



## **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rocío Perea Pérez y Alejandra Álvarez González.

[rocio\\_perea@hotmail.com](mailto:rocio_perea@hotmail.com)

Deterioro cognitivo, pseudodemencia, diagnóstico diferencial.

### **RESUMEN**

En la práctica clínica cuando nos remiten a un paciente anciano por deterioro cognitivo y síntomas depresivos, nos vemos con el gran desafío de realizar un diagnóstico diferencial entre demencia con síntomas depresivos y pseudodemencia depresiva. El problema sobreviene cuando los síntomas depresivos son clínicamente significativos y aparecen a la vez que los primeros síntomas de deterioro cognitivo. Entonces, es difícil distinguir si los síntomas depresivos son secundarios o si son síntomas afectivos primarios acompañados de quejas en las funciones cognitivas. Según algunos autores hasta un 25% de pacientes con demencia son inicialmente diagnosticados erróneamente como trastorno afectivo y un 30% de los casos de depresión en el anciano son diagnosticados como demencia. Presentamos el caso de una paciente de 68 años que acudió a nuestra consulta con manifestaciones clínicas de las dos esferas, centrándonos en describir el proceso diagnóstico destacando el aporte de las evaluaciones neuropsicológicas en la evaluación y seguimiento de estos pacientes.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 68 años.

Es derivada desde Atención primaria por fallos cognitivos y síntomas depresivos de años de evolución, sin mejoría tras realizar tratamiento antidepresivo durante 6 meses con sertralina 100 mg y lorazepam 1 mg, por lo que también está siendo valorada en el Servicio de Neurología del hospital de referencia.

Antecedentes personales médicos: niega haber presentado enfermedad psiquiátrica previa. A nivel orgánico destacar un meningioma temporal izquierdo intervenido hace 15 años por clínica comicial focal. Tras la cirugía presentó crisis epilépticas tipo ausencias, actualmente estable y en tratamiento con eslicarbazepina 800 mg/día. No toma otros tratamientos salvo el psicofarmacológico. Alergias medicamentosas a hidantoína y metamizol.

Datos psicobiográficos relevantes: viuda hace 2 años. Tiene 4 hijos (33, 31, 26 y 23 años), convive con su hija pequeña desde que falleció su marido, los demás hijos están independizados. Es ama de casa, nivel educativo de estudios primarios. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

## **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Antecedentes familiares: su madre tuvo Alzheimer. Niega enfermedades psiquiátricas en la familia.

En la historia actual, nos refiere fallos cognitivos principalmente fallos nominativos, de lateralidad derecha-izquierda y de memoria reciente presentes desde de la técnica neuroquirúrgica "Desde que me operaron confundo la derecha con la izquierda, pedía un tenedor pero en realidad quería una cuchara...yo le decía de broma al neurólogo que me había dejado los cables mal puestos ". La hija que le acompaña corrobora esto.

Pocos meses después del fallecimiento del marido la paciente refiere empeoramiento de los fallos cognitivos, tristeza, disminución de la energía, desgano, apatía, abulia, pérdida de interés por las relaciones personales, apetito disminuido con aumento del consumo de carbohidratos y alimentos azucarados, insomnio de conciliación y sueño fragmentado. "Pocos meses después de la muerte de mi marido empecé con el ánimo más bajo, me gustaba la costura y no quería hacerla...ni salir de casa... Yo estoy cogiendo alzheimer... los despistes han ido aumentando desde que mi marido murió".

Su funcionalidad se ha visto parcialmente afectada en este tiempo, es independiente para las actividades de la vida diaria y continúa realizando las labores domésticas incluso las tareas complejas como preparar la comida, administrando el dinero, reconoce objetos, personas o lugares pero la hija explica que se confunde cuando va a un sitio y no sabe para qué ha ido "iba a la tienda y aparece en otro sitio... vamos para el supermercado y va por la carne y coge la leche"

En la exploración psicopatológica la encontramos consciente, orientada en las tres esferas, con actitud ansiosa pero colaboradora. Vestimenta e higiene personal adecuadas. Pensamiento estructurado, sin alteraciones del contenido. Lenguaje normal en tasa y tono. Su discurso está centrado en sus fallos mnésicos, con ansiedad leve-moderada derivada, verbalizando quejas precisas de su disfunción, siendo plenamente consciente de ellos y remarcando sus fracasos en los test de evaluación. Afectividad reactiva, congruente con el discurso. Hipotimia. Capacidad hedónica disminuida. Biorritmos alterados con insomnio de conciliación y sueño fragmentado, apetito disminuido. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. No presenta ideas de muerte ni autolíticas ni tampoco psicopatología en el plano motor. Memoria remota y autobiográfica sin alteraciones.

Pruebas complementarias realizadas.

- Última analítica con resultados dentro de la normalidad en hemograma, bioquímica general, TSH, Vitamina B12, ácido fólico y proteinograma. APO E4 pendiente.
- RM de cráneo mediante secuencia eco de gradiente T1 3D en vacío y tras administrar gadolinio, T2, Flair 3D, eco de gradiente T2 y difusión protónica. Resultados: Cambios postquirúrgicos con craneotomía a nivel frontotemporal izquierdo y cavidad pencefálica con malacia / gliosis residual periférica a nivel temporal. Engrosamiento dural laminar de 3 mm de espesor captante que puede corresponder un resto de meningioma en placa o engrosamiento dural residual, que

## PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

en cualquier caso permanece similar al estudio previo. Pequeña lesión de aspecto radiológico no agresivo en calota craneal nivel occipital izquierdo, que tampoco muestra modificaciones con respecto a TAC previo. Lesiones puntiformes hiperintensas visibles en Flair a nivel de la sustancia blanca frontal bilateral que traducen leve arteriopatía isquémica crónica de pequeño vaso con algún foco gliótico de aspecto residual a nivel protuberancial.

- Test Minimental (MMSE): 26 puntos. Es un resultado compatible con deterioro cognitivo ligero (Orientación temporal 4 puntos, Orientación espacial 5 puntos, Rememoración o Fijación – recuerdo inmediato 3 puntos, Atención y cálculo 5 puntos, alterado principalmente el Recuerdo diferido o repetición 0 puntos, Lenguaje 9 puntos. Durante la realización del test la paciente hace énfasis en los fracasos, al fallar en el ítem de recuerdo diferido refiere “esto es lo que me viene a mi malamente, memorizar las cosas... se me olvidan”
- Test del reloj: esfera circular 2 puntos, 3,5 puntos manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño, 4 puntos todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo pequeños errores en la localización espacial en menos de 4 números.
- Escala Hamilton de la depresión (HDRS): 14 puntos, compatible con depresión moderada.
- Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage (GDS-30 ítems): 23 puntos, compatible con depresión grave.
- Escala de pseudodemencia de Youssef.

Escala de Yousef, resultados:

Reactivos de la escala de pseudodemencia	Depresión	Demencia
<b>HISTORIA:</b>		
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad depresiva?	+1	
- ¿El episodio actual empieza con síntomas depresivos?	+1	
- ¿El episodio actual empieza con síntomas cognitivos?		-1
- ¿El paciente da una información exacta del episodio?	+1	
- ¿El paciente da una información ambigua del episodio?		-1
<b>DATOS CLÍNICOS:</b>		
- El paciente es incapaz de denominar objetos: hebilla, correa, uña.		-1
- El paciente es incapaz de nombrar ocho objetos en un minuto que pueden adquirirse en un supermercado (*).		-1
- El paciente es incapaz de nombrar los siguientes datos: nombre del presidente y los años de la primera y segunda Guerras Mundiales.		-1
- El paciente es incapaz de nombrar los meses del año a la inversa (permitir dos errores)		-1
- El paciente es incapaz de recordar los tres objetos previamente denominados		-1
- El paciente es incapaz de saber: la hora, día, mes, año y lugar.		-1
<b>AUTOCONCIENCIA:</b>		
- El paciente cree que tiene un problema cognitivo, necesita ayuda y acepta el tratamiento.	+1	
- El paciente se queja espontáneamente de los problemas cognitivos.	+1	
- El paciente no es consciente o no se queja de sus déficits cognitivos.		-1
- El paciente tiende a ocultar o minimizar sus problemas cognitivos.		-1
<b>REALIZACIÓN:</b>		
- El paciente evita responder por excusas triviales		-1
- El paciente se esfuerza durante tiempo a pesar de sus déficits cognitivos		-1
<b>TOTAL</b>	<b>+</b> <b>4</b>	<b>-</b> <b>2</b>

*Nota:* Tomado de Pelegrín et al (2003)

Las puntuaciones positivas indican depresión, las negativas indican demencia y ambas indican ambos trastornos.

(\*) Si el paciente es capaz de responder, preguntarle el significado de un proverbio conocido; si no lo responde, calificar -1 y si lo responde calificar 0.

# **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **Juicio clínico**

Pseudodemencia depresiva

F32- Episodio depresivo mayor leve-moderado (CIE-10)

## **Plan de actuación**

Reajuste farmacológico que incluyó el cambio de sertralina por venlafaxina 75 mg 1-0-0 en combinación con mirtazapina 15 mg. Seguimiento reglado.

## **Comentario sobre el caso clínico**

La paciente del caso cumple con muchos de los criterios de Wells<sup>1</sup> para el diagnóstico de Pseudodemencia depresiva.

En primer lugar, queremos destacar algunos datos clave para el diagnóstico y que se obtuvieron durante la entrevista psiquiátrica con herramientas cotidianas como la observación de las conductas y reacciones de la paciente, el contacto y afinando la cronología de los síntomas. La paciente identificó un inicio preciso y concreto en el tiempo, nos contaba con absoluta conciencia y detalles los déficits que notaba y durante las pruebas psicométricas se mostró muy ansiosa verbalizando ser incapaz en reiteradas ocasiones. En el plano semiológico psiquiátrico se asociaban claros síntomas depresivos como son la disminución del estado del ánimo, labilidad emocional, la anhedonia, la apatía, la pérdida precoz y marcada de hábitos sociales, sumándose ciertas incongruencias a nivel de conducta con respecto a la gravedad de la disfunción cognitiva, puesto lo vemos en que la paciente ha mantenido su grado de funcionalidad. Como primera hipótesis planteamos la depresiva y continuamos la evaluación con herramientas más específicas y objetivas que pudieran reforzar el diagnóstico.

Como pruebas psicométricas usamos el Mini-Mental State Examination (MMSE), que de forma rápida nos permite evaluar la memoria, la orientación temporoespacial, el lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo y las praxias visoespaciales e ideomotoras con alta sensibilidad y especificidad. La paciente puntuó 26 puntos indicando un deterioro cognitivo ligero. Esto se completó con el test del reloj, que es independiente de variables como el nivel educativo. Para la evaluación de la esfera afectiva, en concreto la clínica depresiva objetivada, elegimos la conocida Hamilton para la depresión (HDRS), completando la evaluación con una escala específica para valorar síntomas depresivos en edad avanzada como es la Geriatric Depression Scale (GDS) creada por Yesavage en 1983 y versionada al español en 1992 por Salamero M donde la paciente obtuvo puntuaciones compatibles con depresión moderada-severa.

Los resultados en las escalas presentadas refuerzan la hipótesis depresiva del cuadro clínico. La respuesta parcial al ISRS puede estar dentro de lo esperable, ya que se habla de un 40% de pacientes depresivos que pueden no responder a los antidepresivos adecuadamente pautados en dosis y tiempo.

Analizando otras hipótesis también barajadas, pensamos que la probabilidad de una demencia cortical como enfermedad de Alzheimer parece menor en este caso, aunque no del todo

## **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

descartable, dado que en Alzheimer inicialmente pueden presentarse errores puntuales de memoria sin que existan otros déficits (apraxias, agnosias, afasias, acalculia). De estos síntomas tempranos de demencia, la paciente muestra una alteración de la memoria reciente y de la capacidad del aprendizaje, manteniendo la memoria remota intacta. Refiere además dificultades para la nominación (las cuales no se constatan en las test realizados). Como factores de riesgo asociados a enfermedad de Alzheimer destacamos que cuenta con un antecedente familiar directo (madre), edad mayor a 60 años, sexo femenino, historia de traumatismo craneal previo (cirugía de meningioma hace 15 años, con presencia de secuelas cognitivas) que aumentan su riesgo de padecerlo.

En la enfermedad de Alzheimer, las alteraciones visoconstructivas son muy frecuentes, desde el inicio se evidencia una dificultad en la realización de dibujos, construcciones tridimensionales o en la capacidad para orientarse en espacios abiertos. En los test aplicados la paciente no muestra este tipo de alteraciones, es capaz de realizar el test de reloj y la copia de los pentágonos intersectados del MMSE sin fallos. Tampoco se observa dificultad para planificar tareas ni para el pensamiento abstracto.

Una clave importante para lograr enfocar el diagnóstico diferencial entre ambos es conocer que las disminuciones cognoscitivas producto de la depresión incluyen funciones mediadas por los lóbulos frontales y temporales, entre ellos el daño de memoria anterógrada, disminución del juicio y entendimiento y disminución de la fluidez verbal. (Ariza y col. 2010) a tener en cuenta durante la evaluación.

### **DISCUSIÓN**

En la práctica clínica cuando nos remiten a un paciente anciano por deterioro cognitivo y síntomas depresivos, nos vemos con el gran desafío de realizar un diagnóstico diferencial entre demencia con síntomas depresivos y pseudodemencia depresiva. Según Yesavage, un 25% de pacientes con demencia son inicialmente diagnosticados erróneamente como trastorno afectivo y un 30% de los casos de depresión son diagnosticados como demencia<sup>2</sup>.

El diagnóstico de las demencias y la pseudodemencia depresiva es eminentemente clínico, por lo que la historia clínica detallada sigue siendo la herramienta fundamental. A nivel neuropsicológico son entidades difíciles de valorar en una consulta psiquiátrica habitual pero deben formar parte del diagnóstico diferencial de las quejas cognitivas que nos presenten los pacientes; no siempre las quejas de memoria en una persona adulta son el aviso de una demencia.

Se conoce como pseudodemencia a un síndrome clínico que imita o asemeja una demencia, pero que es producido por un trastorno psiquiátrico primario, generalmente un episodio depresivo mayor; característicamente es un cuadro la mayoría de las veces reversible con

## **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

tratamiento antidepressivo<sup>3</sup>, de ahí que algunos autores la hayan denominado la "demencia tratable" (Fenieux & Milton, 1992).

A pesar de la aparente utilidad del término pseudodemencia, no existe una definición común ni tampoco criterios diagnósticos establecidos en ningún manual diagnóstico de los trastornos mentales.

La valoración del deterioro cognitivo se orientará desde las perspectivas neuropsicológica y clínica. Neuropsicológicamente, se sabe que en la depresión tanto la memoria como la velocidad de procesamiento de la información están afectadas siendo más compatible con un patrón subcortical de deterioro (el cual incluye enlentecimiento cognitivo, problemas atencionales y mnésicos, disminución de los impulsos motivacionales con una marcada apatía). Se considera que el déficit mnésico provocado por la depresión es más evidente en tareas que requieren esfuerzo e implican una motivación sostenida y operaciones de procesamiento activo, y que esto establece la diferencia entre la depresión y la demencia en edades tardías. El déficit mnésico asociado con la depresión en general mejora con ayuda, lo que sugiere que el problema tiene lugar debido a la poca confianza en la recuperación de la información ya almacenada. En la enfermedad de Alzheimer los déficits son frecuentes en estadios precoces de la memoria (registro), y por tanto no es que sea difícil acceder a la información, sino que ésta no existe.

La disfunción ejecutiva se valora como la alteración cognitiva más relevante de la depresión del anciano. Además, su presencia se relaciona con peor pronóstico y menor respuesta al tratamiento, por lo que conviene explorarla específicamente. Aunque la afectación de procesos atencionales o mnésicos también es común en los estados depresivos geriátricos, el déficit ejecutivo por afectación frontal y de circuitos frontosubcorticales resulta especialmente característico en la depresión geriátrica de inicio tardío.

Si bien el diagnóstico diferencial debe establecerse como hemos comentado por la clínica, y no a través de test neuropsicológicos aislados, uno de los métodos habituales que se utilizan para valorar a los pacientes de pseudodemencia es el empleo de escalas de cognitivas y de depresión. Para el uso de estas escalas es importante señalar que en presencia de deterioro cognitivo, pierden parte de su validez, por lo que habría que utilizar instrumentos más específicos (Pelegrín et al., 2003). Por ejemplo, la escala de Hamilton no ha sido suficientemente validada en poblaciones geriátricas y con demencia; siendo una escala que puede ser sesgada por el deterioro cognitivo que acompaña a la depresión en el demente<sup>3</sup> (Alarcón Velandia, 2003) y por los síntomas somáticos típicos en pacientes geriátricos.

Muchas veces se utilizan escalas como la escala GMS (Geriatric mental state) o la CAMDEX (Cambridge mental disorders of the elderly examination), en las cuales el diagnóstico de pseudodemencia se hace cuando en estas escalas existen criterios clínicos de depresión y de

## **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

demencia. Y este diagnóstico, mediante el solapamiento de ambos grupos de síntomas, dificulta poder separar las pseudodemencias de las depresiones asociadas a las demencias.

La escala GDS usada por nosotros, es una escala validada para el diagnóstico de depresión especialmente en población geriátrica. Evita preguntas que hagan referencia a síntomas depresivos de expresión somática porque suelen ser poco discriminadores y se centra en aspectos cognitivos del trastorno depresivo. Pierde especificidad en la demencia grave pero no en la demencia leve o moderada. Se han introducido nuevas escalas, como la Cornell Scale for depression in dementia para intentar subsanar este problema. Ésta última incorpora información proporcionada por un cuidador.

En esta línea existen varias pruebas de screening que se han empleado para discriminar entre el perfil cognitivo de las personas con demencia y el de sujetos con depresión. Entre estas está la Short Cognitive Evaluation Battery, que demostró una sensibilidad del 94% y una especificidad del 85% para discriminar EA de una muestra control de ancianos sanos, pero que sólo mostró un 63% de sensibilidad y un 96% de especificidad en la discriminación de EA vs ancianos con síntomas depresivos<sup>4</sup>.

La escala de pseudodemencia de Yousef et al. (1998), aunque es la primera desarrollada específicamente para el diagnóstico de la pseudodemencia, no está adaptada ni validada para población española<sup>5</sup>.

Por tanto, con frecuencia, los patrones de rendimiento neuropsicológico pueden utilizarse para diferenciar las demencias de los síntomas cognitivos secundarios a la depresión; sin embargo el diagnóstico diferencial de estos trastornos suponen un gran desafío. En estos casos, pueden ser útiles las evaluaciones neuropsicológicas seriadas, para monitorizar a los pacientes a lo largo del tiempo, debido a que no es de esperar que progresen los problemas cognitivos en pacientes que presentan una depresión no complicada. Nuevos estudios sugieren que cuando un paciente presenta un trastorno depresivo con afectación cognitiva significativa en la valoración inicial, hay un riesgo elevado de presentar más adelante una demencia; aunque la afectación cognitiva sea reversible con el tratamiento, debería controlarse de cerca la evolución de estos pacientes, ya que en algunos pacientes ancianos la depresión es el pródromo de una demencia. En la práctica, los pacientes que se presentan con una disfunción cognitiva evidente cuando están deprimidos o con una puntuación menor a 24 puntos en el MMSE deberían seguir siendo controlados de cerca una vez recuperados pues parecen tener un mayor riesgo de evolución hacia una demencia. No es el caso concreto de nuestra paciente, pero sí objetivamos en ella otros criterios y antecedentes personales, como un proceso neuroquirúrgico con secuelas estables hace años, que aparte de dificultar el diagnóstico del cuadro depresivo actual pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia en el futuro.

# **PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA EN EL PACIENTE ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **CONCLUSIONES**

El diagnóstico diferencial de las quejas cognitivas y depresivas en el paciente anciano es un gran reto clínico; diferencias difícilmente observables pueden producirse entre un cuadro de demencia y otro depresivo con síntomas cognitivos asociados, apareciendo aquí el concepto de pseudodemencia depresiva que permanece parcialmente definido y con escasas herramientas específicas para apoyar su diagnóstico.

## **BIBLOGRAFÍA**

1. Rodríguez, A. et al. Pseudodemencia depresiva: ¿Depresión o demencia? *Psiquis* 2002, 23 (4): 155-163.
2. Yesavage, J. "Differential diagnosis between depression and dementia". *American Journal of Medicine* 1993, 94 (suppl 5A): 23S-28S.
3. Beltrán, P. Diagnóstico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro cognoscitivo leve y relacionado con la edad. *Psicopatología Clínica legal y forense* 2004. 215-225.
4. Utilidad de la evaluación de la plasticidad cognitiva en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo y la pseudodemencia por depresión. M. Dolores Calero y M. Pilar Galiano. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Granada, España.
5. Marcadores lingüísticos y mnésicos en el diagnóstico diferencial de la depresión y la demencia. Un estudio con seguimiento. Memoria de investigación para optar al grado de doctor llevada a cabo por Cristóbal Manuel Calvo Piernagorda. Diciembre 2017 Universidad Complutense de Madrid.