

Pseudodemencia depresiva: fronteras diagnósticas

J. M. Barjau Romero, D. Guerra-Prado, A. Vilorio Jiménez*, M. Vega-Piñero y A. Chinchilla Moreno

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. *Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos.

Depressive pseudodementia: Diagnostic frontiers

Resumen

En los límites que separan la demencia de la depresión nos encontramos con una entidad permanentemente sujeta a controversia: la pseudodemencia depresiva. Defendida por unos autores y criticada por otros, nos sitúa en la frontera diagnóstica existente entre lo cognitivo y lo afectivo, entre la Neurología y la Psiquiatría, entidad no bien delimitada donde alcanzan relevancia diagnóstica tanto aspectos clínicos como evolutivos y de respuesta a tratamiento. Realizamos una reflexión sobre el término de pseudodemencia depresiva revisando la literatura científica, prestando atención especial a aspectos clínicos y diagnósticos. Concluimos que la pseudodemencia depresiva, a pesar de las opiniones en contra y limitaciones diagnósticas, continúa siendo un término válido en el ejercicio de la práctica clínica, que facilita la aproximación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes que manifiestan sintomatología mixta; afectiva y cognitiva.

Palabras clave: pseudodemencia depresiva, diagnóstico, depresión, demencia.

Summary

In the limits between dementia and depression we find a clinical entity in permanent controversy; Depressive Pseudodementia. Depressive pseudodementia is defended by some authors and criticised by others and set us in the diagnostic frontier palced between the cognitive and the affective, between neurology and psychiatry. The entity is not well delimited and reaches diagnostic relevance clinical, evolution and response aspects. In the present issue, we realize a reflection on the term depressive pseudodementia with a review of the scientific literature with special attention in clinical and diagnostic subjets. We conclude that depressive pseudodementia although considering diagnostic limitations is still a valid term in clinical practice, and it eases the approximation, diagnosis and treatment of patients with mixed symptoms of cognitive and depressive type.

Key words: depressive pseudodementia, diagnosis, depression, dementia.

INTRODUCCIÓN

Diversos términos se han empleado para denominar las diferentes alteraciones cognoscitivas que surgen en los trastornos psiquiátricos: «melancolía atónica», «depresión estúpida», «demencia melancólica» o «demencia ve-sánica», entre otros¹. Fue Wernicke en 1880 quien emplea por primera vez el término de pseudodemencia, haciendo mención a ciertos cuadros histéricos crónicos que aparentaban debilitamiento o deterioro mental, denominando a estos cuadros clínicos «pseudodemencia histérica»¹. Pero, es Mariet, tres años más tarde, en su monografía titulada *Démence Mélancolique*, quien lo relaciona con una verdadera disfunción cognitiva en el con-

texto de un trastorno afectivo al describir trastornos cognitivo-conductuales en trastornos afectivos («demencia melancólica») ¹, aproximándose así al concepto actual de pseudodemencia depresiva. Término que finalmente es introducido por Madden, ya en 1952, aplicándolo a casos de alteraciones cognitivas reversibles en trastornos funcionales². Kiloh, en 1961, es quien destaca los aspectos clínicos describiendo distintas categorías psiquiátricas que asemejan cuadros demenciales: depresión, histeria, trastorno facticio, síndrome de Ganser y parafrenia. Este autor planteaba una etiología diversa pero fundamentalmente afectiva³. En cambio para Wells la mayoría de los cuadros de pseudodemencia correspondería a etiologías diferentes de la depresión⁴. Este primer trabajo de Kiloh (1961) y el posterior de Wells (1979) constituyeron un antes y un después del concepto de pseudodemencia. A partir de esos momentos el tema comienza a generalizarse y el término se hace habitual en la práctica clínica⁵. Caine plantea que el diagnóstico de pseudodemencia depende principalmente de considerar la alteración cognitiva como secundaria del trastorno psiquiátrico⁶. Bulbe-

CORRESPONDENCIA:

J. M. Barjau Romero.
Hospital Ramón y Cajal.
Carretera de Colmenar Km. 9,100.
28034 Madrid.

na⁷, por su parte, describe tres tipos de pseudodemen-
cia, que podríamos considerar como tres visiones clásicas del concepto:

1. *Pseudodemen-
cia tipo 1*: correspondería a la pseudodemen-
cia depresiva. Se trataría de un trastorno cogni-
tivo real producido por trastornos psiquiátricos funcio-
nales como la depresión. En ellos, el trastorno intelectual
sería con frecuencia reversible, parcial o totalmente, al
resolverse el trastorno de base.

2. *Pseudodemen-
cia tipo 2*: se caracterizaría por ren-
dimientos deficitarios en diversas áreas neuropsicoló-
gicas que aparentan o imitan una demencia. No sería se-
cundario a un trastorno cognitivo determinado, sino a
mecanismos maladaptativos histriónicos (síndrome de
Ganser, simulación, pseudodemen-
cia histérica, trastornos
de personalidad). De fácil diagnóstico y de evolución re-
versible, que obedecería a otros problemas psicopatoló-
gicos y no debería plantear dificultades a la hora del diag-
nóstico diferencial.

3. *Pseudodemen-
cia tipo 3*: presentaría las caracterís-
ticas clínicas del delirium. Se trataría de una mala utiliza-
ción del término «pseudodemen-
cia», es decir, un error
diagnóstico. Puede que cuadros limitrofes entre el sín-
drome de Wieck y el síndrome psicoorgánico se puedan
confundir con la pseudodemen-
cia depresiva, precisando,
en estos casos, de un concienzudo análisis transversal
y longitudinal.

El término pseudodemen-
cia, en su acepción actual,
se reserva para aquellos cuadros clínicos que asemejan,
mimetizan o caricaturizan una demencia de carácter re-
versible, que se presentan en el contexto de un trastorno
psiquiátrico primario o funcional, donde el prefijo «seu-
do» implica una alteración cognitiva que no es real. Si
bien, algunos autores postulan que existe realmente un
deterioro de la cognición, más que simularlo o caracte-
rizarlo. Así, Bulbena y Berrios⁸ se refieren a la pseudode-
mencia como una serie de estados clínicos cuyo denomi-
nador común es una capacidad para «deteriorar la cog-
nición o incapacitar los mecanismos por los que se
expresa». Caine⁶ por su parte establece los siguientes cri-
terios diagnósticos para el término de pseudodemen-
cia: a) alteración intelectual en el contexto de un trastorno
psiquiátrico; b) alteración neuropsicológica similar a la
de la patología neurológica; c) reversibilidad de la altera-
ción intelectual; d) ausencia de patología neurológica
que justifique el trastorno neurológico. Si bien, en este
último caso; ¿es posible que se trate del inicio de una en-
fermedad de Alzheimer donde no es posible el diagnósti-
co patológico y sí el clínico? Luego parece tratarse de un
controvertido problema conceptual.

Dentro del campo que abarca la pseudodemen-
cia, la depresiva representa el 75% de todos los casos⁸,
definiéndose clásicamente como la presencia de un trastor-
no afectivo depresivo que manifiesta clínicamente alte-
raciones cognitivas, teniendo el deterioro cognitivo la
suficiente entidad como para remedar una demencia pri-
maria. Caracterizado por manifestarse, habitualmente,
en las etapas finales de la vida adulta y tercera edad de la
vida, considerándose los déficits cognitivos reversibles

al tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos o
terapia electroconvulsiva (TEC), al igual que la sintoma-
tología afectiva. Pero, ¿realmente remite toda la sinto-
matología?

En la actualidad nos encontramos con dos posturas
contrapuestas, bien definidas, respecto al concepto de
pseudodemen-
cia depresiva: unos autores entienden la
misma como una categoría diagnóstica independiente,
mientras que otros opinan que la pseudodemen-
cia de-
presiva designa un síndrome clínico caracterizado por
lesión cognitiva en la depresión senil, considerando el
término como inadecuado. Así, se han propuesto deno-
minaciones distintas; «síndrome demencial de la de-
presión»⁶, «demencia de la depresión»⁹ o «trastorno cog-
nitivo de la depresión senil»^{10,11}. La controversia está servi-
da, pero lo cierto es, que hasta el momento el concepto
de pseudodemen-
cia depresiva, aceptada o no como una
entidad propia, no encuentra ubicación nosológica en
los criterios diagnósticos actuales (CIE-10 o DSM-IV).
¿Por qué?, podemos hablar de que no hay unos criterios
«clínicos» que faciliten dicha ubicación.

Por otra parte, algunos autores identifican la altera-
ción cognitiva de la pseudodemen-
cia depresiva con la
demencia subcortical^{6,12}, donde también entraría la vieja
bradifemia descrita por Naville¹³, mientras que otros afir-
man que es claramente diferente tanto de la demencia
cortical como subcortical¹⁴. En la práctica clínica, a la
hora del diagnóstico, esta diferencia carece de interés
ante un enfermo con síntomas demenciales y depresivos,
lo que importa es establecer en qué medida los síntomas
demenciales nos permiten ver el trasfondo depresivo
(¿máscaras depresivas?, formas depresivas típicas, atípi-
cas y enmascaradas como posibilidades de presentación
clínica), y si éste verdaderamente existe como tal, en el
supuesto de la pseudodemen-
cia depresiva.

Nos encontramos, en fin, ante un concepto contro-
vertido, defendido por algunos autores^{8,14,15}, criticado
por otros^{4,10,16,17}, que nos sitúa en la frontera existente
entre la neurología y la psiquiatría, lo cognitivo frente a
lo afectivo. Esto es ilustrativo de un proceso, no bien de-
limitado, donde alcanzan relevancia tanto aspectos clíni-
cos, evolutivos como de respuesta a tratamiento. En este
largo proceso de delimitación, las diversas vicisitudes
del concepto de pseudodemen-
cia a lo largo de la histo-
ria, nos ha llevado a una situación actual (dominada por
criterios diagnósticos estandarizados) de incertidumbre
respecto al futuro de la misma. Unos autores plantean
que posee entidad suficiente para ser considerada como
una categoría diagnóstica independiente, mientras que
para otros se trataría de cuadros de deterioro orgánico
cerebral sobre el que se instauraría una depresión (¿de-
presión sintomática o secundaria?) o la consideran un
cuadro clínico caracterizado por una lesión cognitiva en
el seno de una depresión acaecida en la tercera edad de
la vida. Incluso algunos autores consideran que se trata
únicamente de un trastorno depresivo que en ausencia
de déficits cognitivos marcados típicos de la demencia,
se le debe asignar simplemente el diagnóstico de depre-
sión, no siendo necesario ningún otro¹⁸. Es posible,

pero algún valor «patogénico» o «patoplástico» tendrá la edad senil.

En el presente artículo intentaremos aproximarnos conceptual y clínicamente a la pseudodemencia depresiva, adentrándonos en el complicado campo de las relaciones que se establecen entre el deterioro cognitivo y la sintomatología afectiva depresiva, ya sea entendida como síntoma, síndrome o trastorno, tenga un carácter prodrómico, de inicio, adaptativo, sobreañadido o independiente al cuadro demencial. Observaremos cómo, en muchas ocasiones, el diagnóstico es difícil, difuminándose las fronteras que delimitan las diversas presentaciones clínicas, y cómo las peculiaridades de la pseudodemencia depresiva hace que, tanto la evolución de la misma, y la respuesta al tratamiento antidepressivo formen parte ineludible al considerar el diagnóstico.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

La prevalencia de la pseudodemencia depresiva se estima en un 3%, si bien cuando se utilizan criterios diagnósticos más rígidos puede ser sólo del 0,4%¹⁹. En la práctica clínica, nos encontramos pacientes de edad avanzada que parecen sufrir una demencia primaria, pero realmente lo que padecen es un trastorno afectivo; una depresión. Es importante reconocer las sutiles diferencias clínicas entre estos pacientes y los que padecen verdaderamente una demencia. El solapamiento de síntomas demenciales y depresivos dificulta el poder separar las pseudodemencias de las depresiones asociadas a demencia²⁰. La diferencia entre demencia y depresión es compleja, ofreciendo, en muchas ocasiones, serias dificultades para llevar a cabo un diagnóstico diferencial correcto. Ello se debe fundamentalmente a que los estados demenciales tienen, entre sus manifestaciones clínicas, síntomas que podemos hallar habitualmente en la depresión, así como no es infrecuente que en los ancianos la depresión se presente con la apariencia de una demencia, como es el caso de la pseudodemencia depresiva. Por tanto, la principal dificultad diagnóstica estriba en poder realizar un diagnóstico diferencial correcto entre lo que consideramos una pseudodemencia depresiva y la demencia auténtica, por las implicaciones evolutivas y de tratamiento que representa el diagnóstico adecuado.

Aspectos clínicos

Respecto a los aspectos clínicos que nos puedan orientar hacia el diagnóstico, entre las alteraciones cognitivas destacamos que los pacientes con pseudodemencia depresiva presentan con más frecuencia quejas detalladas sobre su función cognitiva, enfatizando en sus incapacidades y problemas de memoria. Se angustian ante sus fracasos, tienden a exagerarlos y magnificarlos (subrayan sus déficits). Son típicas las respuestas «no sé», «no puedo», «no me acuerdo», «soy incapaz de». Esto es menos frecuente en cuadros depresivos en adultos. Du-

rante la exploración clínica da la impresión subjetiva de presentar, este tipo de pacientes, quejas sobrevaloradas respecto al trastorno cognitivo que se objetiva. Es esta angustia e hipervaloración de la sintomatología lo que lleva al paciente con pseudodemencia a acudir de forma espontánea a la consulta, a diferencia del sujeto con demencia, ajeno a la enfermedad, que es llevado por sus familiares²¹. Las alteraciones descritas de tipo cognitivo llaman pronto la atención de la familia, de ahí, que pueda establecerse con más precisión el inicio del cuadro clínico. Presentan fallos de memoria centrados en aspectos del pasado, con frecuentes lagunas de memoria para períodos o hechos específicos, los cuales no manifestaban antes del inicio del cuadro afectivo. La alteración cognitiva en la demencia es creciente, lenta, mientras que en la pseudodemencia depresiva, por lo general, puede fluctuar. Tanto en la realización de tests psicológicos como en la exploración neuropsicológica los pacientes con pseudodemencia depresiva se muestran poco cooperantes, con escaso esfuerzo por recordar o rendir bien, remarcan sus fracasos, o por el contrario se niegan a dicha evaluación. Lo cual contrasta con sus respuestas detalladas y claras cuando se les pregunta sobre aspectos de la vida personal presente y pasada. Por todo ello, y el desinterés con que las realizan, no es infrecuente encontrar en los resultados una afectación cognitiva superior a la esperada. Hallamos, de la misma forma, una marcada variabilidad al realizar tareas de similar dificultad; el déficit cognitivo es variable en el tiempo y la conducta es a menudo incongruente con la escasa gravedad del trastorno. Las alteraciones cognitivas son variables e influenciadas por las situaciones, pudiendo obtenerse fluctuaciones si se aplican tests cognitivos a lo largo del tiempo⁴. Todo ello se diferencia de los pacientes con demencia senil que tienden, de forma característica, al menos en los estadios iniciales, a minimizar sus alteraciones y fallos cognitivos. Respecto a las quejas sobre su función cognitiva suelen ser más vagas y escasas, mostrándose en ocasiones indiferentes a sus fracasos. Por ello la merma cognitiva suele pasar desapercibida para la familia durante bastante tiempo. La alteración de la memoria suele ser más grave para hechos recientes y menos habituales los olvidos de períodos o acontecimientos significativos para el paciente. En estos casos el déficit cognitivo es más homogéneo y estable en el tiempo. En la exploración neuropsicológica y a la hora de realizar tests psicológicos se muestran cooperantes, esforzándose por rendir bien, subrayando logros triviales, con un rendimiento uniforme en las distintas pruebas. En el WAIS se observa un menor rendimiento en las pruebas manipulativas a diferencia del paciente con pseudodemencia, que bien dan unos resultados variables o un fracaso tanto en las pruebas manipulativas como verbales (tabla 1).

Referente al inicio, curso y sintomatología afectiva encontramos, con frecuencia, que la pseudodemencia depresiva tiene su inicio en un período concreto de tiempo, pudiendo establecerse con cierta precisión (aunque no siempre), siendo la familia consciente del trastorno y de su gravedad ante la rápida progresión de los síntomas

TABLA 1 Características diferenciales entre pseudodemencia depresiva y demencia

<i>Pseudodemencia depresiva</i>	<i>Demencia</i>
Inicio, curso y sintomatología afectiva	
Inicio en semanas	Inicio lento, en meses o años
El inicio puede ser establecido con cierta precisión (periodo concreto de tiempo)	Inicio establecido con amplio margen (inicio impreciso)
Recibe atención sanitaria poco después de la aparición del cuadro	Larga duración de los síntomas hasta que se busca ayuda
La familia es consciente del trastorno y su gravedad	La familia lo desconoce durante mucho tiempo
Rápida progresión de los síntomas	Curso lento progresivo
Duración breve	Duración indeterminada
Antecedentes de depresión	Antecedentes menos frecuentes
Quejas de tristeza	Tristeza implícita
Quejas frecuentes y precisas de la función cognitiva	Quejas de la función cognitiva vagas y escasas
Angustia ante el fracaso, tendencia a magnificarlo y búsqueda de ayuda	Indiferencia al fracaso, con tendencia a minimizarlo y sin búsqueda de ayuda (oculta sus incapacidades)
El paciente comunica un sentimiento de sufrimiento intenso	Parece no estar interesado o preocupado
Afectividad depresiva continua y estable (sintomatología afectiva estable)	Afectividad superficial y lábil (sintomatología afectiva fluctuante)
La conducta es a menudo incongruente con la escasa gravedad del trastorno	Conducta compatible con el grado de deterioro
Pérdida precoz de las relaciones sociales	Mantenimiento relativo de habilidades sociales, sobre todo en los estadios iniciales
Más frecuente la letargia, apatía y disminución de las actividades	Menos frecuente
Acentuación nocturna infrecuente	Intensificación nocturna de los trastornos
Insomnio tardío	Ritmo sueño-vigilia invertido
Respuesta a antidepresivos y TEC	Falta de respuesta
EEG y TAC normal	EEG retardado y TAC atrofia cortical
SPECT Y PET anomalías en la corteza prefrontal anterior medial izquierda	SPECT Y PET anomalías en regiones temporo-parietales bilaterales y tardíamente prefrontales
Trastornos de memoria, cognitivos e intelectuales	
Atención y concentración bien conservados	Deterioro en atención y concentración
Respuestas típicas «no sé», «no puedo», «soy incapaz de»	Responden algo cercano o erróneo
Pérdida de memoria para hechos recientes y remotos	Alteración más grave de la memoria reciente
Frecuentes lagunas de memoria para períodos o hechos específicos	Lagunas poco frecuentes, salvo si hay delirium, traumatismo o convulsiones
Marcada variabilidad al realizar tareas de similar dificultad (patrón de déficit cognitivo incongruente)	Dificultades consistentes en la realización de tareas similares (patrón de déficit congruente)
Respuestas disciplentes antes de iniciar las pruebas	Respuestas intentando disimular el déficit
WAIS con fracaso en pruebas verbales y manipulativas	WAIS con fracaso en pruebas manipulativas y mejores rendimientos en pruebas verbales
Déficit cognitivo variable en el tiempo	Estabilidad en la progresión del déficit cognitivo
Conducta incongruente con la disfunción cognitiva	Conducta congruente con la disfunción cognitiva

Modificada y ampliada de citas bibliográficas 3, 4, 5, 17 y 21.

TEC: terapia electroconvulsiva; EEG: electroencefalograma; TAC: tomografía axial computarizada; PET: tomografía por emisión de positrones.

e inicio brusco, si bien, no en todos los casos. La sintomatología depresiva se manifiesta mediante quejas de tristeza, un sentimiento de sufrimiento intenso y angustia ante sus fracasos cognitivos, si bien, en otras ocasiones, más que verbalizar un sentimiento de tristeza, muestran apatía, falta de estímulo y quejas somáticas vagas e imprecisas. Se muestra típicamente mucho más abatido, y expresa sus déficits intelectuales y personales de forma más inculpatoria, monótona e inconsolable. Impresiona más de apatía que de incapacidad. ¿Impresiona de orgánico? Suelen presentar habitualmente despertar precoz y disminución de la libido y encontramos

con más frecuencia pérdida precoz de las habilidades sociales, con una mala capacidad de afrontamiento frente a los déficits que presenta. Son más frecuentes los antecedentes de depresión en la historia personal del paciente²². Los síntomas depresivos tienen, en general, un inicio habitualmente previo al deterioro cognitivo y su evolución transcurre de forma paralela a la intensidad de lo afectivo, mientras que en la demencia, la depresión se presenta con posterioridad al mismo. El estado afectivo es más duradero y encontramos buena respuesta al tratamiento con antidepresivos y terapia electroconvulsiva (TEC). También parece encontrarse una buena respuesta

TABLA 2 Pseudodemencia: estudios de seguimiento

Autor	Muestra	Años	Demenciados (%)
Rabins 1984	17	1	12
Reding 1985	31	2	50
Bulbena y Berrios 1986	61	4,5	50
Reynolds 1986	16	2	50
Alexopoulos 1987	37	2	38
Pearlson 1989	11	2	10
Kral y Emery 1989	44	4-18	79
Sachdev 1990	19	10	10
Copeland 1992	21	3	50
Kramer-Grinsberg 1993	18	6-7	6,3
Media	27,7	4,6	35,5

Tomado de Bulbena²³.

terapéutica con la privación o supresión de sueño en la pseudodemencia depresiva frente a la demencia²³. En el caso de la demencia, el inicio del cuadro es lento, progresivo, siendo difícil establecer el inicio del mismo, pasando frecuentemente desapercibido para la familia durante mucho tiempo. La afectividad es más lábil y superficial, el ritmo sueño-vigilia está invertido con intensificación nocturna de los trastornos cognitivos. Escasa o nula respuesta al tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos y TEC. En este tipo de pacientes el deterioro social es más tardío, y suele permanecer oculto al observador al menos en los estadios iniciales, es decir, mantiene la apariencia de normalidad hasta que la pérdida de memoria y el deterioro intelectual son tan evidentes que ya no puede ignorarse (tabla 1).

Aspectos evolutivos

Los estudios evolutivos sobre pseudodemencia depresiva sugieren que al menos en una parte de ellos se trataría de estados preclínicos de demencia. Bulbena²⁴, en una revisión sobre el tema, encuentra que el 35,5 % de los casos presentaban una evolución demencial (tabla 2). Si bien, debería recogerse la edad de inicio, considerando el rango de edad donde el riesgo de demencia aumenta considerablemente, hecho ignorado en la mayoría de las revisiones y estudios sobre el tema. El factor edad en las pseudodemencias depresivas siempre está más cerca de las demencias que de las depresiones en la edad adulta.

Reding et al²⁵ observaron que de 28 casos que presentaban depresión pseudodemencial, 16 (57%) desarrollaron, en los dos años siguientes, una demencia. Kral y Emery²⁶, por el contrario, encuentran porcentajes más altos, en un seguimiento de 8 años como término medio de 44 pacientes ancianos diagnosticados de pseudodemencia depresiva, y cuyos síntomas cognitivos remitieron tras tratamiento antidepresivo; comprobaron que el

79% de los mismos desarrollaron una demencia tipo Alzheimer. Entre nosotros, Vega-Piñero y Chinchilla²⁷ tras un seguimiento de tres años de una muestra de siete pacientes, observaron remisión en uno (que era el único que respondió en el primer año de tratamiento), mejoría parcial en dos y evolución a la cronicidad y deterioro en los cuatro restantes. Alexopoulos et al²⁸ encuentran que el 38% de 37 casos evolucionaron hacia la demencia una vez superada la depresión. Sachdev¹⁵ halló los porcentajes más bajos de evolución demencial; en un estudio longitudinal de 19 pacientes diagnosticados de pseudodemencia depresiva observa una evolución demencial en el 10% de la muestra, si bien, señala que habría indicios que podrían indicar un diagnóstico inicial erróneo de pseudodemencia. No podemos descartar esta posibilidad en éstos y otros estudios relacionados, pues delimitar y definir la pseudodemencia depresiva es una empresa difícil al no existir consenso al respecto y carecer de criterios fiables para la investigación. En la misma línea, es muy probable que la sintomatología afectiva module patoplásticamente la presentación clínica de la demencia llevando a la confusión diagnóstica, al igual que el proceso de envejecimiento del sistema nervioso central en el anciano matiza la clínica del síndrome depresivo en esta etapa de la vida.

Opinamos que en la pseudodemencia depresiva el criterio evolutivo constituye un elemento diagnóstico de la misma, y debemos abstenernos del diagnóstico de pseudodemencia depresiva o demencia hasta ver la evolución del cuadro clínico. Consideramos, de forma arbitraria, que debe ser un año como mínimo el tiempo a tener en cuenta antes de emitir el diagnóstico.

Aspectos terapéuticos

La diferenciación entre demencia y pseudodemencia depresiva tiene importantes implicaciones terapéuticas. Los pacientes con pseudodemencia depresiva suelen responder bien al tratamiento de la depresión, con la restauración del estado de ánimo previo y desaparición del déficit cognitivo (aunque no siempre), no así los pacientes con demencia. Este aspecto terapéutico es utilizado en la práctica clínica, con frecuencia, como test diagnóstico confirmatorio de la misma cuando existe una clara respuesta al tratamiento. Si bien, deberán emplearse dosis adecuadas, ajustar el perfil clínico del fármaco, considerar los efectos secundarios, interacciones farmacológicas y esperar el tiempo suficiente de respuesta. Debemos tener en cuenta que el tratamiento no nos facilitará siempre el diagnóstico diferencial, pues no siempre la respuesta a antidepresivos o la TEC conducen a la remisión, quedando síntomas residuales de merma. Recordar en la misma línea que este tipo de pacientes se «olvidan» con más frecuencia de las tomas terapéuticas, lo que también puede influir en la respuesta al tratamiento.

Consideramos que, independientemente de que el cuadro clínico oriente claramente hacia un trastorno depresivo o existan dudas razonables de que pueda coexis-

tir una demencia, debe iniciarse un tratamiento antidepresivo lo más precozmente posible, máxime cuando se ha demostrado la ventaja del tratamiento antidepresivo incluso en casos claramente mixtos; depresión más demencia²⁹. Es más, la mejoría no siempre es esperable en función de presencia de sintomatología afectiva, y a veces, nos encontramos respuestas al tratamiento sin que esté claramente definida la misma. Por tanto, la más leve sospecha de pseudodemencia depresiva en un enfermo aparentemente demenciado debe invitar al tratamiento antidepresivo enérgico, que no tentativo, ya que si el enfermo padece un cuadro depresivo de fondo mejorará; si no lo hay, la demencia no empeorará.

Aspectos diagnósticos

Hasta ahora nos hemos referido a cuadros de pseudodemencia depresiva que evolucionan a demencia, pero también nos encontramos con la situación inversa. Así, entre el 5% y el 10% de los pacientes sospechosos de demencia, en realidad son casos de depresiones²¹. En la misma línea, Kendell³⁰ encontró en un período de cinco años que el 8% de los diagnósticos iniciales de demencia fueron cambiados posteriormente por el de depresión. Por su parte, Ron et al³¹ tras un seguimiento de 52 pacientes dados de alta con el diagnóstico de demencia presenil, encontró que en 5 de ellos se trataba de una depresión. ¿Pseudodemencia depresiva erróneamente diagnosticada como demencias? parece muy probable.

Podemos considerar que, en la práctica clínica diaria, la sintomatología afectiva depresiva y trastornos cognitivos en la tercera edad de la vida admite varias posibilidades:

1. La presencia de sintomatología afectiva en cuadros demenciales de inicio previo (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, etc.). Es decir, que los pacientes con demencia primaria manifiestan un trastorno depresivo en algún momento de su evolución.

2. La sintomatología depresiva puede aparecer como primera manifestación o como «diagnóstico» de cuadro demencial²⁴. Se ha descrito la presencia de sintomatología depresiva en los estadios iniciales de la demencia³², dicha asociación la encontramos hasta en el 33% de los casos³³. Se trataría de depresiones de inicio tardío, que se manifiestan por primera vez en la edad avanzada, que evolucionarían hacia el deterioro cognitivo, y finalmente hacia una demencia franca. Algunos autores postulan que la depresión (mejor síntomas depresivos que entidad nosológica), en el caso de la enfermedad de Alzheimer, podría ser premórbida, donde los síntomas depresivos serían una parte del estado preclínico de la demencia y no meramente reactivos a las dificultades iniciales de adaptación^{34,35}.

3. Presencia de trastornos cognitivos en un cuadro depresivo, es decir, pacientes con trastornos depresivos que presentan deterioro cognitivo durante la evolución o al inicio del mismo. Es bien conocido que la enfermedad depresiva compromete la capacidad cognitiva de los pa-

cientes¹², por tanto, es factible que pueda llegarse a interpretar las alteraciones cognitivas como demenciales, desatendiendo al trasfondo depresivo del cuadro clínico, lo que abocaría a un diagnóstico erróneo. En este grupo quedaría enmarcada la pseudodemencia depresiva.

4. Aquellas situaciones donde el trastorno cognitivo puede ser debido a fármacos u otras sustancias, y presentarse la sintomatología afectiva de forma reactiva a la merma cognitiva, o por el contrario presentar una sintomatología afectiva previa al tratamiento apareciendo posteriormente un deterioro cognitivo farmacoinducido. Análogamente numerosos fármacos y sustancias pueden inducir sintomatología depresiva cuando se administra a pacientes dementes.

5. Por último, demencias que se presentan como depresión. La demencia y la depresión comportan manifestaciones clínicas como la agitación, alteraciones del ritmo sueño-vigilia y pérdida de peso, que pueden cumplir criterios de depresión, llevando a confundir ambas entidades.

En realidad, el problema diagnóstico se plantea ante la necesidad de poder identificar estos cuadros clínicos sin tener que esperar la evolución o respuesta al tratamiento, basándose en los datos clínicos o aquellas exploraciones complementarias que nos permitan asegurar el diagnóstico con la máxima fiabilidad. En el caso de la pseudodemencia depresiva, la variedad patoplástica de la misma hace que su diagnóstico sea difícil²⁰. Esta situación se complica al observar cuadros demenciales en los que la presencia de un cuadro afectivo provoca un empeoramiento del deterioro previo, donde en muchas ocasiones no es tan fácil delimitar el inicio de uno u otro, sobre todo cuando se realiza una aproximación diagnóstica transversal más que longitudinal. Igualmente la sintomatología afectiva en la tercera edad de la vida o en la demencia puede tener su origen en las dificultades de adaptación a sus limitaciones físicas, la falta de recursos, los cambios de estilo de vida, la concurrencia de determinadas enfermedades médicas o los efectos secundarios de las medicaciones. Por otra parte, el *continuum* existente entre los trastornos mnésicos y del humor debidos a causas exógenas hace que en ocasiones se llegue a errores diagnósticos, como ocurre en las formas leves de delirium (cuadros intermediarios y síndrome psicoorgánico), donde el cuadro clínico puede imitar una depresión con trastornos cognitivos sin que todavía estén presentes alteraciones de la conciencia, por ejemplo ancianos en tratamiento con fármacos que interfieren con la actividad colinérgica central²¹. Por último, no es infrecuente que la distinción entre pseudodemencia depresiva y demencia incipiente plantee dificultades diagnósticas. Así ocurre con las demencias subcorticales o las bradifemias¹³ ante la similitud de la presentación clínica; es probablemente esta situación la que lleva con más frecuencia a errores diagnósticos. Por tanto, el diagnóstico diferencial de pseudodemencia depresiva sólo es complicado con síndromes demenciales y no con el síndrome de Ganser, la histeria u otros cuadros psiquiátricos.

Respecto a los aspectos clínicos, algunos autores han seleccionado determinadas características del cuadro clínico que pueden servir de guía, siendo los más discriminativos para el diagnóstico de pseudodemencia depresiva: la presencia de antecedentes psiquiátricos, la corta duración de los síntomas, la afectividad triste frente a la labilidad emocional de la demencia, y el tipo de respuesta global al tratamiento antidepresivo^{4,22,36}. Rabins et al³⁷, en un estudio de seguimiento específicamente diseñado para identificar los síntomas que mejor discriminan ambos cuadros, encontraron diferencias significativas para la historia previa de depresión, la presencia de melancolía o humor depresivo, ideas delirantes con contenidos de ruina, autoinculpación o desesperanza, anorexia y la duración de los síntomas. Reynolds et al³⁸ al comparar 14 pacientes con pseudodemencia depresiva con 28 pacientes con demencia primaria, encontraron que los primeros mostraban significativamente un despertar más precoz, mayor ansiedad psíquica y una mayor disminución de la libido. Por su parte, los pacientes con demencia mostraban mayor desorientación en el tiempo, grandes dificultades para desenvolverse en el entorno familiar y más dificultades para vestirse. Otro aspecto a considerar para poder diferenciar la pseudodemencia depresiva de la verdadera demencia es la información obtenida de las personas próximas a ellos, ya que en el momento que el paciente es llevado al médico la presentación de ambos trastornos pueden ser indistinguibles (llega antes la pseudodemencia al médico que la demencia), o por el contrario el paciente puede no reconocer la sintomatología afectiva o realizar atribuciones erróneas de su déficit. Por último, algunos autores³⁹ han encontrado diferencias entre pacientes con pseudodemencia depresiva y depresión relacionados con las quejas cognitivas; de esta forma en el grupo de la pseudodemencia depresiva las quejas de déficit cognitivo sobre las dificultades de concentración y memoria reciente eran significativamente más frecuentes que en los pacientes depresivos. No encontraron diferencias significativas sobre las quejas relativas a la memoria remota.

Los tests neuropsicológicos y las escalas de depresión pueden ser útiles para establecer la sospecha de un cuadro afectivo. Así, la existencia de una disociación en las puntuaciones, es decir, cuando nos encontramos que la puntuación obtenida para valorar la depresión está por encima del punto de corte y la neuropsicológica por debajo, hablaría a favor de un cuadro depresivo, ocurriendo lo contrario en caso de demencia²¹. Otros autores consideran que el diagnóstico continúa siendo difícil aun con la ayuda de pruebas neuropsicológicas⁴⁰, al igual que para otros las pruebas psicométricas no permitirían distinguir el deterioro cognitivo social del clínico con claridad⁴¹. Algunas consideraciones semiológicas son de interés en estos cuadros. Así la inhibición puede remedar merma cognitiva, dificultades de atención y latencia en las respuestas pudiendo falsear los rendimientos en tests neuropsicológicos. Otro tanto se podría decir acerca de si la merma cognitiva es o no fluctuante en el tiempo, lo que a veces se ve, al igual que en pacientes con demen-

cia multiinfarto. La posible privación o aislamiento sensorial (con frecuencia por la edad pueden ser hipoacúsicos) potencia o matiza plásticamente el cuadro de pseudodemencia.

No debemos olvidar aquellos aspectos inherentes a la edad del paciente, de forma que en la involución fisiológica entre los 60 y 65 años es más marcada y puede desempeñar un posible papel como factor patogénico y patoplástico, al dificultar el contacto y la captación de los síntomas psicopatológicos. Por otra parte, hay que tener presentes, en todo momento, los posibles indicadores de organicidad que nos pueden poner en la pista de otras causas de la clínica afectiva o deterioro cognitivo, como son: ausencia de antecedentes personales psiquiátricos, personalidad previa bien adaptada, no evidencias de situación estresante precipitante, actitud del paciente ante el síntoma, edad y evolución atípicas, curso crónico, resistencia al tratamiento, disminución del nivel de conciencia, signos y síntomas físicos concomitantes, etc.⁴².

Por otro lado, son numerosos los estudios publicados que versan sobre la utilidad de los diferentes instrumentos diagnósticos empleados para el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia. Los marcadores biológicos de la depresión, como la prueba de supresión con dexametasona y la de estimulación con TRH parecen no ser eficaces para este fin. Lo mismo ocurre con las técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) cuyos resultados no son concluyentes, si bien en la RMN de pacientes con demencia se observa atrofia cortical, mientras que en los pacientes deprimidos, las lesiones más frecuentes (cuando existen) hacen referencia a infartos corticales y leucoencefalopatía. Igualmente la presencia de atrofia cortical y dilatación ventricular no es útil para el diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y enfermedad de Alzheimer. Por otra parte, la presencia de lesiones hiperintensas subcorticales es mayor en la depresión y en la pseudodemencia depresiva (ganglios basales izquierdos y área subfrontal derecha) que en el Alzheimer. En esta última es más frecuente la presencia de lesiones hiperintensas periventriculares⁴³. En cualquier caso, estos hallazgos no son definitivos.

En la actualidad, parece que el registro electroencefalográfico y las pruebas de imagen funcional (tomografía por emisión de positrones [PET] y SPECT) son los instrumentos que más información aportan al diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y demencia.

Se postula que el electroencefalograma (EEG) puede ser útil para discriminar entre demencia y pseudodemencia depresiva, sobre todo si encontramos alteraciones que nos orientarían al diagnóstico de demencia, puesto que el EEG es habitualmente normal en la pseudodemencia^{44,45}. Brener et al⁴⁶ compararon los hallazgos EEG entre cinco grupos de sujetos (demencia con depresión, pseudodemencia depresiva, demencia sin depresión, depresión sin síntomas cognitivos y un grupo control). Encontraron que en pacientes depresivos o con pseudodemencia depresiva, el EEG era generalmente

normal o mostraba solamente alteraciones leves, mientras que la mayoría de los pacientes con demencia o demencia con una depresión secundaria el EEG presentaba alteraciones moderadas o graves. Por su parte Buysse et al⁴⁷ encuentran en la enfermedad de Alzheimer un EEG lentificado con disminución de ritmos delta, pérdida de los complejos k y ondas fusiformes en el sueño no REM, así como pérdida progresiva de los movimientos fásicos oculares dentro del sueño REM. En cambio, la pseudodemencia muestra un acortamiento de la latencia REM, el primer sueño REM más prolongado, aumento de la proporción del sueño REM y aumento en la densidad de los movimientos fásicos oculares en el EEG de sueño. Para estos autores las diferencias encontradas en el sueño REM permiten identificar correctamente el 88,5% de los pacientes.

Tanto con técnicas de SPECT como con PET se ha comprobado en la depresión un hipometabolismo del córtex prefrontal cuya intensidad guardaría relación con la severidad de la depresión⁴⁸. Igualmente en la pseudodemencia depresiva se observa una reducción del flujo sanguíneo cerebral en la corteza prefrontal medial anterior izquierda, anomalías que se superponen a la reducción metabólica en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda característica de la depresión mayor⁴⁹. Ambas situaciones son diferentes de la demencia tipo Alzheimer donde se observa un hipometabolismo de inicio en regiones temporo-parietales bilateralmente extendiéndose a regiones bifrontales tardíamente²⁸. Estos hallazgos apoyarían la opinión de que la pseudodemencia depresiva no es meramente una expresión diferente de la enfermedad depresiva. Tampoco resultan útiles para el diagnóstico diferencial niveles anormalmente altos de proteína *Tau* en líquido cefalorraquídeo que despertaron un cierto optimismo inicial como posible marcador preclínico de Alzheimer⁵⁰.

A pesar de los avances técnicos, en la práctica clínica, los criterios más utilizados para diferenciar ambas entidades siguen siendo la evolución y la respuesta al tratamiento antidepressivo.

CONCLUSIONES

El empleo del concepto de pseudodemencia depresiva es restringido en la actualidad. A esta situación contribuyen varios factores: por un lado, no se refleja en los sistemas diagnósticos actuales (no puede codificarse), tanto por la ausencia de síntomas o signos clínicos suficientemente discriminativos, como por la ausencia de datos claros respecto a la evolución de la misma. En segundo lugar, se plantea que los trastornos cognitivos de la demencia son de otra índole que los del paciente deprimido, lo cual indica que se debería hablar de trastorno cognitivo demencial (en el caso de la demencia) y no demencial (para la depresión)¹⁷, en cuyo caso el término de pseudodemencia depresiva no estaría justificado. El error consistiría en aceptar que los trastornos cognitivos de la demencia son del mismo orden que los observados en la depre-

sión, diferenciándolos sólo cuantitativamente. En tercer lugar, las dificultades para establecer el diagnóstico de pseudodemencia depresiva transversalmente, cuando se debería esperar, en la mayoría de los casos, una respuesta terapéutica antidepressiva, o que el tiempo «clarifique» el diagnóstico en función de una evolución demencial o no. En cuarto lugar, como ya mencionamos anteriormente, varios autores han creído ver en la semiología de pseudodemencia depresiva una similitud con las demencias subcorticales. Caine⁶ encontró que los pacientes depresivos con demencia reversible tenían un déficit de memoria y, la mayoría mostraban una atención disminuida, retardo en el proceso mental y mala elaboración verbal, cuadro que en su opinión se asemeja a los estadios iniciales de las demencias subcorticales. Por último, otro factor lo constituyen las dificultades de carácter psicopatológico que se plantean a la hora de diferenciar la sintomatología depresiva como entidad propia de otras presentaciones clínicas que se expresan con síntomas afectivos depresivos, pero que obedecen a una causa identificable o se presentan en un contexto determinado. Bien es verdad que se abusa del término depresión y se eleva con demasiada imprudencia al rango de categoría y no a una mera reacción ante los déficits orgánicos. Así, nos encontramos sintomatología depresiva secundaria a las dificultades adaptativas del anciano, enmascarada en diversos procesos orgánicos, secundaria a los efectos indeseables de diversos fármacos, sintomatología de la propia demencia que puede llevar a la confusión (anorexia, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, disminución de la actividad, agitación, etc.) y cuadros incipientes de demencia donde el diagnóstico diferencial, a veces, se hace imposible. Hay que tener presente que las llamadas depresiones secundarias o sintomáticas⁵¹ pueden preceder a cuadros orgánicos y éstos enmascararlas luego y viceversa, o pueden ser reacciones personales a la enfermedad somática o consecuencia de las mismas, o pueden incluso tener afinidad o patogenia común con el cuadro orgánico.

En relación con el espectro depresivo en la tercera edad, hay que considerar que las depresiones melancólicas polifásicas son siempre las mismas, salvo concomitancia de comorbilidad orgánica, pudiendo ser esta última a su vez gatillo desencadenante de la melancolía. Difícilmente se cambia durante el curso de la misma el diagnóstico de melancolía y no es infrecuente la comorbilidad de la misma con la demencia. Igualmente si el episodio depresivo se presenta después de los 65 años (eligiendo esta edad como algo aleatorio pues hay «jóvenes» mayores de 65 años) pueden darse varias presentaciones sindrómicas entre las que se encontrarían: el síndrome de Cotard (delirio nihilista) que en general es precedido de fases depresivas previas más típicas, las formas sindrómicas involutivas agitado-ansiosas que también suelen tener fases previas típicas y donde puede desempeñar un papel patogénico componentes vasculares, o bien podría tratarse de un comienzo pseudodemencial incipiente de evolución hacia la demencia si no hay cuadros depresivos previos. Parece, por tanto, que la edad

de presentación y la presencia o no de cuadros depresivos previos de características más o menos endógenas es importante como variable diagnóstica.

Un hecho que nos ha llamado la atención al revisar la literatura científica sobre el tema consiste en la visión del concepto de pseudodemencia depresiva según se trate de especialistas en Neurología o Psiquiatría. Encontramos que los neurólogos tienden a situar, generalmente, a igual nivel el deterioro cognitivo con la sintomatología afectiva, enfatizando más en la necesidad de reconocer la coexistencia de dos patologías que de hacer un diagnóstico diferencial entre ambas. Mientras tanto, la clase psiquiátrica tiende a dar preponderancia a la sintomatología afectiva sobre la cognitiva, considerando como válido el término de pseudodemencia depresiva, o por el contrario proponen otras denominaciones donde quede de relieve la supeditación del deterioro cognitivo al trastorno depresivo.

Por nuestra parte, consideramos la pseudodemencia depresiva como un síndrome clínico que caracteriza a un trastorno depresivo de aparición, habitualmente en el final de la vida adulta y tercera edad de la vida, donde la existencia de importantes alteraciones cognitivas tiene la suficiente relevancia clínica para presentarse en primer plano y llegar a confundirla con una demencia. Se podría decir que serían cuadros clínicos de colorido demencial y subfondo etiológico fundamentalmente depresivo aunque los límites no son siempre nítidos o claros, o puede coexistir clínica afectiva y déficits involutivos cognitivos⁴². En muchas ocasiones la confusión obedecería más a una escasa finura psicopatológica por parte del observador clínico que a una verdadera similitud clínica entre ambas entidades. Creemos que en la mayoría de los casos se puede llegar al diagnóstico clínico de pseudodemencia depresiva sin recurrir a criterios de respuesta al tratamiento o evolutivos, siempre que se realice una buena exploración psicopatológica y se recoja la información de las personas cercanas al paciente. En la línea expuesta por algunos autores coincidimos al opinar que las alteraciones cognitivas (y también afectivas) que aparecen en la pseudodemencia depresiva no guardan relación con las que se presentan en los cuadros demenciales. La escasa profundidad en la exploración psicopatológica y el empleo de escalas y cuestionarios diagnósticos incapaces de reflejar la realidad clínica son los que llevan a mantener la confusión diagnóstica. Reiterar, una vez más, la importancia de la variable edad, escasamente valorada, y el tiempo de seguimiento en estos trastornos, ya que nos puede introducir en rangos de edades de vulnerabilidad y riesgo para la demencia.

Por último, aunque la pseudodemencia depresiva pueda ser considerada por numerosos autores como un término o concepto puramente descriptivo y sin verdadero peso diagnóstico, abogando por el empleo de nuevas definiciones más acordes con la línea establecida por los criterios diagnósticos actuales, ésta no es nuestra postura ante el tema. Defendemos la utilización del concepto de pseudodemencia depresiva, conscientes de sus limitaciones diagnósticas actuales, por varias razones:

1. Se trata de un término de profundo arraigo, tanto en la literatura médica como en el ejercicio de la práctica clínica.

2. El propio carácter descriptivo del término, el cual, nos indica que se refiere a un trastorno depresivo (pseudodemencia *depresiva*), que remeda por el deterioro cognitivo que presenta, una demencia, pero no lo es (*pseudodemencia* depresiva), proporcionando la clave sobre la entidad ante la que nos encontramos.

3. El carácter reversible y no progresivo de la sintomatología depresiva y alteraciones cognitivas⁵², aunque existan opiniones más pesimistas.

4. Resulta igualmente útil el empleo del concepto de pseudodemencia depresiva en el ejercicio de la actividad clínica diaria, pues ante su carácter provisional, nos vemos obligados a seguir investigando y vigilando su evolución en el tiempo.

5. El uso que se hace del mismo en la práctica clínica, refiriéndose a un trastorno depresivo (y por tanto tratable y reversible) donde las alteraciones cognitivas tienen la relevancia suficiente para enmascarar la sintomatología depresiva, y por tanto, no se refiere a otros cuadros clínicos con una presentación clínica similar; trastorno depresivo en la enfermedad de Parkinson u otro tipo de demencia, sintomatología afectiva en la demencia incipiente, dificultades adaptativas en la tercera edad de la vida o consecuentes a la demencia que se acompañan de sintomatología afectiva, demencia subcortical, trastornos afectivos o cognitivos debidos a enfermedad médica o efectos secundarios medicamentosos, etc.

6. El empleo del mismo, independientemente que la evolución posterior del cuadro clínico testimonie la presencia de una demencia, pues podría haberse tratado inicialmente de un verdadero cuadro depresivo que empeorara las alteraciones cognitivas previas de una demencia ya existente no diagnosticada, de una demencia incipiente que manifiesta clínica depresiva resolviéndose sólo parcialmente el cuadro tras el tratamiento o de sintomatología en el contexto de dificultades de adaptación en una disfunción cognitiva en la tercera edad de la vida o de una demencia que posteriormente se haría presente. En todos estos casos, inicialmente, la evolución es incierta, así como el diagnóstico diferencial con la pseudodemencia depresiva, pero también es cierto que si no se tiene presente la misma, puede no instaurarse un tratamiento antidepressivo que mejoraría el cuadro clínico y la situación basal del paciente, al tiempo que facilitaría el diagnóstico posterior en función de la respuesta al tratamiento y evolución.

En último lugar, si la depresión melancólica es característica a lo largo de la vida, ¿por qué razón no se dan en edades más jóvenes las formas atípicas como la pseudodemencia depresiva etc.?, ¿no estaremos hablando de entidades clínica y nosológicamente diferentes?, ¿son realmente pródromos incipientes más o menos atípicos de la demencia de Alzheimer, etc.?, ¿es la vivencia depresiva del déficit inicial de la demencia equiparable a muchos cuadros de pseudodemencia depresiva?, ¿varía la clínica con el curso? Lo que sí parece cierto es que si el pacien-

te previamente presentó fases depresivas típicas y comienza con estos episodios de pseudodemencia depresiva, el pronóstico es bastante sombrío, quizás por la suma de otras etiologías involutivas. Podríamos formular que posiblemente exista un grupo nosológico independiente de depresiones en la tercera edad de la vida, con un espectro que podríamos denominar *Grupo de Depresiones Organicocerebrales* que estaría integrado por las formas involutivas, el síndrome de Cotard, las pseudodemencias depresivas, las demencias vasculares y las demencias con síntomas depresivos. Puede que algunos cuadros fronterizos entre el síndrome intermedio de Wieck y el síndrome psicoorgánico encontraran su lugar en este grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- Berrios GE. «Depressive pseudodementia» or «melancholic dementia»: a 19th century view. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48(5):393-400.
- Madden JJ, Luchan JA, Kaplan LA, Manfredi HM. Nondementing psychoses in older persons. *JAMA* 1952;150:1567-70.
- Kiloh LG. Pseudo-dementia. *Acta Psychiatry Scand* 1961;37:336-51.
- Wells CE. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1979; 136:895-900.
- Conde V, Bescós S, de Uribe F. Las pseudodemencias depresivas seniles. En: Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. *PTD. Las depresiones en el anciano*. Barcelona: Espaxs S.A.; 1990; p. 131-44.
- Caine ED. Pseudodementia. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1359-64.
- Bulbena A, Cervilla J. Demencias. En: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 4^a ed. Barcelona: Masson S.A.; 1998; p. 593-622.
- Bulbena A, Berrios GE. Pseudodementia: facts and figures. *Br J Psychiatry* 1986;148:87-94.
- Downhill JE, Robinson RG. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:425-31.
- Barcia D, Alcántara A. Diagnóstico diferencial de la demencia. En: Alberca R, editor. *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson S.A.; 1998; p. 45-73.
- Barcia D. Pseudodemencia. *Arch Neurobiol* 1991;54 (Suppl 2):66-73.
- Weingertner H, Cohen RM, Murphy DL. Cognitive processes in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:42-7.
- Barcia D. Historia y planteamientos actuales de las demencias. En: *Demencias. Actas Luso-Esp Psiquiatr* 1999;27(Suppl 2):7-20.
- Sahakian BJ. Depression pseudodementia in the elderly. *Int J Geriatric Psychiatry* 1991;6:453-8.
- Sachdev PS, Smith JS, Angus-Lepan H, Rodríguez P. Pseudodementia twelve years on. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990;53(3):254-9.
- Reifler BV. Arguments for abandoning the term of pseudodementia. *J Am Geriatric Society* 1982;30: 665-70.
- Barcia D. Sobre el concepto de pseudodemencia. En: Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. *PTD. Las depresiones en el anciano*. Barcelona: Espaxs S.A.; 1990; p. 145-53.
- Agüera LE. Demencia. Una aproximación práctica. Ediciones Masson S.A.; 1998.
- Copelan JRM, Davidson IA, Weal CD, Dewey ME, Mc William C. Depression versus dementia: Further evidence from the Liverpool outcome studies. En: Berger M, Resiberg B, editores. *Diagnosis and treatment of senile dementia*. Berlin: Springer Verlag, 1989; p. 63-71.
- Villalta J, Llinás J, López Pousa S. Pseudodemencias. En: Bermejo F, Del Ser T, editores. *Demencias. Conceptos actuales*. Madrid: Díaz de Santos S.A., 1993; p. 211-21.
- Valera de Seijas E. Diagnóstico diferencial de las demencias. En: Alberca R, López-Pousa S, editores. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: IM & C, 1988; p. 87-112.
- Mc Alister TW. Overview. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1983;140:528-33.
- Letemendia FJ, Prowse AW, Southmayd SE. Diagnostic application of sleep deprivation. *Can J Psychiatry* 1986;31:731-6.
- Bulbena A. Pseudodemencia depresiva. En: Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer G, editores. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2^a ed. Ediciones Masson S.A.; 1999. p. 797-807.
- Reding M, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic: A three year prospective study. *Arch Neurol* 1985;42:894-6.
- Kral VA, Emery VOB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry* 1989;34:445-7.
- Vega Piñero M, Chinchilla A, Cebollada A, Guzmán G, Montes JM, Díaz Marsa M. Dilemas terapéuticos en las pseudodemencias depresivas. En: Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones. *PTD. La depresión en distintos niveles asistenciales*. Barcelona: Espaxs S.A.; 1997; p. 279-86.
- Alexopolulos GS, Young RC, Lieberman KW, Shomian CA. Platelet MAO activity in geriatric patients with depression and dementia. *Am J Psychiatry* 1987;144:1480-3.
- Reynolds CF, Pevell JM, Kupfer DJ. Open-trial response to antidepressant treatment in elderly patients with mixed depression and cognitive impairment. *Psychiatry Res* 1987;21:11-2.
- Kendell RE. The stability of psychiatric diagnoses. *Br J Psychiatry* 1974;124:352-6.
- Ron MA, Toone BK, Gerrelde ME, Lishman WA. Diagnostic accuracy in presenile dementia. *Br J Psychiatry* 1979;134: 161-8.
- Lazarus LW, Newton N, Colher B, Lesser J, Schweon C. Frequency and presentation of depressive symp-

- toms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 41-5.
33. Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 623-6.
 34. Chen P, Ganguli M, Mulsant BH, Dekosky ST. The temporal relationship between depressive symptoms and dementia: a community-based prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(3): 261-6.
 35. Wetherell JL, Gatz M, Johansson B, Pedersen NL. History of depression and other psychiatric illness as risk factors for Alzheimer disease in a Twin sample. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999; 13 (1): 47-52.
 36. Solomon S. Application of Neurology to Psychiatry. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985; p. 146-56.
 37. Rabins PV, Merchant A, Nestadt G. Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression. *Br J Psychiatry* 1984;144: 488-92.
 38. Reynolds CF, Hoch CC, Kupfer DJ, Buysse DJ, Houck PR, Stak JA, et al. Bedside differentiation of depressive pseudodementia from dementia. *Am J Psychiatry* 1998; 145 (9): 1009-103.
 39. O'Boyle M, Amadeo M, Self D. Cognitive complaints in elderly depressed and pseudodemented patients. *Psychol Aging* 1990; 5 (3): 467-8.
 40. Feehan M, Knight R, Pastridge F. Cognitive complaint and test performance in elderly patients suffering depression or dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 287-93.
 41. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Abrahams RC, Shamonian CA. Brain changes in geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 3: 157-61.
 42. Chinchilla A. Depresión en los trastornos neurológicos. En: Ríos B, coordinador. *Depresión en patologías orgánicas*. Madrid: Edicomplet S.A.; 1999; p. 1-8.
 43. Serra-Mestre J. Depresión y enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica* 1998; 1 (vol 1): 34-6.
 44. Rose I. Electroencephalography as a diagnostic tool in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1997; 8 (2); 110-6.
 45. Hegerl U, Moller HJ. Electroencephalography as a diagnostic instrument in Alzheimer's disease: review and perspectives. *Int Psychogeriatr* 1997; 9 (Suppl): 237-46.
 46. Brenner RP, Reynolds CF, Ulrich RF. EEG findings in depressive pseudodementia and with secondary depression. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1989; 72 (4): 298-304.
 47. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ, Houck PR, Hoch CC, Stack JA, Berman SR. Electroencephalographic sleep in depressive pseudodementia. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 45 (6): 568-75.
 48. Parker G, Austin MP. A clinical perspective on SPECT. *Aust NZJ Psychiatry* 1995; 29(1): 38-47.
 49. Dolan RJ, Bench CJ, Brown RG, Scott LC, Friston KJ, Frackowiak RS. Regional cerebral blood flow abnormalities in depressed patients with cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55 (9): 768-73.
 50. Blesa R, Santacruz P. Mi paciente, ¿envejece o tiene una enfermedad Alzheimer? *Continua Neurológica* 1998; 1 (vol 1): 17-33.
 51. Chinchilla A. *Tratamientos de las depresiones*. Barcelona: Masson S.A.; 1997.
 52. Pitt B, Yausef G. Depressive Pseudodementia. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 318-21.