

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA: REVISION DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ESTUDIO DE UN CASO

Gil Chacón Angela P*; Santamaría Barrios Edna M*; Acosta Rocío**

Hospital Central de la Policía Nacional de Colombia.

Maestría de Neuropsicología Clínica Universidad de San Buenaventura

Correspondencia: angelitagill@gmail.com; esantama24@hotmail.com.

RESUMEN

Con frecuencia en la práctica clínica neuropsicológica es evidente la presencia de pacientes con quejas subjetivas de tipo mnésico y signos de trastornos depresivos. Estos últimos pueden presentarse solos como entidades patológicas o cursar junto a procesos demenciales. Se hace necesario revisar y establecer criterios que permitan realizar un diagnóstico diferencial entre estas dos entidades: demencia y depresión. En los últimos años se ha acuñado en el ámbito clínico el término de Pseudodemencia Depresiva (PDD), para hacer referencia a la entidad nosológica que se presenta con alteraciones en las funciones cognoscitivas y alteraciones a nivel comportamental, pero cuyo perfil cognoscitivo es clínicamente diferente con respecto al perfil de un cuadro demencial. Se presenta y analiza un caso valorado en el Hospital Central de la Policía Nacional de Colombia, donde se evidencia la presentación de este cuadro de características de tipo más emocional.

Palabras claves: Depresión, Demencia, Pseudodemencia

SUMMARY

Often in clinical neuropsychological practice is evident the presence of subjective complaints of patients with type mnemonic and signs of depressive disorders. The latter may occur alone or as a pathological study with dementing processes. It is necessary to review and establish criteria for differential diagnosis between these two entities: dementia and depression. In recent years there has been coined in the clinical depressive pseudodementia (PDD) the term to refer to the disease entity that occurs with changes in cognition and behavioral alterations in, but whose cognitive profile is different with regard to clinical profile of dementia. This article it presents and analyzes a case assessed at the Central Hospital of the National Police of Colombia, where there is a clear presentation of this table of features of a more emotional.

Key words: Depression, Dementia, Pseudodementia

* Estudiantes Maestría Neuropsicología Clínica Universidad San Buenaventura, Bogotá – Colombia

** Neuropsicóloga, Docente Facultad de Psicología Universidad San Buenaventura.

INTRODUCCION

En los últimos años el envejecimiento de la población, los cambios ambientales y los hábitos de vida han favorecido el incremento del número de pacientes con enfermedades cerebrales; a nivel clínico neurológico se ha evidenciado que la demencia es uno de los principales diagnósticos y de igual manera uno de los principales problemas de salud que enfrenta la población de adultos mayores. En el proceso de envejecimiento es evidente la presencia de trastornos depresivos especialmente los que comparten características clínicas con los procesos demenciales como el deterioro cognitivo; esto ha llevado a que el término Pseudodemencia Depresiva (PDD) o demencia depresiva tenga auge en el ámbito clínico como referente al síndrome clínico en el que predomina una alteración cognitiva reversible y que en la mayoría de la veces cursa como si se tratara de un proceso demencial (Rodríguez, García de la Rocha, Losantos, Moreno, , Sierra, Fernández, Olmedilla & Martín, 2002)

En la práctica clínica se presentan pacientes con diversas patologías neuropsicológicas, sin embargo algunas de estas no son fáciles de diagnosticar, la Pseudodemencia depresiva es una de estas, principalmente porque cuando se evalúa este paciente no hay una congruencia en la descripción de sus síntomas, la observación clínica y el desempeño de las pruebas, lo que se presta para que se busquen hipótesis que mas que responder a los evaluadores, ayuden a dirigir correctamente la mejoría del paciente. A través del tiempo, esta entidad clínica ha tenido muchos detractores, sin embargo, en la literatura se sigue considerando, probablemente porque los casos de pacientes con este grupo de síntomas llega a la consulta con el fin de encontrar respuesta a su déficit. Es por esto que se ilustrara un caso, con el fin de mostrar cómo se desempeña en consulta neuropsicología un paciente con esta patología, mostrando que no siempre las quejas de memoria en una persona adulta son el aviso de una demencia y que la información en la historia clínica es fundamental para establecer un diagnostico diferencial.

CONCEPTOS

La Demencia actualmente se concibe como la insuficiencia global de la función cognoscitiva, que es progresiva y que afecta las actividades sociales y ocupacionales de un individuo (Rodríguez y cols. 2002).

Es un déficit cognitivo múltiple que afecta la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación o secuenciación). Causa un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo. No se presenta en el curso de un delirium y no son causados por una depresión (American Psychiatric Association, 2000).

El concepto de demencia abarca cinco características básicas, las cuales están de por sí inmersas en su definición: 1) Es de carácter adquirido, diferenciando los déficits presentes de aquellos originados por procesos congénitos. 2) Tiene una causa orgánica, lo que la diferencia de trastornos psiquiátricos como la simulación. 3) Ausencia de afectación de conciencia, diferenciándola de síndromes confusionales como el Delirio. 4) Deterioro de múltiples funciones cognoscitivas y 5) la evidente incapacidad funcional respecto a la vida socio laboral del individuo. De otro lado existen tres aspectos que se deben tener en cuenta ya que se presentan en la mayoría de los casos pero que no se encuentran reflejados dentro de la definición de esta entidad y en ocasiones generan confusión al momento de la evaluación y diagnóstico; el primero se refiere al carácter progresivo, el segundo a la irreversibilidad, aunque algunas son reversibles una vez tratadas las causas que las originan (ejemplo: depresión, procesos tumorales, etc.), por último la senilidad, ya que aunque la demencia se asocia al proceso de envejecimiento, esta puede aparecer a cualquier edad (Carnero & Serrano, 2010).

Todas las definiciones y descripciones de esta entidad que se han dado a lo largo del tiempo, han generado la necesidad de establecer criterios diagnósticos. Los más referenciados son los elaborados por la Clasificación Internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión (CIE-10) (Tabla 1) y la American Psychiatry Association (DSM IV-TR) (Tabla 2).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de demencia CIE-10. Resumen del original

-
1. Deterioro de memoria.
 - Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
 - Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.
 2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.
 - Reducción en el flujo de ideas.
 - Deterioro en el proceso de almacenar información: dificultad para prestar atención a más de un estímulo, dificultad para cambiar el foco de atención.
 3. Interferencia en la actividad cotidiana.
 4. Conciencia clara. Posibilidad de superposición delirio/demencia.
 5. Síntomas presentes al menos durante seis meses.
-

NOTA: Tanto el deterioro de memoria como el de pensamiento y razonamiento deben evidenciarse en exploración neuropsicológica y ser testimoniados por un informador

Tabla 2. Criterios diagnósticos de demencia del DSM-IV. Resumen del original

Desarrollo de déficits cognitivos múltiples que se manifiestan por:

1. Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia.
 - Apraxia.
 - Agnosia.
 - Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).
-

Los defectos cognoscitivos de los criterios 1 y 2 han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan un déficit respecto al nivel previo de actividad.

No se diagnostica demencia si estos síntomas se presentan exclusivamente durante un delirio (síndrome confusional agudo)

De otro lado, la depresión o el trastorno depresivo mayor también abarca trastornos significativos de la memoria, dificultad para concentrarse y disminución general del

funcionamiento intelectual. Es aquí cuando se introduce el término de Pseudodemencia Depresiva (PDD), este término fue acuñado por primera vez por Wernicke, quién hizo referencia a estados histéricos crónicos que aparentaban un deterioro mental (pseudodemencia histriónica) (Bleuier, 1934 en Rodríguez y cols, 2002). Posteriormente Mairet en 1883 describió ciertos cuadros que denominó demencia melancólica, es decir alteraciones cognitivas y conductuales producto de alteraciones de tipo emocional o afectivo (Berrios, 1985 en Rodríguez y cols. 2002). Finalmente es Kiloh en 1961 quien hace referencia a varios trastornos psiquiátricos como mimetizadores de demencia clínica: depresión, trastornos facticios, parafrenia y el síndrome de Ganser (Kiloh, 1961 en Carnero & Serrano 2010).

La Pseudodemencia se ha definido como un síndrome clínico en el que predomina una alteración cognitiva reversible (Rodríguez y cols. 2002), ya que en la mayoría de los casos los síntomas remiten ante el tratamiento farmacológico, evidenciándose una notoria mejoría en el déficit cognoscitivo (Beltrán, 2004); donde no existe una lesión cerebral que lo explique y cuyo origen es un trastorno emocional o del ánimo, por ello algunos autores la refieren como una “demencia tratable” (Donoso; Vitriol, Fenieux & Milton, 1992). Dentro de esta se establecen diferentes procesos o etiologías como el síndrome de Ganser, la Pseudodemencia histérica, la pseudodemencia psicótica, la pseudodemencia simulada y la Pseudodemencia depresiva (Barjau, Guerro-Prado, Vilorio, Vega-Piñero & Chinchilla, 2002; Nogales J, 2005).

En la Pseudodemencia Depresiva existe un trastorno del ánimo, con inhibición de afectos, motilidad y funciones cognitivas; su causa sería una posible alteración fisiológica y bioquímica (Donoso y cols., 1992), constituye el 75% de las pseudodemencias (Rodríguez y cols. 2002; Duch, Ruiz de Porras, Ruiz de Porras, Balzola & Yeste, 2002), donde el paciente exagera su preocupación por los contenidos depresivos disminuyendo su atención hacia el mundo exterior, dificultando la orientación y el conocimiento de hechos recientes (Rodríguez y cols. 2002).

Sin embargo la presencia de depresión también es frecuente en los cuadros de tipo demencial, ocurriendo en el 50% de los casos. Si este cuadro es la primera manifestación de la demencia se habla de la existencia de riesgos de depresión a nivel de historia

familiar y personal del paciente, además del uso de B-bloqueadores, esteroides y enfermedades de tipo hormonal y endocrino o procesos neoplásicos. A nivel neuropatológico se observa la reducción de la transmisión de serotonina y catecolaminas en los lóbulos frontal y temporal (Ariza, Castaño & Herrera, 2010).

Una clave importante para lograr enfocar el diagnóstico diferencial entre demencia y depresión es que esta última evidencia una depresión del humor por días o meses, mientras que por ejemplo en la Demencia tipo Alzheimer el paciente no es consciente de su estado, pero sus cuidadores y allegados sí lo evidencian. Las disminuciones cognoscitivas producto de 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 cols, 2010)

Con referencia a los paraclínicos, los pacientes con Pseudodemencia depresiva muestran Resonancias Magnéticas normales, sin atrofas a nivel hipocampal, ni presencia de enfermedades cerebrovasculares, ni daños estructurales. Así mismo, se encuentra una reducción de la actividad metabólica en los lóbulos frontal y temporal (Ariza y cols, 2010).

Cabe aclarar como se dijo anteriormente que la depresión puede cursar como una entidad independiente de la demencia, o como parte de esta siendo uno de sus primeros síntomas y de igual forma un cuadro netamente depresivo puede a largo plazo evolucionar a un estado demencial irreversible (Rodríguez y cols. 2002; Alarcón, 2004; Carnero & Serrano, 2010; Duch y cols., 2002; Arango, 2003).

Dada la multiplicidad de definiciones, conceptos y criterios que han definido la Pseudodemencia depresiva, algunos autores manifiestan la necesidad de omitir este término, ya que no siempre los trastornos psiquiátricos carecen de bases orgánicas y el hecho de que los síntomas sean reversibles bajo tratamiento no indica que no pueda diagnosticarse más adelante una demencia (Rodríguez y cols. 2002; Alarcón, 2004; Carnero & Serrano, 2010).

A partir de esto se hace necesario la revisión y concatenación de criterios para establecer un diagnóstico diferencial entre Demencia y Pseudodemencia.

En la literatura se referencian varios criterios para establecer un diagnóstico diferencial, los cuales realmente difieren poco en sus conceptualizaciones, siendo muy equilibrados en sus aspectos guía para establecer diferencias claras, que permitan definir cada una de las patologías. Encontramos que diferentes autores, entre ellos el DSM-IV hace una comparación basada en aspectos clínicos entre demencia y depresión (Tablas 3, 4, y 5), los cuales comparten en su mayoría criterios base de relación frente a las dos entidades.

Tabla 3. Comparación demencia y pseudodemencia depresiva (Brainexplorer, 2010)

Demencia	Pseudodemencia depresiva
Primero aparecen las alteraciones cognitivas	Primero aparecen las alteraciones del estado de ánimo.
Estado de ánimo inestable	Estado de ánimo permanentemente disfórico
Coopera pero es impreciso en el MMSE	No coopera o no se somete al MMSE
Afasia	Sin afasia
Puede disfrutar de las cosas	No puede disfrutar de las cosas

Tabla 4. Diferencias entre demencia y depresión según el DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

Rasgo	Demencia	Depresión
<i>Aparición</i>	Insidiosa	Gradual
<i>Progresión</i>	Meses, años	Semanas
<i>Duración</i>	Años	Meses
<i>Consciencia</i>	Consciente	Consciente
<i>Ritmo circadiano</i>	Normal	Normal
<i>Memoria</i>	Alterada	Normal
<i>Emociones</i>	Ansiedad, tristeza, ira	Ansiedad y tristeza
<i>Alucinaciones</i>	Eventual	Rara vez
<i>Delirios</i>	Rara vez	Rara vez

**Tabla 5. Diagnóstico diferencial entre demencia y pseudodemencia depresiva
(Conde V, 1989; Portellano J, 2005; Alvarez V, 2010)**

	Demencia	Depresión
<i>Comienzo</i>	Insidiosa	Claro, resiente y brusco
<i>Progresión</i>	Lentamente progresivo	Irregular
<i>Antecedentes</i>	Infrecuentes	Frecuentes
<i>Discernimiento</i>	Desconocimiento, falta de preocupación	Consciente de sus deficiencias y preocupado
<i>Afecto</i>	Lábil	Notablemente alterado
<i>Ejecución de los Test</i>	Buena cooperación y esfuerzo, realización estable, poca ansiedad, respuesta de “equivocación próxima”	Pobre cooperación y esfuerzo, realización variable, ansiedad, respuesta sin relación “no sé”.
<i>Memoria a corto plazo</i>	A menudo alterada	A veces alterada
<i>Memoria a largo plazo</i>	No alterada inicialmente	Inexplicablemente alterada

De otro lado se encuentran tres autores más como Wells en 1979 citado por Rodríguez y cols. en 2002; Rabins en 1993 citado por Hipocampo en 2010 y Barjau y cols. En 2002, referenciados en literatura reciente, quienes establecen una clasificación a nivel de antecedentes y curso clínico que se constituyen en una propuesta interesante y completa que permite establecer un diagnóstico más claro (Tablas 6 ,7 y 8)

**Tabla 6. Esquema de Wells para el diagnóstico de la Pseudodemencia
(Rodríguez y cols. 2002).**

	Pseudodemencia	Demencia
<i>Historia y curso clínico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Familia consciente de la disfunción. • Inicio preciso. • Síntomas de corta duración antes de la ayuda médica. • Rápida progresión de síntomas • Antecedentes de trastornos afectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia no consciente de la disfunción. • Inicio poco preciso. • Síntomas de larga duración antes de búsqueda de ayuda médica. • Lenta progresión de síntomas. • No existe trastorno afectivo previo
<i>Quejas y conducta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gran queja de pérdida cognitiva. • Quejas precisas de su disfunción. • Enfatiza el trastorno. • Remarca los fracasos. • Poco esfuerzo en las tareas. • No intenta mantenerse. • Comunica fuerte sensación de estrés. • Marcado cambio afectivo. • Pérdida marcada de hábitos sociales. • Conducta incongruente con la gravedad de la disfunción cognitiva. • No hay empeoramiento nocturno • Atención- concentración frecuentemente preservada. • “No lo sé” como respuesta típica. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se queja de pérdida cognitiva. • Detalles vagos de su disfunción. • Disimula el trastorno. • Remarca los logros aun triviales. • Se esfuerza en las tareas. • Usa notas, etc. Para mantenerse. • Parece no preocuparse. • Cambio afectivo poco marcado. • Mantiene hábitos sociales. • Conducta compatible con pérdida cognitiva. • Empeoramiento nocturno. • Déficit atención y concentración. • Frecuentes respuestas de “casi”
<i>Signos mnésicos y cognitivos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas mnésicas de hechos recientes y remotos usualmente de forma similar. • Frecuentes lagunas mnésicas para sucesos o periodos específicos. • Variabilidad en la ejecución de tareas de similar dificultad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de memoria para hechos recientes más evidente que para remotos. • Inusuales lagunas mnésicas para periodos específicos. • Ejecución continuada en tareas de similar dificultad.

Tabla 7. Criterios de Rabins para el diagnóstico de Pseudodemencia (Hipocampo, 2010).

Frecuentes quejas de pérdida de memoria:

- La pérdida de memoria se da tanto para eventos recientes como para eventos remotos.
- Pérdida de memoria para periodos de tiempo o eventos específicos.
- Antecedentes de depresión.

Inicio subagudo

Ideas delirantes de culpa y sentimiento de inutilidad.

Pérdida de apetito.

Sentimiento de tristeza.

Ausencia de signos de enfermedad vascular cerebral, extrapiramidal o espinocerebelosa.

Puntuación en la Escala de Hachinski inferior a 4.

Ausencia de cuadros confusionales en los tratamientos con antidepresivos tricíclicos.

Puntuación en el Minimental State Examination MMSE de Folstein superior a 21.

Puntuación en la Hamilton Depression Rating Scale superior a 21.

Insomnio superior al 25% del tiempo de sueño.

No existe un punto de corte, sino que cuanto mayor sea el número de criterios que reúne el paciente, mayor es la probabilidad de que se trate de Pseudodemencia y no de una Demencia.

Tabla 8. Criterios establecidos por Barjau y cols., para el diagnóstico de Pseudodemencia (Barjau y cols. 2002).

Pseudodemencia Depresiva (PDD)	Demencia
Inicio en semanas	Inicio lento, en meses o años
El inicio se establece con cierta precisión	Inicio no establecido (impreciso)
Atención sanitaria poco después de la aparición del cuadro (paciente)	Larga duración de síntomas hasta que busca ayuda (familia)
La familia consciente del trastorno	La familia lo desconoce por mucho tiempo
Rápida progresión de los síntomas	Curso lento y progresivo
Duración breve	Duración indeterminada
Antecedentes de depresión	No es frecuente este antecedente

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, tiende a minimizarlo y sin búsqueda de ayuda
Paciente muestra sentimiento de sufrimiento	Parece no estar preocupado ni interesado
Afectividad depresiva continua y estable	Afectividad superficial y lábil
Conducta incongruente con la escasa gravedad del trastorno	Conducta compatible con el grado de deterioro
Perdida precoz de las relaciones sociales	Mantenimiento de las relaciones sociales sobre todo es los estadios iniciales
Frecuente apatía, letargo y disminución de las actividades	Menos frecuente
Respuesta a antidepresivos	Falta de respuesta
EEG y TAC normal	EEG retardado Y TAC atrofia cortical
Atención y concentración bien conservados	Deterioro de la atención y concentración
Respuestas típicas «no sé», «no puedo».	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 delirio
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 displicentes antes de iniciar las pruebas WAIS con fracaso en pruebas verbales y manipulativas	Respuestas intentando disimular el déficit WAIS con fracaso en pruebas manipulativas y mejores rendimientos en pruebas verbales
Déficit cognitivo variable en el tiempo	Estabilidad en progresión del déficit
Conducta incongruente con disfunción	Conducta congruente con la disfunción

Dentro de los aspectos clínicos observados en Pseudodemencia son claras de acuerdo a lo anteriormente expresado, las quejas detalladas sobre su función cognitiva, haciendo énfasis en su problema de memoria, mostrando angustia ante su fracaso, lo que se manifiesta durante la evaluación al decir que no saben o no pueden. También se 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, siendo fluctuante; esto no es consistente con el desarrollo de una demencia, en donde las quejas de memoria son progresivas y lentas, cuando se les evalúa es probable que no cooperen con facilidad, por lo tanto el resultado de estas pruebas es posible que sea muy bajo o incongruente con un rendimiento por debajo de lo esperado, si se tiene en cuenta que el indagar verbalmente sus recuerdos personales y familiares se encuentran conservados.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es 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 e inicio brusco. 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. Uno de los aspectos que definitivamente confirma esta patología es que luego del tratamiento farmacológico de mayoría de los síntomas desaparece o disminuye en su totalidad. Sin embargo, es necesario continuar el seguimiento de estos pacientes porque es probable que a futuro si desarrollen algún tipo de demencia. Así mismo algún porcentaje de pacientes que están diagnosticados con demencia, padecen Depresión, por lo cual es importante que se haga un juicioso diagnóstico, que si es interdisciplinario, (neurólogo, psiquiatra, neuropsicólogo), mayor será la certeza para el profesional que la ayuda que le brinda al paciente es la pertinente acorde a su patología (Lezak, Howieson, Loring, Hannay & Fischer, 2004; Martin M, 2010).

PRESENTACION DE UN CASO

A continuación se hace el reporte de caso clínico de Pseudodemencia Depresiva, con el objetivo de contribuir y ampliar el conocimiento de esta patología en el campo de la neuropsicología. Realmente este caso está relacionado con una entidad nosológica cuya aplicación clínica es importante, dada la necesidad de discernir entre Demencia y Depresión.

El caso que se presenta es el de una paciente femenina de 46 años, con un nivel educativo superior, quien es remitida a Neuropsicología por el servicio de Neurología, referenciando quejas importantes de memoria, alteraciones en el lenguaje referidas como dificultad para encontrar las palabras y dificultad para organizar sus ideas. Lo anterior está afectando su vida familiar y laboral.

A nivel personal se encuentran antecedentes importantes: diagnóstico de Depresión de hace tres años, lo cual fue manejado con medicamento durante un año, de igual forma se reportan antecedentes a nivel familiar de trastornos de ansiedad (fobias) y Depresión por parte de la madre de la paciente de aproximadamente 6 años de evolución.

En el momento de la exploración personal por áreas se encuentra que la paciente se encuentra afrontando situaciones a nivel familiar y personal de gran contenido emocional, las cuales afectan considerablemente su desempeño funcional en lo referente a su trabajo (olvida protocolos a seguir en sus actividades diarias, los cuales manejaba adecuadamente antes de estos eventos) y repercute también en sus relaciones interpersonales y a nivel familiar y de relación de pareja.

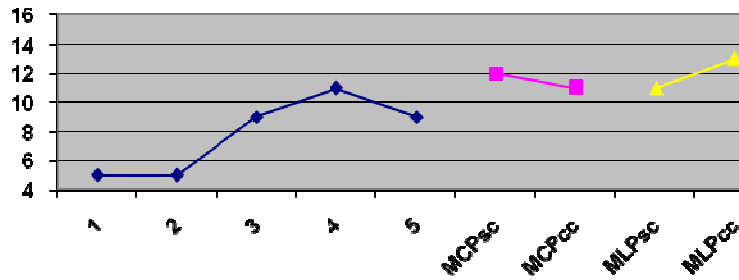
Se cuenta con exámenes paraclínicos como una RM de pares craneanos la cual se encuentra dentro de límites normales.

En la evaluación Neuropsicológica se encuentra a la paciente alerta, orientada en persona, tiempo y espacio, colaboradora y con adecuado porte y actitud. Se observa adecuado nivel de cooperación y persistencia en las actividades asignadas, aunque es evidente la ansiedad que le genera la evaluación.

Pruebas Aplicadas: MMSE, Escala de trastornos de Memoria, Test de Hamilton para Depresión, California, Memoria de Wechsler, TMT-A y B, Test de Stroop, FAS semántico y fonológico, Pruebas de Lenguaje, Prueba de Matemáticas (problemas aritméticos), Figura de Rey – Ostrosky (Copia y recobro), Prueba de semejanzas, Test de denominación de Boston (Tabla 9).

Tabla 9. Resultados cuantitativos Evaluación Neuropsicológica

Proceso	Prueba	Resultado
Rastreo	MMSE	30/30
	Escala trastornos de la memoria	Paciente: 39/45 Familiar: 27/45
	Test de Hamilton para depresión	33/84
	Curva de memoria – California	
	<ul style="list-style-type: none"> • Retención inmediata • % de aprendizaje • Interferencia homogénea • Agrupaciones: • Fenómenos patológicos • Reconocimiento 	8/16 50% 4/16 Semánticas : 18 Seriales: 3 Intrusiones: 0 Perseveraciones: 0 16/16 sin falsos positivos
Memoria y atención		
	<ul style="list-style-type: none"> • Curva MCP sin claves • Curva MCP con claves • Curva MLP sin claves • Curva MLP con claves 	12/16 11/16 11/16 13/16
	MEMORIA SOCIOCULTURAL	5/6
	Escala de memoria de Wechsler	
	<ul style="list-style-type: none"> • Control mental • Memoria lógica recuerdo inmediato • Memoria lógica recuerdo diferido 	9/9 13/22 12/22



	<ul style="list-style-type: none"> • Dígitos directos • Dígitos inversos • Pares asociativos 	<p>5/7±2</p> <p>3/7±2</p> <p>19/21</p>
	Recobro Figura Compleja de Rey a largo plazo	17/36
	TMT-A	Tiempo: 25" 25/25
	TMT-B	Tiempo: 32" 15/15
	Test de vocabulario de Boston	59/60
Lenguaje	Aritmética	
	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas 	4/7
	Fluidez verbal semántica	12/16
	Fluidez Fonológica	7/14
Función ejecutiva	Stroop	<p>Parte 1: 23" Sin errores</p> <p>Parte 2: 20" Sin errores</p> <p>Parte 3: 33" Sin errores</p> <p>Parte 4: 1'05" Sin errores</p>
	Semejanzas	19/20
	PRAXIAS Figura de Rey	C: 32/36 Rdo.: 17/36

Resultados cualitativos

La paciente presenta al momento de la evaluación un perfil neuropsicológico global y específico que se ubica dentro del nivel promedio esperado, el desempeño en las pruebas es sobresaliente, se evidencia que existen dificultades en la evocación y en el mantenimiento de aspectos afectando un poco su memoria de trabajo y a corto plazo, lo cual puede deberse al proceso emocional que media en este momento en la paciente.

Descripción de resultados por áreas

Atención:

Adecuada capacidad de focalización, pero con leve dificultad para el sostenimiento de información durante los tiempos requeridos. No presenta errores de inhibición ni fenómenos patológicos.

Memoria:

Niveles de retención inmediata verbal y no verbal ligeramente disminuidos por notorios quiebres atencionales en los ensayos a repetición. Sus estrategias de almacenamiento son de carácter semántico, presenta una tendencia serial no significativa. Luego de tareas de interferencia proactiva la paciente es capaz de mantener la información aprendida, mostrando un incremento representativo en la evocación libre

con un mejoramiento del volumen de aprendizaje mediante la evocación con claves semánticas. A largo plazo se mantiene el nivel de evocación, el cual también mejora con la clave semántica.

En tareas de reconocimiento, incluye 16 de 16 elementos presentados, sin la presencia de fenómenos patológicos como falsos positivos.

Memorias autobiográfica y sociocultural dentro de lo esperado.

Lenguaje:

No se evidencian errores en narración, repetición, expresión espontánea y controlada y comprensión, logrando un curso y contenido comunicativo adecuados. En cuanto a la nominación de elementos por confrontación visual la ejecución es la esperada sin evidencia de anomia.

En tareas de fluidez verbal semántica, en las cuales se requiere de velocidad para la búsqueda de información y la evocación controlada, se evidencian presentó dificultades y su rendimiento estuvo por debajo de lo esperado para su edad, sexo y nivel educativo.

Función ejecutiva:

En cuanto a las habilidades para planear, organizar, abstraer y utilizar estrategias adecuadas para la solución de problemas, solo se encuentran algunas dificultades relacionadas con la planeación y organización para la construcción de figuras complejas. De otro lado, la velocidad de procesamiento de la información y abstracción en la ejecución de tareas complejas se encuentra conservada y se evidencia una ejecución sobresaliente.

Praxias y Gnosias:

No se evidencian signos de apraxia construccional y existe preservación del resto de niveles de procesamiento ideacional e ideomotor.

Gnosias preservadas.

Lectura y escritura:

Dominios conservados.

Aspectos emocionales:

Se evidencian altos niveles de ansiedad y características depresivas de componente reactivo.

Discusión

Cuando se presenta un paciente con quejas de memoria la primera hipótesis que se tiene en cuenta es que se trata de un posible deterioro cognitivo de tipo demencial, sin embargo, si estas quejas no son corroboradas con la evaluación neuropsicológica, entonces la tarea investigativa comienza, no solo por hacer una tarea académica, sino porque es necesario ofrecerle al paciente una guía para manejar sus dificultades. La Pseudodemencia depresiva (PDD) es una entidad clínica que se puede presentar frecuentemente en consulta, por lo que el evaluador debe plantear esta hipótesis cuando luego de hacer un diferencial cuidadoso entre deterioro cognitivo leve, demencia cortical (generalmente de tipo Alzheimer) o subcortical y envejecimiento normal, se encuentra que las quejas del paciente y su desempeño en la evaluación no son consistentes o no se correlacionan. Es en este punto donde se hace necesario retomar la historia clínica e indagar a profundidad otros aspectos del paciente como su aspecto emocional para empezar a encaminarse hacia la hipótesis de una Pseudodemencia depresiva. La paciente que se presenta a consulta cumple la mayoría de los criterios que según Barjau y cols., (2002), lo que nos sugiere una PDD.

La paciente reporta la iniciación de su problema de memoria de una forma muy clara y aproximada (hace 18 meses), aspecto que está concatenado con uno de los criterios de PDD (inicio determinado), desestimando un proceso demencial, puesto que en esta patología comúnmente no es posible para la familia ni para el paciente determinar un periodo de tiempo exacto en el que inicien los cambios cognitivos; otro aspecto a favor de la PDD en esta paciente es el antecedente de trastorno del estado de ánimo tanto familiar como personal, el cual presenta y que se hace evidente en la consulta, durante la ejecución de la paciente se destaca su facilidad para cumplir las tareas que se le asignan en la evaluación neuropsicológica, este desempeño no corresponde a lo que Rabins (2010) afirma: “el paciente manifestará que no sabe o no puede realizar las tareas y no se mostrara colaborador con la evaluación”. En este caso este criterio no se cumplió. Otro criterio a favor del diagnóstico de PDD es la magnificación de los déficits ya que cuando la paciente se presenta a consulta manifiesta que olvida lo que ha dicho anteriormente, que en ocasiones olvida cómo realizar una actividad propia de su trabajo llegando a

suspender sus actividades debido a esto. Como se puede observar, la paciente cumple los criterios para una PDD, sin embargo este caso requiere de un seguimiento en el tiempo, ya que es necesario la intervención farmacológica e inclusive psicoterapéutica, con el fin de corroborar que los signos que presenta actualmente están originados por el trastorno afectivo, de no ser así estaría correlacionado con los hallazgos literales donde se manifiesta que un porcentaje importante de pacientes con este diagnóstico evolucionan a una demencia. La principal desventaja que se presentaría en este caso es que la paciente no se adhiera al tratamiento psicofarmacológico y continúe su afectación emocional, si esto ocurre no se podría establecer cual es el curso de evolución de estas quejas subjetivas de memoria ya que como Bulbena y Berrios (1986) en su artículo *Pseudodementia: Past and figures*, citados por Barjau y cols., (2002) afirman, este tipo de quejas son reversibles si se sigue el tratamiento adecuado para la patología psiquiátrica que hay de base. Por esto se espera que los síntomas remitan al recibir y mantener el tratamiento que se le asigne.

Conclusiones

La paciente al momento no evidencia un deterioro del dominio mnésico, sin embargo sobresalen durante la ejecución de la evaluación quiebres atencionales. No hay presencia de fenómenos patológicos. El déficit esta puntualmente referido a procesos atencionales reactivos ante la situación socio-familiar y laboral de la paciente. Es de resaltar sus antecedentes personales y familiares de Depresión.

El perfil neuropsicológico exhibido en este momento vs. las quejas subjetivas de la paciente, indica que a nivel mnésico los procesos de consolidación y almacenamiento de información no están comprometidos, su desempeño se correlaciona más con el establecimiento de un trastorno afectivo (depresión) producto de su condición personal actual y sus antecedentes; los cuales están mediando en la ejecución de las pruebas aplicadas, manifestándose como fallos de predominio atencional.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2004). *A propósito de la Pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Vol. XXXIII, número 004, 387-398.
- Álvarez, V. (2010). *Evaluación neuropsicológica en la Depresión*. Disponible en archivo pdf: www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol11/articulos.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Arango, JC. (2003). *Las demencias aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual Moderno.
- Ariza, A., Castaño, D., & Herrera, L. (2010). *¿Cómo se diferencia clínicamente los diferentes tipos de demencia?*. Disponible en www.ces.edu.co/descragas/diferencia_clinicamente_diferentes_tipos_demencia.pdf.
- Barjau, J.M., Guerro-Prado D., Vilorio A., Vega-Piñero M., & Chinchilla A. (2002). *Pseudodemencia Depresiva fronteras diagnosticas*. Actas Españolas de Psiquiatría, 43-46.
- Beltrán, P. (2004). *Diagnóstico diferencial entre demencias y pseudodemencias o deterioro cognoscitivo leve y relacionado con la edad*. Psicopatología Clínica legal y forense, 215-225.
- Carnero, C., & Serrano, P. (2010). Demencia: criterios diagnósticos. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitación-logo/19demencias.pdf

Conde, V., (1989). *Envejecimiento, senilidad, demencias y pseudodemencias*. I Ciclo de Divulgación Geriátrica de Problemas de Salud en Nuestros Mayores. Madrid: Fundación O.N.C.E.

Demencia. (2010). Disponible en [Http://es.brainexplorer.org/dementia](http://es.brainexplorer.org/dementia)

Donoso, A., Vitriol, V., Fenieux, C., & Milton, E. (1992) *Pseudodemencias: experiencia en un servicio de Neurología*. Santiago de Chile: Revista de Psicología. Vol. 111 N°1.

Duch, F., Ruiz de Porras, R., Ruiz de Porras, G., Balzola, E., & Yeste, M. (2000). *Psicometría del deterioro cognitivo II*. Semergen. Tarragona, 25 (6): 508-519.

Lezak, M., Howieson, D., Loring, D., Hannay, J., & Fischer, J. (2004). *Neuropsychological Assessment, Fourth edition*. New York: Oxford University press, 329-333.

Martin, M. (2010). *Trastornos Psiquiátricos en el anciano*. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple9.html

Nogales, J. (2005). *Tratado de Neurología Clínica*. Santiago de Chile: Ed. Universitaria, 471-479.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Ed. Mc Graw Hill.

Rabins, P. (2010) *Criterios para el Diagnóstico de Pseudodemencia*. Disponible en www.hipocampo.org/rabins.asp.

Rodríguez, A., García de la Rocha, M., Losantos, R., Moreno, JM., Sierra, I., Fernández, A., Olmedilla, N., & Martín, A. (2002). *Pseudodemencia depresiva: ¿Depresión o demencia?*. *Psiquis*, Madrid, 23 (4): 155-163.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Descriptions and Diagnostics Guidelines*. Ginebra: W.H.O.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostics Criteria for Research*. Ginebra: W.H.O.