

Depresión en el adulto mayor, demencia o pseudodemencia

Depression in the elderly, dementia or pseudodementia

María Luisa Ellis-Yard^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4284-8785>

Idoleisis Ramona Morales-Borges² <https://orcid.org/0000-0002-2731-0960>

Rady Moreira-Ulloa³ <https://orcid.org/0000-0002-6968-0265>

¹Máster en Medicina Bioenergética y Tradicional. Especialista de Primer y Segundo Grados en Psiquiatría General. Profesor Auxiliar y Consultante. Investigador Agregado. Hospital Psiquiátrico "Nguyen Van Troi". Ciego de Ávila, Cuba.

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría General. Profesor Asistente. Hospital Psiquiátrico "Nguyen Van Troi". Ciego de Ávila, Cuba.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría General. Profesor Asistente. Hospital Psiquiátrico "Nguyen Van Troi". Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: marial54@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la depresión en la vejez, si no se diagnostica y se trata adecuadamente, causa sufrimientos innecesarios en el anciano y su familia. En la práctica clínica diaria es frecuente encontrar un tipo de paciente que da la impresión de padecer una demencia primaria, cuando en realidad presenta un trastorno afectivo, una depresión.

Objetivo: describir las características clínicas que definen el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor, demencia y pseudodemencia depresiva, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Métodos: se localizaron, de la bibliografía nacional e internacional, más de 70 fuentes y se seleccionaron 25 estudios que con mayor profundidad abordaron el tema, con actualización entre 2017 y 2020.

Además, se examinaron las clasificaciones internacionales de la *American Psychiatric Association* en su 5ta edición y la Clasificación Internacional de Enfermedades, entre otras fuentes de información.

Desarrollo: la depresión es probablemente el trastorno psiquiátrico que más frecuentemente se confunde con la demencia. Las muestras clínicas indican que entre 30 y 50 % de los pacientes con deterioro cognitivo presentan síntomas depresivos. Los pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores sin demencia, presentan habitualmente déficit cognitivo que también empeora el funcionamiento general.

Conclusiones: la similitud de los síntomas entre la demencia y la pseudodemencia depresiva, conlleva a dificultades diagnósticas. La identificación temprana de la depresión en el adulto mayor desde la atención primaria y su relación con el deterioro cognitivo y las demencias, requiere un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, para contribuir a una mejor resiliencia en esta etapa de la vida.

Palabras clave: anciano; demencia; depresión; trastornos fíngidos.

ABSTRACT

Introduction: depression in old age, if not properly diagnosed and treated, causes unnecessary suffering in the elderly and their family. In daily clinical practice, it is common to find a type of patient who gives the impression of suffering from primary dementia, when in reality they have an affective disorder, depression.

Objective: to describe the clinical characteristics that define the diagnosis of depression in older adults, dementia and depressive pseudodementia, differential diagnosis and treatment.

Methods: more than 70 sources were located from the national and international bibliography and 25 studies were selected that addressed the topic in greater depth, with updates between 2017 and 2020. In addition, the international classifications of the American Psychiatric Association in its 5th edition and the International Classification of Diseases, among other sources of information, were examined.

Development: depression is probably the psychiatric disorder most frequently confused with dementia. Clinical samples indicate that between 30 and 50 % of patients with cognitive impairment present depressive symptoms. Elderly patients with major depressive episodes without dementia usually present cognitive deficits that also worsen general functioning.

Conclusions: the similarity of symptoms between dementia and depressive pseudodementia leads to diagnostic difficulties. The early identification of depression in older adults from primary care and its relationship with cognitive impairment and dementia requires timely diagnosis and appropriate treatment to contribute to better resilience at this stage of life.

Keywords: aged; dementia; depression; feigned disorders.

Recibido: 30/03/2023

Aprobado: 30/03/2023

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se enfrenta a un acelerado envejecimiento poblacional dado por tendencias mundiales tales como la disminución de las tasas de fecundidad, el aumento de la esperanza de vida, las migraciones y el desarrollo científico técnico alcanzado. Se espera que entre el 2015 y el 2050 la población mayor de 60 años se duplique, lo cual requiere crear condiciones específicas para enfrentar exitosamente las nuevas necesidades económicas, sociales y culturales de este grupo poblacional.^(1,2)

En la población cubana el envejecimiento es similar a muchos países desarrollados y se encuentra entre los que tienen un índice elevado dentro del grupo de países en desarrollo. Al cierre del año 2016, en Cuba se registraron con depresión 2 198 220 adultos mayores, lo que representa el 19,80 % de la población general, cifra que aumentará, según estimaciones, a casi el 26% en el 2025 y a más del 30% en el 2050.⁽¹⁻³⁾

El envejecimiento no debe ser sinónimo de enfermedad, depresión o discapacidad. No obstante, la depresión es uno de los cinco problemas fundamentales de salud a los que tienen que hacer frente las personas mayores. Con frecuencia dicha afección no es reconocida, diagnosticada, ni tratada adecuadamente, debido a que en muchas ocasiones los síntomas depresivos se interpretan como algo normal, asociado al envejecimiento.^(2,4,5)

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera la depresión un trastorno mental frecuente, que a nivel mundial afecta aproximadamente a 280 millones de personas; es la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad.⁽⁶⁾

La depresión en la vejez, si no se diagnostica y se trata adecuadamente, causa sufrimientos innecesarios al anciano y a su familia. En la práctica clínica diaria es frecuente encontrar un tipo de paciente que da la impresión de padecer una demencia primaria, cuando en realidad presenta un trastorno afectivo, una depresión.^(7,8)

La depresión es subdiagnosticada y subtratada en ancianos, porque el cuadro depresivo puede ser enmascarado por síntomas físicos o por el deterioro de la memoria. La ausencia de tratamiento y el

compromiso cognoscitivo, generan la institucionalización innecesaria e incrementan la tasa de suicidio.
(7,8)

Ante estas dificultades existentes desde el primer nivel de atención, para identificar la depresión en el adulto mayor, se propone esta revisión bibliográfica cuyo propósito es realizar una actualización de la información sobre los trastornos mentales más frecuentes en el anciano, que posibilite discernir entre la depresión, la pseudodemencia y las demencias para su diagnóstico y tratamiento adecuado.

MÉTODOS

Se revisó la bibliografía del ámbito nacional en libros de reconocidos autores cubanos y las bases de datos Cumed y SciELO-Cuba. Se emplearon los métodos teóricos analítico-sintético, histórico-lógico e inductivo-deductivo. En la literatura internacional, las clasificaciones de la *American Psychiatric Association*, 5ta edición (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11na edición (CIE-11). Además, se realizaron búsquedas en bases de datos (SciELO, Medline, DynaMed). Los criterios de búsqueda fueron: trabajos originales, guías clínicas, artículos de revisión y manuales, entre otros. Los términos de búsqueda se combinaron con operadores lógicos para obtener mejores resultados: depresión *and* anciano *and* diagnóstico; depresión *and* anciano *and* terapia; pseudodemencia *and* anciano; demencia *and* anciano y sus similares en idioma inglés. En el buscador Google Académico se utilizaron los términos depresión en el anciano, depresión, pseudodemencia y demencia en el anciano. Se localizaron más de 70 materiales y se seleccionaron 25 estudios que con mayor profundidad abordaron el tema, con actualización entre 2017 y 2022.

DESARROLLO

La Organización Panamericana de Salud (OPS) plantea que alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años en el mundo sufren algún trastorno mental, la depresión y la demencia son los dos más comunes, e insta a crear alternativas comunitarias para tratar a las personas con padecimientos mentales y capacitar a los familiares que los atienden en el hogar.^(6,9)

La depresión afecta a nivel mundial al 7 % de ellos y la demencia al 5 %. Le siguen los trastornos de ansiedad (3,80 %) y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas (casi al 1 %). Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos, corresponden a personas de este grupo de población.⁽⁹⁾

Definición de depresión

La depresión es una alteración primaria del estado de ánimo caracterizada por abatimiento emocional, afecta todos los aspectos de la vida del individuo; es un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico.⁽⁴⁾ Se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, con especial énfasis en la esfera afectiva.^(2,4,7,8)

Epidemiología

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, puede comenzar en la adolescencia y mantenerse hasta la edad adulta.^(4,7,8,10) Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. La depresión también se asocia con otras formas de psicopatología, especialmente con la ansiedad, síntoma frecuente que afecta hasta el 90% de los pacientes⁽¹⁰⁾ y con la distimia, un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.^(5,7,8,10,11)

Los momentos con más riesgos de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida, son la adolescencia y la edad avanzada. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes, debido, entre otras razones, a que usan métodos más letales.^(2,4,5,7,8)

Datos epidemiológicos revelan que el 10% de los trastornos depresivos afectan a ancianos que viven en la comunidad; del 15 al 35 % en residencias y al 50 % de todas las hospitalizaciones en los centros psiquiátricos.^(4,11)

Etiología

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores: genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Se ha tratado de explicar la depresión a partir de algunos factores anatómicos, entre ellos el tamaño diferente del hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se han considerado las neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, la acción de las monoaminas y de otros neurotransmisores, la vulnerabilidad genética, el estrés y la inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina en la depresión, cuya alteración afecta a personas vulnerables.^(10,11)

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo se encuentran: la soledad, la jubilación voluntaria o forzada, la dinámica familiar, maltrato o violencia, bajos ingresos, dificultades económicas, pérdida de contemporáneos (por fallecimiento, enfermedad y emigración). Asimismo, el aislamiento social y una pobre red social debido a las limitaciones físicas, la pérdida de amistades la disminución de la movilidad, la agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades, así como el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco.^(4,10,11)

Es importante enfatizar en la anamnesis durante la entrevista sobre los factores de riesgo que pueden influir en la depresión del adulto mayor, pues el médico puede valorar si se relacionan con la aparición del trastorno depresivo.

Criterios diagnósticos de la depresión

La Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales,⁽¹²⁾ clasifica la depresión en la categoría 06: trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, que incluye trastornos del estado de ánimo: trastornos bipolares y otros trastornos relacionados y el trastorno depresivo; este se divide en:

6A70 Trastorno depresivo, episodio único.

6A70.0 Trastorno depresivo, episodio único leve.

6A70.1 Trastorno depresivo, episodio único moderado, sin síntomas psicóticos.

6A70.2 Trastorno depresivo, episodio único moderado, con síntomas psicóticos.

6A70.3 Trastorno depresivo, episodio único grave, sin síntomas psicóticos.

6A70.4 Trastorno depresivo, episodio único grave, con síntomas psicóticos.

6A70.5 Trastorno depresivo, episodio único de gravedad no especificada.

6A70.6 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión parcial.

6A70.7 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión total.

6A70.Y Otro trastorno depresivo, episodio único, especificado.

6A70.Z Trastorno depresivo, episodio único, sin especificación.⁽¹²⁾

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en individuos que han experimentado un episodio maníaco mixto o hipomaniaco, que indicaría la presencia de un trastorno bipolar.⁽¹²⁾

Según la clasificación de la *American Psychiatric Association*,⁽¹³⁾ la característica esencial para diagnosticar un trastorno depresivo, continúa siendo un período de al menos dos semanas consecutivas,

en el que la persona manifiesta un mínimo de cinco síntomas, de los cuales al menos uno, tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas, o casi todas las actividades (tabla 1). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

Tabla 1 - Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5⁽¹³⁾

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

Clínica de la depresión mayor

Entre los síntomas se encuentran: los emocionales, cognitivos, conductuales, físicos y el sueño. Los síntomas emocionales propios de un episodio depresivo son: tristeza, decaimiento, anhedonia, desinterés y angustia.^(4,7,8) Los síntomas cognitivos se manifiestan porque el paciente piensa distinto cuando está deprimido: puede sentirse culpable de algunos hechos biográficos propios o de la familia, que en otras circunstancias no lo hacían sentirse culpable. Puede haber ideas hipocondríacas que impliquen la alteración del juicio de la realidad, así como ideas de inutilidad y de ruina.⁽¹⁰⁾

Son comunes la baja capacidad de concentración, los problemas relacionados con la memoria y un síntoma denominado indecisión penosa, por ejemplo, el paciente no sabe si levantarse o no, no sabe qué abrigo ponerse y se mantiene así todo el día. Suele presentar ideas suicidas, deseos de estar muerto, hasta la planificación suicida, que puede llevarlo a la muerte.^(4,5,7,8)

Los síntomas conductuales se manifiestan no solo por discapacidad, sino también por la psicomotilidad, con un entecimiento motor, en los casos graves el sujeto puede permanecer prácticamente como una estatua con poca motilidad y escasa expresión facial, además, puede presentarse con inquietud e incluso agitación psicomotora.^(4,7,8)

Los síntomas físicos son importantes, pues constituyen la puerta de entrada para indagar en todos los demás síntomas. Es frecuente la disminución del apetito, en ocasiones con una disminución importante del peso corporal, que en adultos mayores puede llegar a la desnutrición, o un aumento del apetito, con incremento del peso.^(4,7,8,10)

Existen trastornos del sueño que se manifiestan frecuentemente por insomnio de conciliación, sueño interrumpido y despertar precoz, aunque también puede existir hipersomnia, la persona puede pasar gran parte del día dormido. Es común la sensación de cansancio, los dolores múltiples, no solo de cabeza, sino también musculares.^(4,7,8,10)

En la práctica médica estos síntomas son significativos, porque a veces constituyen el motivo de consulta más relevante y puede existir una determinada relación entre los síntomas emocionales y físicos.⁽⁴⁾

Las ideas nihilistas del anciano se expresan, con bastante frecuencia, por referencia a la imposibilidad para comer, tragar, orinar, defecar y caminar, por lo que el médico sospechará siempre la depresión ante estas manifestaciones.⁽²⁾

La depresión presenta diferencias entre las personas más jóvenes y las mayores; en estas últimas hay mayor número de quejas somáticas relacionadas con dolores y presencia de síntomas hipocondríacos; menor humor deprimido, quejas acerca de la falta de memoria, mayor cronificación, irritabilidad, conducta de imposición y manipulación, están presentes en el adulto mayor.^(4,6,7)

Es necesaria la adecuada evaluación psicopatológica a través de la entrevista psiquiátrica y la participación del equipo de salud mental, para precisar la sintomatología referida por el paciente; de igual forma, la entrevista a un miembro de la familia o a un acompañante cercano, enriquece en gran medida los estudios a realizar, el posible diagnóstico y la conducta a seguir en cada caso.

Comorbilidad de enfermedades médicas

Las enfermedades físicas frecuentemente asociadas a la depresión en ancianos son: enfermedades cardíacas, endocrinas como la diabetes mellitus, neoplásicas: sobre todo en carcinoma de páncreas,

tumores del sistema nervioso: frontales y temporales, son los que se asocian más a síntomas afectivos, enfermedad de Alzheimer y epilepsia. Deficiencias vitamínicas: vitamina B12 y ácido fólico. La depresión aparece con frecuencia en la cefalea sobre todo la migraña, lupus eritematoso, accidentes cerebrovasculares, dolor crónico, úlcera gástrica, osteoartritis, hipertensión arterial y asma.^(4,6,7)

En una revisión bibliográfica sobre epidemiología en el adulto mayor en Ecuador encontraron asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión y en muchos casos la depresión se presentó antes que el trastorno cardiovascular.⁽¹¹⁾

Comorbilidad por uso de medicamentos

Algunos de los fármacos que pueden provocar síntomas depresivos y se emplean con bastante frecuencia en la práctica médica son los antihipertensivos y los fármacos cardiológicos (metildopa, propanolol, acetazolamida); los agentes neurológicos (amantadina, bromocriptina y fenitoina); los antibacterianos y fungicidas (ampicilina, metronidazol, tetraciclina, estreptomina y ciprofloxacina); fármacos diversos (cimetidina, ranitidina, ciproheptadina y metoclopramida); sedantes, hipnóticos y psicótropos, analgésicos y antiinflamatorios (ibuprofeno e indometacina); esteroides y hormonas, corticoesteroides y anticonceptivos orales, antineoplásicos (ciclosporina y vincristina).^(2,4,7,8,10)

Comorbilidad por consumo de sustancias psicotrópicas

Otro aspecto a tener en cuenta para el diagnóstico de depresión es su relación con la depresión inducida por consumo de sustancias entre ellas: alcohol, fenciclidina y otros alucinógenos, como inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnótico o ansiolítico, anfetaminas y otros estimulantes y cocaína, entre otros. Se debe tener en cuenta si la depresión aparece durante el estado de abstinencia o de intoxicación del consumo de sustancias psicotrópicas, sobre todo para la cocaína y las anfetaminas.⁽¹³⁾

Es importante tener presente durante la entrevista la exploración de otras enfermedades, la utilización de determinados fármacos que pueden asociarse a la depresión, así como la interacción con los psicofármacos. La ingestión de sustancias psicoactivas, es un aspecto a explorar porque se han tenido experiencias de adultos mayores que han ingerido bebidas alcohólicas por un período largo y, sobre todo en la mujer, permanece oculto.

Evolución y pronóstico

El trastorno de depresión mayor no es benigno, tiende a hacerse crónico y a recaer.⁽¹⁰⁾ Para describir el estatus clínico de los pacientes deprimidos se emplean los términos remisión, recaídas, recuperación y recurrencia. La remisión y recuperación significan que el paciente ha experimentado una reducción significativa de los síntomas. La primera se refiere a una mejoría breve que ha durado menos de dos meses y la recuperación si se prolonga por un período de más de dos meses. La recaída significa la

reaparición de un episodio depresivo dentro de los dos meses siguientes a la mejoría. Así, la recaída ocurre durante la remisión y antes de la recuperación; si el episodio depresivo ocurre después de los dos meses de mejoría, se denomina recurrencia, por lo que esta ocurre tras la recuperación.⁽⁸⁾

Diagnóstico diferencial de la depresión

En relación con el diagnóstico diferencial de la depresión en el adulto mayor, se tendrán en cuenta los trastornos neurocognitivos (neurocognitivo menor, cognitivo mayor o demencia), como trastornos mentales frecuentes que aparecen en esta etapa de la vida y la pseudodemencia depresiva.

En la actualidad el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, aporta una terminología con la introducción del término “trastorno neurocognitivo”. Así hablan de delirium, trastorno neurocognitivo menor (equiparable al diagnóstico cognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor (donde se incluyen las demencias), en esta revisión nos vamos a referir al diagnóstico cognitivo leve y la demencia.⁽¹³⁾

Todos los criterios de los distintos trastornos neurocognitivos se basan en dominios cognitivos definidos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social).⁽¹³⁾

Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo leve o meno

Criterios diagnósticos propuestos en *American Psychiatric Association*,⁽¹³⁾ para el trastorno neurocognitivo menor:

- A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:
 - 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
 - 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, que implica un desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
- B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (por ejemplo, actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), puede ser necesario esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer un ajuste para mantener la independencia.
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (por ejemplo trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).⁽¹³⁾

La Clasificación Internacional de Enfermedades,⁽¹²⁾ clasifica en la categoría (06) trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo a los trastornos neurocognitivos que incluye: 6D70 Delirium, 6D71 Trastorno neurocognitivo leve, 6D72 Trastorno amnésico y Demencia. Tiene en cuenta, además los dominios cognitivos, que se identifican en la *American Psychiatric Association*.

El 6D71 (trastorno neurocognitivo leve según la Clasificación Internacional de Enfermedades,⁽¹²⁾ se caracteriza por la experiencia subjetiva de una disminución de un nivel previo de funcionamiento cognitivo, acompañado por evidencia objetiva de deterioro en el rendimiento en uno o varios dominios cognitivos, en relación con lo esperado para la edad de la persona y el nivel general de funcionamiento intelectual, que no es lo suficientemente grave como para interferir significativamente con la independencia de la persona en el desempeño de las actividades de la vida diaria. El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal; puede atribuirse a una enfermedad subyacente del sistema nervioso, un trauma, una infección, u otro proceso patológico que afecta áreas específicas del cerebro, o al consumo crónico de sustancias o medicamentos específicos, o la causa puede ser indeterminada.⁽¹²⁾

Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor o demencia por la clasificación *American Psychiatric Association* y Clasificación Internacional de Enfermedades^(12,13)

A Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.
2. Declive en el desempeño neuropsicológico, que implica un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (por ejemplo, requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Criterios diagnósticos propuesto por la Clasificación Internacional de Enfermedades para demencia⁽¹²⁾

La demencia se define como un síndrome cerebral adquirido que se caracteriza por una disminución del funcionamiento cognitivo con respecto a un nivel previo, con deterioro en dos o varios dominios cognitivos (como la memoria, las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, las capacidades visoperceptuales o visoespaciales). El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal e interfiere significativamente con la independencia en el desempeño de la persona en las actividades de la vida diaria.⁽¹²⁾

Los diferentes patrones clínicos en que se presentan los trastornos cognitivos permiten agrupar a la población afectada o en riesgo, en tres grandes grupos: el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y el deterioro cognitivo mayor. Las formas más comunes de deterioro cognitivo mayor son de tipo Alzheimer que comprenden entre 50 y 75%; las de tipo vascular, entre 20 y 30%; por cuerpos de Lewy, 5 % y las de tipo frontotemporal, entre 5 y 10%.⁽¹⁴⁾

La demencia o deterioro cognitivo mayor, son generalmente de instalación insidiosa, afectan el pensamiento abstracto, la capacidad de cálculo, la crítica fina, la memoria, las capacidades intelectuales, los hábitos, la orientación, el juicio crítico y los patrones de personalidad; se acompaña de graves alteraciones de la afectividad, la comunicación y la coordinación motora, su evolución es progresiva e irreversible.^(2,5)

La depresión y el deterioro cognitivo son condiciones comunes en la adultez, estrechamente asociadas a la edad. La demencia más común, la enfermedad de Alzheimer, representa entre el 60 y el 80 % de los casos. Los individuos con deterioro cognitivo leve tienen mayor riesgo de padecer de la enfermedad de Alzheimer y deterioro funcional, pero la asociación de depresión y diagnóstico cognitivo leve, el riesgo de enfermedad de Alzheimer y mortalidad, se incrementa en comparación con individuos sin depresión.⁽¹⁵⁾

En un estudio realizado con ancianos en tres ciudades de Perú, encontraron que los índices de depresión aumentaron conforme aumentaba la edad y hubo una mayor probabilidad de tener trastornos neurocognitivos en los que presentaron depresión severa.⁽¹⁶⁾ En Cuba en un estudio realizado en una casa de abuelos en La Habana, encontraron que la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el adulto mayor.⁽¹⁷⁾

La OMS plantea que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores de todo el mundo; puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares.⁽¹⁸⁾

Características generales de la pseudodemencia depresiva

La pseudodemencia depresiva es un síndrome clínico que se asemeja a una demencia, se debe a un trastorno psiquiátrico primario, generalmente un trastorno depresivo mayor, la mayoría de las veces reversible con tratamiento antidepresivo, de ahí que algunos autores la llaman demencia tratable.^(19,20)

Existen algunos criterios que orientan al diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y demencia, entre ellos: en la demencia, primero se manifiestan los síntomas cognitivos y después los síntomas depresivos, mientras que en la pseudodemencia depresiva, es a la inversa.^(7,21,22) Es común en la fase inicial de la pseudodemencia depresiva el ánimo depresivo; este genera dificultad en la atención, concentración y alteración en la memoria; en esta etapa suele haber además, alteración psicomotora.⁽⁷⁾

Durante la entrevista y la evaluación neuropsicológica se puede observar que el paciente con pseudodemencia depresiva asiste a consulta de manera voluntaria, a diferencia del paciente que tiene demencia, quien es ajeno a su déficit y es llevado por sus familiares.

En la pseudodemencia depresiva los síntomas progresan muy rápido (en semanas) y son fluctuantes, se puede conocer el momento exacto de su inicio y el paciente y la familia están conscientes del trastorno y de su gravedad, mientras que en la demencia, el progreso de los síntomas es más lento (meses o años), tienen un curso progresivo y gradual, se desconoce el momento exacto de su inicio, porque el trastorno ha permanecido oculto durante mucho tiempo y no es frecuente que el paciente sea consciente de su gravedad.^(7,10)

Durante la evaluación a pacientes con pseudodemencia depresiva, los mismos manifiestan quejas sobre su incapacidad cognitiva, mucha angustia frente a sus errores y fracasos, expresan frases como “no lo sé”, “no me acuerdo”, “soy incapaz de” por lo que cooperan poco, no dan su mejor esfuerzo y se niegan a hacer las tareas que encuentran difíciles.^(10,21,23) En ocasiones puntúan con un déficit más elevado en las pruebas que el déficit real. Lo contrario del paciente con demencia que minimiza su déficit cognitivo, se esfuerza mucho durante la evaluación, ignora sus fracasos, alaba sus logros y confabula, además de que presenta puntajes más uniformes en las pruebas.⁽¹⁰⁾

A pesar de que la pseudodemencia depresiva no se encuentra entre las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, es la que más se acerca a la depresión en el adulto mayor con trastornos neurocognitivos leves, por lo que requiere de un estudio profundo y la interrelación con otras especialidades, para descartar la demencia y tratar la depresión como factor que influye en los trastornos neurocognitivos.

Estudios o complementarios a realizar en el adulto mayor

Para evaluar el estado afectivo o depresión, se han utilizado diferentes escalas entre ellas: Hamilton, depresión geriátrica Yesavage, depresión de Montgomeri-Asberg, Autoescala de depresión de Zung y Conde y el inventario de depresión de Beck entre otros.^(4,10,17)

En la evaluación neuropsicológica o cognitiva se han utilizado diversas pruebas, entre ellas la más extendida es el mini-examen del estado mental de Folstein.^(4,7,10,22,23)

Test del reloj: evalúa el área o capacidad visoespacial y las funciones ejecutivas. Mini-Cog: incluye las áreas que más frecuentemente se ven alteradas al inicio del deterioro cognitivo.⁽¹⁹⁾

Para evaluar la pseudodemencia depresiva se recomienda la Escala de Youssef.⁽¹⁹⁾

En los pacientes con depresión se deben realizar diversos exámenes complementarios como son: hemograma con diferencial, eritrosedimentación, serología y VIH, glicemia, proteínas totales, colesterol y lípidos totales, transaminasa y creatininas, pruebas funcionales tiroideas, analítica de orina, vitamina B12, ácido fólico y electrocardiograma.^(2,4,7)

En los estudios de imagen cerebral, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear deben ser indicadas en pacientes en que se sospeche exista una demencia.^(7,23)

En la actualidad, parece que el registro electroencefalográfico y las pruebas de neuroimagen funcional (tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada por emisión de fotón único), son los instrumentos de mayor utilidad para el diagnóstico diferencial entre pseudodemencia depresiva y demencia.^(10,21,23,24)

El análisis del líquido cefalorraquídeo es una herramienta diagnóstica en el estudio de la demencia.^(21,23)

Tratamiento

El metabolismo y la excreción de muchos fármacos disminuyen con el envejecimiento, por lo que es conveniente en el adulto mayor, comenzar con dosis inferiores e ir aumentándolas progresivamente hasta alcanzar el efecto terapéutico; la dosis, en cualquier caso será, un tercio o la mitad de la dosis del adulto joven.⁽⁷⁾

La diferenciación entre demencia y pseudodemencia tiene implicaciones terapéuticas importantes. Así, los pacientes con pseudodemencia depresiva suelen responder bien al tratamiento de la depresión, con la restauración del estado de ánimo previo y la desaparición del déficit cognitivo, aunque no siempre sucede así en los pacientes con demencia. Este aspecto terapéutico se utiliza en la práctica clínica como prueba diagnóstica de confirmación, si existe una clara respuesta al tratamiento.^(7,21)

Los antidepresivos de referencia en la pseudodemencia depresiva son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tanto por la carencia de efectos secundarios significativos de tipo cardiovascular o anticolinérgico, su perfil no sedante y menos riesgo en caso de sobredosis, como por el

empleo, generalmente, de una única toma diaria. Dentro de este grupo, por la menor presencia de interacciones farmacológicas, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina de elección serían la sertralina (dosis de 50 a 100 mg por día) y el citalopram (dosis de 20 a 40 g por día).^(7,10)

En casos de ausencia de respuesta o intolerancia a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, estarían indicados los antidepresivos tricíclicos, pero se debe evitar aquellos con elevada potencia anticolinérgica, puesto que pueden aumentar el deterioro cognitivo, producir síntomas confusionales, delirio, retención urinaria, constipación y otros. Así, serían de elección por su bajo potencial anticolinérgico, la nortriptilina (dosis de 75 a 150mg por día) y la maprotilina (dosis de 75 a 150 mg por día). En el caso de los antidepresivos tricíclicos, su administración debe ser progresiva, en dosis múltiples repartidas en tres tomas al día, se inicia el tratamiento con dosis bajas y se aumenta cada tres o cinco días hasta llegar a dosis óptimas a los 15 o 20 días.⁽⁷⁾

Por último, ante la ausencia de respuesta farmacológica a dosis adecuadas durante el tiempo suficiente, presencia de sintomatología depresiva con síntomas psicóticos, situación somática grave o ante cuadros demenciales atípicos y riesgo suicida, se debe considerar la aplicación de la terapia electroconvulsivante con anestesia y relajante.^(2,4,6-8,10)

Independientemente de que el cuadro clínico oriente claramente hacia un trastorno depresivo, o bien existan dudas razonables de que pueda coexistir una demencia, debe iniciarse un tratamiento antidepresivo lo antes posible, incluso en casos mixtos, esto es, depresión más demencia. Es necesario valorar el riesgo de no tratar la depresión; del mismo modo que el riesgo del tratamiento farmacológico aumenta con la edad, también se incrementan los riesgos de no tratarla, los que incluyen disfunción social, deterioro cognoscitivo, enfermedades físicas, e incluso la muerte.⁽⁷⁾

La demora en la identificación de los síntomas depresivos, la confusión de los síntomas de demencia con los síntomas de depresión, así como la alta prevalencia de la ansiedad en los pacientes, repercute en el retraso del tratamiento para la depresión. La duración del tratamiento de mantenimiento puede variar de un año a toda la vida, en dependencia de la historia personal del paciente, la probabilidad de que se produzcan recurrencias severas, los efectos terapéuticos secundarios y la preferencia del paciente.⁽⁸⁾

Para el manejo de la depresión resistente se han desarrollado otros tratamientos que se pueden agregar a los descritos:⁽¹⁰⁾

Fototerapia: se introdujo en 1984 como tratamiento del trastorno afectivo con patrón estacional.

Estimulación magnética transcraneal repetida: se muestra prometedora como tratamiento para la depresión.

Estimulación del nervio Vago: los estudios preliminares han demostrado, que en algunos pacientes con un trastorno de depresión mayor crónico recidivante, los síntomas remitían al recibir estimulación del nervio Vago.

La terapia cognitiva conductual es un método de intervención psicológica que muestra efectos positivos en la depresión, respecto a los pensamientos irracionales o negativos; estos pueden modificarse y reestructurarse mediante la combinación de este método con los psicofármacos. ^(4,10,25)

Las limitaciones de esta revisión radican en la escasez de investigaciones en nuestro medio y sobre esta población, que permitan identificar y diferenciar la depresión, la demencia y los trastornos neurocognitivos asociados a la depresión mediante instrumentos validados internacionalmente que orienten hacia el correcto diagnóstico y la terapéutica adecuada.

CONCLUSIONES

La identificación temprana de la depresión en el adulto mayor desde el primer nivel de atención y su relación con el deterioro cognitivo y las demencias, requiere de un diagnóstico oportuno que permita el tratamiento adecuado. El aporte de esta investigación radica en conocer los trastornos más frecuentes en el adulto mayor para lograr diferenciar sobre todo la depresión mayor, con o sin deterioro cognitivo leve, de las demencias, o trastorno neurocognitivo mayor, precisar lo que predomina en el anciano, si la depresión o los trastornos cognitivos, para orientar la terapéutica adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bayarre-Vea HD, Álvarez-Lauzarigue EA, Pérez-Piñero JS, Almenares-Rodríguez K, Rodríguez-Cabrera A, Pria-Barros MC, et al. Enfoques evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 12 May 2020];42:[aprox. 20 p.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34891/v42e212018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. González-Menéndez R, Sandoval-Ferrer JE. Manual de Psiquiatría. La Habana: Ciencias Médicas; 2019.
3. Calviño M. Descubriendo la psicología. La Habana: Academia; 2017.
4. Zarragoitia-Alonso I. Depresión: generalidades y particularidades. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.

5. Gullen J, Neyra-Rivera CD, Runzer-Colmenares F, Gutiérrez E. Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. Rev. Fin [Internet]. 2020 [citado 1 Ene 2021];12(3):262-68. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171/2130>
6. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa. Depresión. Datos y cifras [Internet]. Sep 2021 [citado 30 Sep 2021]; Nota descriptiva s/n [aprox. 4 p]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Martínez-Hurtado M. Urgencias Psiquiátricas. La Habana: Ciencias Médicas; 2015.
8. Martínez-Hurtado M. Trastornos afectivos bipolares. Perspectivas diagnósticas y terapéuticas. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
9. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: OPS; 10 Oct 2013 [citado 23 May 2020]. Depression and dementia are top mental disorders for people over 60; [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadok. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica [Internet]. 11na ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2015 [citado 4 Feb 2020]. [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://ovid.es/ovid.com/Pages/book.aspx?isbn=9788416004805&chapter=8§ion=B01943901-47#B01943901-47>
11. Calderón MD. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 [citado 4 Feb 2020];29(3):182-91. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. CIE-11. Clasificación Internacional de enfermedades. 11na ed. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud [Internet]. © WHO; 2020 [citado 23 Feb 2020]:1154. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>
13. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
14. Ocaña-Montoya CM, Montoya-Pedron A, Bolaño-Díaz GA. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 4 May 2020];23(5):875-91. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n5/1029-3019-san-23-05-875.pdf>

15. Santacruz-Ortega MP, Cobo-Charry MF, Mejia-Arango S. Relación entre la depresión y la demencia. Rev Ecuat. Neurol [Internet]. 2022 [citado 4 Ener 2023];31(1):96-104. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000100096
16. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanilla D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero B et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades de Perú. Acta Med Perú [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2020];34(4):266-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>
17. Valdés-King M, González-Cáceres JA, Abdulkadir MS. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 4 May 2020];33(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi174a.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa. Demencia. Datos y cifras [Internet]. Sep 2020 [citado 13 Feb 2021]; Nota descriptiva s/n [aprox. 6 p]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
19. Perea-Pérez R, Álvarez-González A. Pseudodemencia depresiva en el paciente anciano. A propósito de un caso. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría [Internet]. 2018 [citado 12 May 2020]. [aprox. 7 p.]. Disponible en: [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-comu7\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-comu7[1].pdf)
20. Fernández-Guerrero MJ. Psicopatología en el adulto mayor: no todo es demencia. Rev Stud Zam [Internet]. 2020 [citado 4 Feb 2021];19:67-80. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7718183.pdf>
21. Iribarne C, Renner V, Pérez C, Ladrón-de Guervara D. Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 4 mayo 2021];31(2):150-62 Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2020/06/trastorno-del-%C3%A1nimo.pdf>
22. Devi-Bastida J, Puig-Pómes N, Jofre-Font S, Fetscher-Eickhoff A. La depresión un predictor de demencia. Rev Esp Ger. Gert [Internet]. 2016 [citado 4 mayo 2020];51(2):112-18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15002103>
23. Choreño-Parra JA, De la Rosa-Arredondo T, Guadarrama-Ortíz P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. Med. Int Mex [Internet]. 2020 [citado 4 mayo 2021];36(6):807-824. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206i.pdf>

24. Álvarez-Linera Prado J, Jiménez-Huete A. Neuroimagen en demencia. Correlación clínico radiológica. Rev. Radi [Internet]. 2019 [citado 4 mayo 2020];61(1):66-81 Disponible en: https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2020/1_marzo/esp/neuroimagen_en_demencia_correlacion_clinico_radiologica_radiologia_2019.pdf
25. Lorenzo-Díaz JC, Díaz-Alfonzo H, Carrete-Friol ZD, Hernández-Quiñones OL, Barrios-Licor RA. Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. Rev. Cien Med [Internet]. 2021 [citado 12 Feb 2022];25(6):[aprox. 9 p]. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/download/5311/pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

María Luisa Ellis-Yard: conceptualización, curación de datos, metodología, análisis formal, recursos y redacción – revisión y edición.

Idoleisis Ramona Morales-Borges: recursos, análisis formal y redacción – revisión y edición.

Rady Moreira-Ulloa: análisis formal y redacción – revisión y edición.

Financiación

Hospital Psiquiátrico “Nguyen Van Troi”. Ciego de Ávila, Cuba.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)