabo por un entrevistador y una de sus ventajas es que dicha entrevista especificada para esta escala es flexible e inestructurada, únicamente mide la gravedad del trastorno depresivo manifiesto. A menudo se utiliza erróneamente para establecer un diagnóstico de depresión pero es eficaz como prueba complementaria a la anamnesis y al examen clínico. Sin embargo, para excluir la posibilidad de una demencia precoz, se debería pasar alguna escala adicional, como por ejemplo un Mini-Mental, o una medición más exhaustiva como el «CAMCOG».

La escala de clasificación de la depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) se compone de 10 ítems, cada uno con una puntuación en una escala de cuatro puntos, por un entrevistador que tiene que emplear las definiciones previstas para cada punto llegando hasta una puntuación determinada.

El CAMDEX (Roth et al, 1988) es una exhaustiva lista en principio desarrollada con vistas a alcanzar un diagnóstico para cada una de las formas de la demencia en ancianos. Incluye escalas para cada uno de los trastornos principales en la vejez y también contiene criterios operacionales para llegar a un diagnóstico de depresión y otros trastornos «funcionales». Es un instrumento de investigación para encuestas clínicas o epidemiológicas en las cuales es necesario contar con una valoración amplia de cada sujeto estudiado, para recopilar datos de prevalencia e incidencia de trastornos mentales en ancianos y para proporcionar un cuerpo de datos adecuado para determinadas encuestas de tipo biológico.

También puede ser utilizado en otras formas de investigación como ensayos clínicos en los cuales es necesario disponer de informes completos de cada uno de los sujetos. El Examen Cognoscitivo Cambridge (CAMCOG), una exploración neurofisiológica que forma parte del CAMDEX, ha sido utilizado para llegar a establecer diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y otras formas de trastornos orgánicos en la vejez.

Alcoholismo y depresión en la vejez

El alcohol es un factor de riesgo para la demencia más que la depresión. Una encuesta realizada a grandes bebedores en comparación a abstemios mostraba que en los primeros se incrementaba en 4,5 veces el riesgo de desarrollar una demencia en edad tardía.

La relación entre alcoholismo y depresión es de particular relevancia para la psiquiatría de la tercera edad. En dosis limitadas o moderadas el alcohol suaviza los picos de dolor mental debido al olvido. Pero en un consumo habitual llevado hasta un grado de intoxicación, se intensifican las tendencias suicidas. Los suicidios cometidos y graves intentos a menudo vienen precedidos por ingestas excesivas de alcohol. Las interacciones entre el alcohol y humor suponen una seria amenaza para la vida y la

salud de las personas mayores por varias razones. Tras años de un consumo excesivo, la tolerancia al alcohol disminuye, y en los ancianos en particular, ya que son habituales daños cerebrales subclínicos o reales. Al mismo tiempo se intensifican las tendencias al suicidio, como demuestra el hecho de que la prevalencia de muertes por suicidio alcanza su pico en edades avanzadas en muchos países. Un alcohólico, al contemplar su vida pasada se centra selectivamente en fracasos, faltas menores y miserias del pasado, y en el vacío de sus perspectivas para el futuro. Bebe lo suficiente para suavizar su dolor mental. Pero a menudo esto genera una necesidad imperativa de quitarse la vida ingiriendo un frasco de comprimidos o, si dispone de un arma, de pegarse un tiro.

Si se recupera y resucita, el súbito abandono del consumo de alcohol junto a una medicación antidepresiva precipitan, por rebote, un ataque de delirium agudo que puede llegar a confundirse con un diagnóstico erróneo de episodio de demencia confusional o alguna otra enfermedad cerebral.

Esta secuencia normalmente se da en pacientes con un trastorno del humor subyacente o con un trastorno bipolar. Es esencial obtener datos para el historial de una fuente independiente. La información recogida tiende a clarificar el diagnóstico. La identificación de un patrón claramente periódico de cambios de humor y consumo excesivo de alcohol concomitante demanda un intenso programa de tratamiento con estabilizadores del humor como el litio, así como psicoterapia y una estrecha supervisión.

Existe una alta prevalencia en aquellos que continúan con un consumo excesivo de alcohol hasta bien entrada la madurez de complicaciones neurológicas como el síndrome de Korsakoff o ataxia cerebelosa, así como daños en el hígado. Si se detectan estas complicaciones en su inicio estos déficits pueden remitir si se abandona la bebida; si por el contrario ya están establecidos desde hace varios años el pronóstico es reservado.

Si un bebedor empedernido alcanza una edad avanzada con un estado de salud relativamente intacto, el pronóstico es ventajoso. Los bebedores sociales reducen su consumo y muchos bebedores problemáticos logran abstenerse, en especial si tienen una jubilación económicamente resuelta.

Pseudodemencia depresiva en la tercera edad

La pseudodemencia depresiva puede ser diferenciada de auténticos trastornos mentales degenerativos por el desarrollo del historial del trastorno actual y por la variedad de rasgos clínicos. En la pseudodemencia depresiva la aparente incompetencia mental está presente por un periodo de apenas semanas, evolucionando a partir de antecedentes de funcionamiento, actividades caseras y relaciones personales normales que se extienden a un periodo hacia atrás de varios años. En la demencia auténtica como la enfermedad de Alzheimer, la incapacidad se inicia 2-3 años antes con problemas de memoria y pro-

grasa hasta sumir y obliterar la mayor parte de las funciones cognitivas y facultades intelectuales del paciente. Sus reacciones emocionales están embotadas y son toscas con un deterioro paralelo de los hábitos personales como la ingesta de alimentos, cuidado personal, así como el control de los esfínteres, causando incontinencia por partida doble. No existe comprensión alguna de los cambios que están acaeciendo. Los impedimentos de la pseudodemencia depresiva nunca han tenido este carácter global.

La verdadera demencia como la enfermedad de Alzheimer se desarrolla de forma lenta, insidiosa y se desarrolla durante meses y años sin ser reconocida. En la pseudodemencia depresiva los familiares pueden informar sobre episodios de lucidez mental durante los cuales se manifiestan síntomas depresivos típicos en alternancia con períodos en los cuales el habla es incoherente. En pacientes con demencia las emociones están aplanadas y apáticas, mientras que los pacientes con pseudodemencia depresiva muestran períodos de angustia emocional durante la entrevista. Los pacientes deprimidos pueden presentar quejas sobre dificultades que derivan de su incapacidad cognitiva; esto es menos frecuente en pacientes con una auténtica demencia. Además, mientras que el rendimiento durante la entre-

vista puede estar gravemente incapacitado con respuestas extremadamente erróneas a simples problemas matemáticos o lógicos, la observación del paciente durante un período de varias horas revela que en realidad sí está dotado de las habilidades necesarias para rendir en prácticas cotidianas, como son la cocina, dormitorio, cuarto de baño y alrededor del hogar o en la sala del hospital. Los pacientes con una pseudodemencia a menudo contestan con respuestas del tipo «no lo sé», mientras que los pacientes dementes tienden a dar respuestas incorrectas, irrelevantes o confabuladas. Tanto los antecedentes como el examen mental muestran que el rendimiento del paciente con pseudodemencia depresiva es poco uniforme pero en la demencia auténtica el paciente responde de manera uniformemente incompetente. Este hecho también se manifiesta en sus movimientos espontáneos al moverse en su hogar o en la sala del hospital. La depresión subyacente en la pseudodemencia depresiva es generalmente endógena y el síndrome en su conjunto responde favorablemente a tratamiento. En la auténtica demencia no hay respuestas de este tipo. Pero los síntomas depresivos fluctuantes e irregulares que se manifiestan en fases tempranas pueden mejorar en la demencia auténtica sin ningún cambio para las funciones cognitivas o habilidades prácticas.