

A propósito de la pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales

Rafael Patrocinio Alarcón Velandia¹

Resumen

El trastorno depresivo de inicio tardío en el anciano debe diferenciarse de una serie de trastornos psicoemocionales y orgánicos con sintomatología depresiva, que se caracterizan por deterioro cognoscitivo en diferentes grados, por cambios en el comportamiento y por alteraciones en las funciones neurovegetativas y mentales, que es preciso distinguir por las implicaciones terapéuticas, personales y sociofamiliares. En algunos casos el diagnóstico diferencial puede resultar difícil, aun para el clínico más experto, ya que puede presentarse la coexistencia de dos o más de estos trastornos, o ser uno de ellos el estado previo para el desarrollo de una depresión mayor en el anciano o del inicio del deterioro cognoscitivo grave como es la demencia. Los trastornos orgánicos y psicoemocionales con síntomas depresivos son frecuentes en etapas tardías de la vida, por lo cual se hace necesario al clínico diferenciarlos, con el fin de establecer conductas terapéuticas que le permitan al anciano recuperar y mantener estilos de vida saludables, y con ello evitar el deterioro y la progresiva disfuncionalidad personal, familiar y social. El presente artículo actualiza los conceptos de pseudodemencia y depresión de inicio tardío en estados demenciales, y en forma práctica brinda elementos de juicio que van a permitir el discernimiento de estos estados psicopatológicos.

Palabras clave: pseudodemencia, depresión, demencia.

Title: Pseudodementia and Late-Onset Depression in Dementia

Abstract

Late-onset depressive disorder in the elder must be differentiated from a series of psycho-emotional and organic dysfunctions with depressive symptomatology characterized by differing grades of cognitive deterioration, changes in behavior and alterations in neurovegetative and mental functions. In some cases the differential diagnosis is very difficult even for the most experienced clinician; the coexistence of two or more dysfunctions can be present, or one of these dysfunctions may be the previous state of a major depression or the beginning of cognitive deterioration in dementia. Organic and psychoemotional dysfunctions with depressive symptoms are frequent in the later stages of life, making it necessary for the clinician to differentiate them in order to establish therapies that allow the elder to recover and maintain

.....
¹ Médico psiquiatra, MSP, magíster en Psicogeriatría, profesor titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

healthy lifestyles, avoiding deterioration and progressive personal, family and social disfunction. This article reviews current concepts of pseudodementia and late-onset depression in dementia and in a practical way offers elements for the discernment of these psychopathological states.

Key words: *Pseudodementia, depression, dementia.*

Introducción

El concepto de *pseudodemencia depresiva* ha generado controversia entre diferentes teóricos e investigadores sobre la validez de su existencia como proceso morboso específico, desde cuando Wernicke observó pacientes que imitaban deficiencias mentales y presentaban cuadros de histeria crónica y, posteriormente, con Maden, quien lo utilizó basado en trabajos previos de Mairet y Wells (1). Sin embargo, se continúa utilizando para diferenciar un conjunto de rasgos clínicos generales donde predomina un deterioro cognitivo parcial o total, secundario a síntomas depresivos. En su mayoría son cuadros clínicos reversibles con el tratamiento médico; no obstante, una proporción de ancianos deprimidos con deterioro cognoscitivo pueden evolucionar a estados demenciales irreversibles (2).

Bulbena, en una revisión sobre la pseudomencia, encontró una variedad de conceptos (3): uno, con un patrón subcortical, donde los déficits cognoscitivos son secundarios a tras-

tornos psiquiátricos, especialmente de tipo depresivo, y que a su vez son reversibles en la mayoría de los casos con el tratamiento; segundo, problemas cognoscitivos y del estado de ánimo secundarios a estados confusionales subagudos, los cuales se suspenden al resolverse los estados orgánicos de base; tercero, cuadros clínicos caracterizados por alteraciones de la conducta y déficit cognoscitivo similares a estados demenciales, sin ninguna etiología orgánica específica y, por el contrario, se sospechan problemas adaptativos, rasgos de personalidad histriónica o pasivo-dependiente y simulaciones.

La polémica sobre el que exista la pseudodemencia como un cuadro clínico específico se deriva de que se evidencien estados depresivos en diferentes intensidades y su relación causal o bidireccional con el deterioro de diversas funciones intelectuales, las cuales, en la mayoría de los casos, pueden ser reversibles. Las situaciones que se presentan para la discusión de los expertos e investigadores son las siguientes (2-13):

- Los estados depresivos en ancianos, especialmente depresión mayor, muestran déficits cognoscitivos, pero su relación causal no es clara, ya que en algunos casos pueden ser entidades que coexisten.
- Los ancianos pueden desarrollar un déficit intelectual total o parcial, de desarrollo progresivo

desde edades tempranas de la vida y en algún momento presentar un estado depresivo por diferentes causas. Estas deficiencias no obedecen al inicio o continuo de una demencia: son simplemente las normales del envejecimiento, y por lo tanto se mantendrán o avanzarán independientemente de la evolución del estado depresivo.

- En los estados iniciales e intermedios de la demencia, y por efecto de la percepción y conciencia de su deterioro cognoscitivo, los ancianos en forma reactiva pueden presentar un estado ansioso y depresivo.
- Algunas conductas y funcionamiento mental, características del anciano (por ejemplo, el enlentecimiento), pueden ser confundidas con síntomas depresivos o deterioro intelectual, sin serlo verdaderamente.
- A causa de factores etiológicos orgánicos, psicológicos y sociales tanto los síntomas depresivos como las deficiencias intelectuales pueden reforzarse o constituirse en causales o precipitantes de la constelación de una de las dos entidades.
- Los criterios de diagnóstico, y en esencia el concepto de pseudodemencia, han sido utilizados en forma diferente por los diversos grupos de investigadores, lo que ha generado confusión sobre lo que se trata, al asumir la relación entre estados depresi-

vos y clínica de deterioro cognoscitivo, permanente o reversible.

- La utilización de escalas y tests neuropsicológicos no son específicos para la seudodemencia, y los resultados pueden corresponder a otros estados demenciales o depresivos incipientes o en un curso, al proceso normal de envejecimiento, a diferencias individuales o poblacionales, a la afectación del ánimo y del intelecto por enfermedades orgánicas crónicas o agudas y por el uso o abuso de medicamentos y sustancias, al impacto de factores psicosociales y educativos y a la validez de los instrumentos utilizados.
- No existen marcadores biológicos para la pseudodemencia como tal; se utilizan los de los estudios de demencia o estados depresivos, basándose en las diferentes hipótesis y teorías causales. Las técnicas de neuroimagen tampoco son específicas para el diagnóstico de pseudodemencia depresiva y su diferenciación con la depresión mayor y la demencia tipo Alzheimer.
- El concepto de pseudodemencia se ha utilizado con la característica de que los déficits cognoscitivos son reversibles al mejorar el estado depresivo de base; sin embargo, algunos ancianos deprimidos pueden presentar los déficits dentro de su proceso de

envejecimiento en forma progresiva o evolucionar hacia francos estados demenciales en etapas más tardías de la vida.

- La mayoría de los estudios sobre pseudodemencia no se refieren a este concepto específicamente, y se basan más en los hallazgos de la demencia tipo Alzheimer o frontotemporal y su relación con la depresión mayor, lo cual crea más confusión al tratar de dilucidar si la pseudodemencia es de por sí un estado psicopatológico, objeto de ser llevado a la categoría nosológica, o si es un síndrome “enclavado o intermedio” entre las depresiones y las demencias.
- Wells, en su ya clásico artículo publicado en 1979 en *American J. Psychiatry* (4), nos brinda parámetros clínicos para el estudio y diagnóstico diferencial entre la pseudodemencia depresiva y la demencia de tipo Alzheimer; pero en los resultados de investigaciones posteriores de los estados depresivos y de las demencias, algunas de las consideraciones iniciales han sido cuestionadas tanto en lo que se refiere al curso clínico como a las propias manifestaciones clínicas.

La clínica de la pseudodemencia depresiva está referida a un comienzo más preciso y determinado, con un curso progresivo, con historia de estados premórbidos afectivos fami-

liares y personales, con cierto grado de conciencia y ansiedad sobre el deterioro variable de funciones intelectuales, con sintomatología depresiva y con trastornos comportamentales y desmotivación, pero sin desorganización conductual grave.

La forma de inicio de pérdida de la memoria suele ser aguda o subaguda, secundaria a problemas de las funciones asociativas y de los depósitos de conocimientos y experiencias que permiten al individuo el procesamiento permanente de nueva información, sin alteración mayor de la atención y la concentración (4),(14). Las tareas ejecutivas son siempre pobres e inconsistentes y muestran un rendimiento deficiente en la prueba de serie de dígitos y en el registro de nombres, pero mejora al repetirlos. No hay un olvido rápido de la información. Las respuestas a muchas pruebas y exámenes de funciones cognoscitivas es generalmente “no sé”, más que otro tipo de error. Generalmente no se presenta afasia, agnosia o apraxia. Los pacientes pueden manifestar ideas de culpa y autorreproches. El lenguaje y las funciones visuoespaciales generalmente son estables. Pueden presentar disfunción social en diferentes grados, hasta el aislamiento total y el desapego, hecho que llama la atención a familiares y allegados y que generalmente origina la consulta a nivel primario. El sueño en general está conservado, pero es más frecuente

el despertar precoz y dificultades en la profundización.

En el examen neurológico no se evidencian signos patológicos francos, aunque es frecuente que presenten apatía, desmotivación, retardo psicomotor y ansiedad, con predominio del estado depresivo. Los reportes de neuroimágenes no son específicos para la pseudodemencia, y en la mayoría de los casos son reportados como normales o ligera atrofia cerebral, la cual puede corresponder más al proceso normal del envejecimiento.

En la mayoría de los ancianos con pseudodemencia depresiva su respuesta al tratamiento con medicamentos antidepressivos o psicoterapias es favorable, en cuanto a los síntomas afectivos, con mejoramiento de sus funciones cognitivas, dependiendo del estado base de sus procesos intelectuales antes de desarrollar la depresión.

Depresión de inicio tardío y estados demenciales

Ancianos con estados demenciales en fases iniciales o intermedias pueden presentar diversos estados depresivos, probablemente relacionados con los cambios neuropatológicos y con situaciones reactivas cuando el anciano hace consciente su progresivo deterioro cognoscitivo. Puede ocurrir la aparición

de síntomas depresivos hasta en un 86% de los pacientes con demencia; no propiamente estados depresivos (clasificados por DSM-IV), los cuales pueden tener prevalencias hasta de un 20% (15),(16),(17),(18). Aproximadamente el 20% de los pacientes con demencia que vive en ancianatos presentan depresión mayor (18). Del 30% al 50% de ellos presentan síntomas depresivos. Entre el 30% y el 40% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer desarrolla depresión en algún tiempo durante el curso de la enfermedad (18).

La clínica de los estados depresivos en ancianos con demencia debe ser especificada de acuerdo con la edad de inicio de ambas patologías, con su curso, con la sintomatología, con los factores de riesgo y protectores, con la comorbilidad orgánica y mental, con las características previas de la personalidad y con el impacto de los eventos vitales y sociales. Por las implicaciones terapéuticas, de manejo familiar y asistencial, se debe aclarar si el episodio depresivo que cursa en el anciano con un estado demencial es:

- Un primer episodio depresivo de aparición tardía.
- Un episodio depresivo recidivante correspondiente a un trastorno afectivo bipolar, a una depresión mayor crónica o a un trastorno psicótico depresivo crónico, concomitantes con el estado demencial.

- La acentuación de rasgos de personalidad depresiva y narcisística en fases iniciales demenciales.
- La presentación de sintomatología de un trastorno depresivo menor crónico, una distimia o un estado ciclotímico.
- Parte de una constelación de síntomas depresivos de patología orgánica aguda o crónica, con alteraciones de las funciones cognoscitivas en el anciano.
- Sintomatología depresiva en ancianos con deterioro cognoscitivo leve o estados demenciales, a consecuencia del uso o abuso de sustancias psicotóxicas o medicamentos.

Se atribuyen como factores predisponentes de depresión en demencia la neurodegeneración en áreas productoras de neurotransmisores: el *locus cerúleos*, la sustancia *nigra* y el núcleo dorsal del rafé medio; la disminución de las neuronas noradrenérgicas; la disminución de noradrenalina y acetilcolina en la corteza; las alteraciones del metabolismo serotoninérgico, especialmente del gen transportador de serotonina, y un incremento de la monoaminoxidasa (19-23). Además, la presencia de otros procesos orgánicos puede contribuir a la intensidad de la sintomatología depresiva en ancianos con estados demenciales: infecciones del sistema nervioso central, tumores cerebrales, deficiencias nutricionales, accidentes

cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, hipo e hipertiroidismo, diabetes mellitus, carcinoma de páncreas y pulmón, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, enfermedades cardiovasculares e infarto de miocardio, alteraciones electrolíticas y deshidratación.

Desde el punto de vista psicológico, la clínica de la depresión en el paciente con demencia está relacionada con la integridad remanente de su estructura de personalidad; con la capacidad de la plasticidad del yo para regular su dinámica con el superyo, el ello y el mundo externo; con el grado de deterioro cognoscitivo; con la capacidad de ser consciente el anciano sobre su proceso demencial y el declive de sus funciones; con la presencia de ansiedad y de síntomas psicóticos, y con los esfuerzos adaptativos que aún persistan. El curso clínico de los trastornos depresivos en el paciente con demencia depende de:

- El tipo de trastorno depresivo y sus características clínicas.
- La cronicidad de la sintomatología depresiva y el grado del estado demencial.
- La presencia de ideación suicida.
- La comorbilidad mental u orgánica.
- La detección precoz de la sintomatología depresiva, que permita instaurar un plan terapéutico integral oportuno.
- El apoyo y comprensión de familiares y allegados.

- Los mecanismos farmacodinámicos y farmacocinéticos de los fármacos antidepressivos que no contribuyan a un mayor deterioro cognoscitivo y a la presencia de los efectos secundarios indeseables. Además, el suministro de los antidepressivos a dosis terapéuticas de progresiva titulación y por períodos de consumo suficientes para mejorar el estado de ánimo y las conductas del anciano, sin la presencia de reacciones adversas.
- El apoyo psicoterapéutico y de terapias familiares, ocupacionales o físicas.
- El apoyo institucional de la seguridad social.
- Las oportunidades de rehabilitación e integración familiar, recreativa y social.

Katona y Aldrige (24) recomiendan una serie de signos para detectar la depresión en pacientes con demencia, cuando esta última se encuentra en estadios iniciales:

- Apariencia triste.
- Agitación diurna.
- Lentitud en el lenguaje.
- Retraso psicomotor.
- Pérdida del apetito.
- Despertar temprano.
- Variación diurna del humor.

La sintomatología depresiva en las fases iniciales o intermedias de los estados demenciales se puede diferenciar de la que presenta un anciano con un trastorno depresivo

no demencial por una mayor intensidad del deterioro de sus funciones cognoscitivas y de los cambios comportamentales. Hay mayor pérdida del placer y del interés por las actividades; disminución de la energía y fatiga; alteraciones del apetito, con quejas somáticas permanentes e inespecíficas; disminución de la autoestima y sentimientos de inutilidad; mayores dificultades adaptativas y para mantener su independencia y autonomía; aparición de conductas bizarras, desorganizadas, cuadros de agitación o inhibición motora; así como riesgos de caídas y accidentes, que pueden incrementarse por el deterioro sensorial y por la acción de los medicamentos y sustancias que le son suministrados.

Los cuadros demenciales generalmente son procesos continuos en el tiempo, de comienzo impreciso y evolución lenta, generalmente irreversibles, con gran afectación global o focal de la memoria y otras funciones cognoscitivas: agnosia, afasia, apraxia y otras alteraciones de las habilidades ejecutivas y comportamentales. La pérdida de la autonomía del paciente origina una dependencia cada vez mayor de sus familiares y cuidadores.

Los estudios de neuroimagen, especialmente la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN), no son de por sí diagnósticos y se deben

correlacionar con la clínica y con las pruebas neuropsicológicas. Estos estudios nos permiten visualizar una atrofia cortical moderada a grave, focal o generalizada, observada por dilatación ventricular (tercer ventrículo, cuerpos de los ventrículos laterales), el aumento de la cizura de Silvio y de las cizuras interhemisférica y cambios en la sustancia blanca frontal o en el núcleo caudado (25-29). No hay suficientes pruebas sobre el impacto de los estados depresivos en estos hallazgos por TAC y RMN. Los cambios de reportados de atrofia cortical tampoco son exclusivos de los estados demenciales, y pueden ser hallados en ancianos normales sin trastornos depresivos o alteraciones cognoscitivas graves.

Se han diseñado diversas baterías neuropsicológicas para determinar cambios y deterioro de las funciones cognoscitivas de las demencias; la mayoría muy sensibles. Asimismo, se tienen escalas y tests para evaluar los estados depresivos. Entre las más conocidas tenemos (30-34):

- *Mattis Dementia Rating Scale* (MDRS): nos permite examinar la atención, la memoria reciente verbal y no verbal, las praxias, la abstracción y la perseveración.
- *Cambridge Index of Mental Disorder in the Elderly* (Camdex): desarrollado desde 1978 con los objetivos de ajustar cri-

terios clínicos para el diagnóstico de las diferentes enfermedades mentales, especialmente las demencias en ancianos; estandarizar el examen clínico de los trastornos mentales en pacientes geriátricos; desarrollar métodos innovadores de evaluación cuantitativa de la demencia, e investigar la relación entre diagnóstico, medidas de la demencia, alteraciones patológicas y bioquímicas determinadas en el cerebro post mórtem. El Camdex consta de varias secciones que incluyen una entrevista psiquiátrica estructurada aplicada al paciente (CAMCOG), con preguntas sobre el estado mental actual, antecedentes personales y médicos y la historia familiar; una escala para la evaluación objetiva de una amplia gama de funciones cognitivas; una tabla estandarizada para registrar observaciones acerca del estado mental actual, junto con su apariencia y conducta; una entrevista estructurada con un familiar u otro informante, para aportar datos sobre el funcionamiento mental general del paciente, sus antecedentes, su competencia y adaptación a la vida diaria, síntomas actuales e historia médica previa; un breve examen físico con exploración neurológica, y un apartado para registrar hallazgos de laboratorio y de la medicación que recibe.

- *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS): de amplio uso, diseñada en dos partes: una, de diez ítems, la cual evalúa aspectos no cognitivos que generalmente acompañan a la demencia, como son trastornos depresivos, del apetito y del comportamiento, así como alucinaciones y delirios. Otra, de once ítems, más compleja, que evalúa los procesos cognoscitivos (ADAS-COG) como la memoria, el lenguaje, las praxias, la orientación, y la comprensión. Dicha escala está más diseñada para la enfermedad de Alzheimer.
 - *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD): es una batería sensible y compleja de siete pruebas para estados iniciales de los procesos demenciales, especialmente con enfermedad de Alzheimer, y trata de evaluar aspectos clínicos, neuropatológicos y de neuroimagen.
 - Existen otras numerosas baterías neuropsicológicas como: *Halstead y Reiten* (HRNB), *Syndrom Kurztet* (SKT), *Hierarchic Dementia Scale* (HDS), batería neuropsicológica de Luria-Nebraska (LNNB), *Extend Scale for Dementia* (ESD), *Severe Impairment Battery* (SIB), exploración neuropsicológica test Barcelona o *Washington University Battery* (WUB), las cuales permiten valorar funciones cognoscitivas globales o específicas.
- Entre las escalas para depresión, las más utilizadas son (27), (35), (36), (37):
- a) Escala de Halminton para la depresión: la cual no ha sido lo suficientemente validada en poblaciones geriátricas y con demencia. Tiene el inconveniente de centrar sus preguntas en síntomas somáticos y conductuales que acompañan a sentimientos de negativos estresantes. Es una escala de autorreporte que puede sesgarse por el deterioro cognoscitivo que acompaña a la depresión en el demente. Es muy utilizada en estudios farmacológicos, aunque su aplicación en pacientes ancianos deja dudas sobre la validez de sus resultados.
 - b) Escala de depresión de Zung: es una escala de autorreporte que puede estar sesgada por el deterioro cognoscitivo del demente. Puede ser completada con ayuda del examinador. Su validez en poblaciones ancianas y con demencia es relativa, pero su uso es amplio en investigaciones de tamizaje. Se ha intentado con una versión corta de doce ítems, pero no ha sido lo suficientemente validada.
 - c) Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS): es utilizada por su sensibilidad para medir cambios de la sintoma-

tología en relación con un tratamiento, especialmente farmacológico. No ha sido suficientemente validada en poblaciones geriátricas y con demencia.

- d) Escala de depresión geriátrica (GDS): es una escala sencilla de respuestas simples (sí/no), utilizada en pacientes geriátricos con síntomas depresivos en diversas situaciones, como el estar hospitalizados, en casas de ancianos, en hogares de cuidados, en servicios ambulatorios y en poblaciones generales. Existe una versión larga de treinta ítems y una corta de quince ítems, la cual es la más utilizada. Ambas versiones han sido suficientemente validadas y se hallan disponibles en diferentes lenguas. Se puede utilizar en las fases iniciales de demencia con síntomas depresivos.
- e) *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD): se ha utilizado para evaluar la depresión en ancianos con deterioro cognoscitivo. Evalúa cinco áreas en 19 ítems: alteraciones del humor, trastornos de la conducta, ritmos circadianos, signos físicos y alteraciones del pensamiento. Es una escala heteroaplicada, y con puntuaciones superiores a ocho indica estados depresivos en ancianos.
- f) Otras escalas, como la de Beck, que es autoaplicada, no han sido validadas en poblaciones con demencia y geriátricas, por lo

cual su uso no es recomendable.

La utilización de escalas, tests y baterías neuropsicológicas para depresión en pacientes ancianos con estados demenciales debe ser cuidadosa y con suficientes criterios sobre la validez de estos instrumentos en las poblaciones que se aplican. Se deben tener en cuenta las definiciones instrumentales, el modo de aplicación, las variaciones de los diferentes grupos de edad de ancianos, los criterios de diagnóstico y la experiencia profesional del evaluador.

Conclusión

El estudio de los estados depresivos y su relación con los procesos neurodegenerativos de tipo demencial en el anciano se constituyen en un reto para las investigaciones clínicas, la psicología descriptiva y la fenomenología, en el marco del avance de las neurociencias; especialmente, de la neuropsicología, la neuroimagen y la neurogenética. La creación de un “nuevo lenguaje sintomático” de los estados emocionales que “interprete” el sufrimiento del paciente anciano en su proceso de deterioro cognoscitivo es uno de los imperativos de las disciplinas que se dedican al estudio de los fenómenos mentales, tanto normales como psicopatológicos. Asimismo, los clínicos debemos procurar por una nosología

con criterios válidos y confiables a la luz de la psicología del envejecimiento, en el marco de la cultura y la ética de cada una de las poblaciones donde laboramos.

Bibliografía

1. Madden JJ, Luhan JA, Kaplan LA, Manfredi HM. Nondementing psychoses in older persons. *JAMA* 1952;150:1567-72.
2. Addonizio G, Alexopoulos G. Affective disorders in the elderly. *International J of Geriatric Psychiatry* 1993;8:41-7.
3. Bulbena A, Berríos GE. Pseudodemencia: factors and figures. *British J Psychiatry* 1986;148:87-94.
4. Wells ChE. Pseudodemencia. *Am J Psychiatry* 1979;136:859-900.
5. Allen H, Jolly D, Comish J, Burns A. Depression in dementia: a study of mood in a community sample and referrals to a community service. *International J of Geriatric Psychiatry* 1997;12:513-8.
6. Baker S, Frith C, Dolan R. The interaction between mood and cognitive function studied with PET. *Psychological Medicine* 1997;27:567-78.
7. Baldwin R, Benbow J, Marriott A, Tomenson B. Depression in old age. *British J of Psychiatry* 1993;163:82-90.
8. Ebby E, Hogan D, Parhad I. Cognitive impairment in the non-dement elderly. *Archives of Neurology* 1995;52:612-9.
9. Kral V, Emory O. Long-term follow-up depressive pseudementia of the aged. *Canadian J of Psychiatry* 1989;34:445-6.
10. Téllez VJ. Las demencias. In: *Neuropsiquiatría*. Bogotá: Milenio; 1995. p. 221-52.
11. Wurthmann C, Bogerts B, Falkai P. Brain morphology in patients with geriatric depression, patients with degenerative dementia, and normal control subjects. *Psychiatry Research: Neuroimagen* 1995;61:103-11.
12. Sach de V, Smith J, Angus-Lepan H, Rodríguez P. Pseudodemencia twelve years on. *J of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1990;53:254-9.
13. Pearlson G, Rabins P, Burns A. Structural brain CT changes and cognitive deficits in elderly depressives with and without reversible dementia (pseudementia). *Psychological Medicine* 1989;19:573-84.
14. Rosiers G. Pseudodemencia depresiva. In: Berríos GE, Hodges JR, editors. *Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica*. Barcelona: Masson; 2003. p. 268-91.
15. Grossberg GT. Clinical implications of new dementia research. 152 APA Annual Meeting. Washington DC, May 18, 1999.
16. Reiffer BU, Teri L, Raskind M, et al. Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *Am J Psychiatry* 1989;146:45-9.
17. Patterson MB, Schnell AH, Martin RJ, et al. Assessment of behavioral and affective symptoms in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatrics Psychiatry and Neurology*. 1990;3:21-30.
18. Grossberg GT. Psychiatric disorders in the nursing home: focus on Alzheimer's disease. 152 APA Annual Meeting. Washington DC, May 1999.
19. Conde SJL. Personalidad premórbida y factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Española de Geriatría y Gerontología* 1999;3:157-61.
20. Bunney WE, Davis JM. Norepinephrine in depressive reactions: a review. *Arch Gen Psychiatry* 1965;13:483.
21. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry* 1965;122:509.
22. Mora F. Neurotransmisores y envejecimiento. In: Martínez L, Hachinski V, editors. *Envejecimiento cerebral y enfermedad*. Madrid: Triacastela; 2001. p. 73-8.
23. Powers R. Neurobiology of aging. In: Coffey E, Cummings J, editors. *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. Washington: Am Psychiatry Press; 1994. p. 71-98.
24. Katona C, Aldrige C. The dexamethasone suppression test and depressive signs in dementia. *J Affect Disord* 1985;8:83-9.

25. Lopera F, Tobón N, et al. Image characterization of Alzheimer's disease associated with the E280A-PS1 mutation: case-control study: MRI findings. *Rev Neurol* 1999;29:6-12.
26. Small GW, Leiter F. Neuroimaging for diagnosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 8):4-7.
27. Junqué C. Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos. In: Junqué C, Barroso J. *Neuropsicología*. Madrid: Síntesis; 2001. p. 401-52.
28. Ibáñez V. Imagen cerebral: tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética nuclear, curso-taller Master de Psicogeriatría. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
29. Gaviria M, Inchausti L. Imagen cerebral y depresión. In: Gaviria M, Téllez V. *Neuropsiquiatría*. Bogotá: Nuevo Milenio; 1995. p. 287-308.
30. Mattis S. Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. In: Bellack L, Larasu TB. *Geriatric psychiatry: a handbook for psychiatrists and primary care physicians*. New York: Grune and Stratton; 1976. p. 77-121.
31. Roth M, Huppert FA, Tym E, Mountioy CQ. *CAMDEX: the Cambridge examination for mental disorders of the elderly*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
32. Mohs RC, Rosen WG, Davis KL. The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacol Bull* 1983;19: 448-50.
33. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CE-RAD). *Neurology*;39:1159-64.
34. Fernández GS, Arango LJ, Pelegrín VC. Evaluación neuropsicológica de las demencias. In: Arango LJ, Fernández GS y Ardila A. *Las demencias*. México: Manual Moderno; 2003. p. 123-50.
35. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et al. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatr* 1988;23: 271-84.
36. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
37. Zung WK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1995;12:63-70.

Recibido para publicación: 3 de abril de 2004.
Aceptado para publicación: 21 de agosto 2004.

Correspondencia

Rafael Patrocinio Alarcón Velandia
Calle 14 No. 23-147

Fundación Santa María de los Álamos, Pereira
Correo electrónico: alarcon@telesat.com.co