

Pseudodemencias: experiencia en un Servicio de Neurología

**Archibaldo Donoso S. (1), Verónica Vitriol (2),
Carmen Gloria Fenieux (1) y Milton Quiroz E. (1).**

Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano de Neuropsicología y I Congreso Brasileiro de Neuropsicología, Noviembre 1991. Sao Paulo, Brasil. Publicado en las Actas del Congreso.

INTRODUCCION

Las pseudodemencias (PD) han sido definidas como un síndrome en el cual existe un severo defecto cognitivo adquirido, sin que exista una lesión cerebral que lo explique y cuyo origen es un trastorno emocional o del ánimo (1, 2, 3): algunos autores las incluyen en la categoría de "demencia tratables" (4, 5).

La clasificación de las PD constituye un tema controvertido, y varios autores enumeran etiologías más que clasificarlas de acuerdo a criterios bien establecidos (1, 2, 6, 7, 8). Las más clásicas son:

- a) El síndrome de Ganser, descrito inicialmente en prisioneros de guerra y que se caracterizan como breves y floridos episodios psicóticos que simulan una demencia. Se caracterizan por la existencia de respuestas absurdas pero aproximadas. Una vez pasado el episodio queda una amnesia lacunar. En su etiología pueden existir mecanismos de conversión y algunos autores lo clasifican entre las psicosis histéricas (1, 9). Autores más recientes, sin embargo, señalan que sería un tipo de reacción ante una situación de stress que puede darse en psicosis endógenas y en sujetos con daño orgánico cerebral (2, 10).
- b) PD histéricas, con trastornos cognitivos inconscientes con la conducta del individuo, de origen conversivo o desiderativo, con ganancia secundaria, pero inconsciente. El síndrome de Wernicke (o de las puerilidades) y las amnesias histéricas pueden considerarse como variantes. Debe diferenciarse de la simulación, en la cual existiría un control consciente por parte del individuo.
- c) PD depresivas, en las cuales existe un trastorno del ánimo, con inhibición de afectos, motilidad y funciones cognitivas; su causa sería una alteración fisiológica y bioquímica (11).
- d) Otras PD, en esquizofrenia u otras psicosis tales como manía o enfermedad afectiva bipolar (4, 8).
- e) Una categoría especial, señalada por Lishman y que coincide con nuestra experiencia, es la "pseudo-PD" (2). Estos son pacientes cuyo cuadro clínico hizo formular el diagnóstico de PD, pero cuyo seguimiento ulterior permitió demostrar que existía una lesión cerebral de base que —tal vez debido a circunstancias biográficas y una estructura de personalidad determinada— se expresó como PD.

(1) Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

(2) Servicio B de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico de Santiago.

La psicopatología o psicogénesis de las PD es de gran complejidad, salvo quizás en el grupo de las PD depresivas, y no intentaremos analizarlo en profundidad. El objetivo de este trabajo es sólo mostrar la experiencia obtenida en un Servicio de Neurología de un hospital general, donde su estudio habitualmente llega sólo hasta el momento que se deriva el paciente a Psiquiatría.

MATERIAL Y METODO

Desde 1976 a mediados de 1991 uno de los autores (AD) ha efectuado más de 3.000 evaluaciones neuropsicológicas clínicas (Funciones Cerebrales Superiores, FCS). De ellos se seleccionaron 14 sujetos en los cuales se formuló el diagnóstico de PD: algunos de ellos fueron evaluados inicialmente por otro de los autores (VV, MQ). Se excluyeron otros pacientes que fueron examinados en circunstancias especiales, en un peritaje para una posible jubilación y que fueron presentados en otra oportunidad (12, 13). Todos los pacientes fueron sometidos a una evaluación neurológica y de FCS; en la mayoría se practicó estudio electroencefalográfico (EEG) y tomografía computada cerebral (TC); la mayor parte de ellos fue visto en conjunto con psiquiatras y en algunos se efectuó psicometría.

Clínicamente se les clasificó en 4 grupos: 9 PD histéricas, 2 PD depresivas, 1 simulación y 2 pseudo-PD. Los datos básicos se presentan en la tabla. Se mostrará un caso representativo de cada grupo.

OBSERVACIONES CLINICAS

a) PD histéricas

Caso 2. Este paciente fue evaluado en 1986. Era un hombre de 45 años, con 12 años de escolaridad, casado, responsable y ordenado, que había logrado llegar a cargos de nivel gerencial. A raíz de la recesión económica en 1984 debió aceptar una reducción de su sueldo y un año después quedó cesante. Desde ese momento comenzó a presentar ansiedad, fallas de la memoria, desánimo, y a mostrar una incapacidad progresiva para tomar decisiones como jefe de su hogar. Cuando llegó al Servicio había sido tratado infructuosamente con múltiples antidepresivos. El examen médico general era normal. El examen neurológico mostraba un enfermo lúcido, sin signos de déficit motor o sensitivo focal, con pesadez corporal. No existían afasia, apraxia ideatoria, ideomotora, del vestir, ni agnosia visual.

Su actitud era muy pueril y comentaba "no me porto mal, me comí toda la comida"; en otros momentos era inadecuado y ofrecía golosinas al examinador. Decía encontrarse bien y se mostraba bien dispuesto al examen, pero luego mostraba gran latencia o no rendía. Al iniciar el examen no lograba denominar ningún color, pero más tarde denominó todos los propuestos. Al preguntarle por el Presidente de Chile no logró evocar su nombre, pero proponía nombres de personajes ligados a su gobierno. Al interrogarlo sobre su situación laboral respondió "no sé, voy a preguntar". En restas mostró errores variables "9-4= 13", pero luego resuelve bien 17-4 y 22-13; al multiplicar mostró errores sistemáticos "5x1= 6, 5x2= 7, 5x4= 14". Al copiar el dibujo de un cubo mostró una "apraxia constructiva" muy rebuscada. El EEG y la TC fueron normales.

En 1991 una entrevista telefónica con un familiar nos permitió saber que había sido jubilado por invalidez; era autovalente en su casa y existía apreciable mejoría de la memoria, pero su familia lo sobreprotegía.

En la Tabla se presentan algunos antecedentes de los otros pacientes con PD histéricas. Siete de los 9 fueron de sexo masculino y en varios de ellos se consignaron antecedentes de autoexigencia laboral, con rasgos fanáticos y melancólicos. La edad promedio fue 47,2 años, con rango entre 42 y 63. Sólo en uno de ellos existía el antecedente claro de retardo mental: en dos era discutible y el resto parecía tener una capacidad intelectual dentro de lo normal. En varios casos existían antecedentes de autoexigencia laboral, stress y pérdida importante, que hicieron pensar en una depresión reactiva.

En 6 casos se comprobaron defectos motores y/o sensitivos de tipo funcional: hemianestesias con límite exacto en la línea media del cuerpo, incluso apalestesia de una mitad de la frente, temblores de tipo funcional, paresias al examen directo de las fuerzas discordantes con su capacidad motora espontánea, a veces queja de amaurosis, etc.

En los casos 2 y 8 existía una actitud pueril extremosa que los aproximaba al síndrome de las puerilidades; en otros casos eran frecuentes las respuestas con errores aproximados, de tipo ganseroide. En algunos pacientes —casos 5 y 7— existía “bella indiferencia” frente a su incapacidad cognitiva; en los casos 2 y 8, en cambio, la limitación era mostrada y el paciente pedía conmiseración. El caso 6 merece un comentario especial, ya que tenía un defecto marcado de la memoria episódica que hizo pensar a uno de los autores (AD) que se trataba de una enfermedad de Alzheimer en etapa inicial; la neuromoencefalografía mostró discreto aumento de tamaño ventricular y la radiocisternografía isotópica mostró un flujo mixto. La evolución confirmó el diagnóstico de histeria de los psiquiatras tratantes. En 6 de los pacientes se realizó estudio EEG y TC, siendo normal en todos, salvo en el caso 9 que merece una mención especial.

Este paciente era un obrero no calificado que sufrió una hemorragia talámica izquierda de pequeño tamaño, comprobada con TC, con discreta hemiparesia derecha y un compromiso transitorio de conciencia, sin afasia. En los días siguientes se agregó una marcada incapacidad motora, de tipo claramente funcional, asociada a un defecto cognitivo severo con errores sistemáticos en cálculo, respuestas absurdas, actitud histriónica, etc. Se le trató con sedantes y apoyo emocional y evolucionó favorablemente en un par de semanas. Sin embargo, tenemos temores sobre su pronóstico ya que ha quedado con algunas limitaciones motoras y es posible que sea incapaz de enfrentar la vuelta al trabajo.

En la mayoría de los pacientes existía un defecto pragmático, ya que respondían al interrogatorio con gran latencia, con hipofonía a veces, con frases ambiguas o incompletas en otras ocasiones; con frecuencia era necesario repetir varias veces las preguntas o instrucciones de examen. Este defecto hacía que la entrevista se hiciera cansadora, exasperante o insatisfactoria para el examinador.

b) Pseudodemencias depresivas.

Caso 11. El paciente era un hombre de 57 años, artesano de calzado, con escolaridad básica incompleta, cuya capacidad intelectual previa aparentemente era normal baja. Presentaba rasgos de personalidad depresiva y años atrás había sufrido una depresión reactiva. En 1974 quedó cesante y 3 ó 4 años después un hijo presentó una esquizofrenia. En relación con estos episodios aparecen paulatinamente tendencia al aislamiento, anorexia, laconismo, pérdida de la libido, fallas de la memoria, irritabilidad, etc. En 1986 fue derivado a Neurología con la sospecha de una enfermedad de Alzheimer.

El examen mostró un enfermo lúcido, con facies depresiva, afectividad sombría, que expresaba sentimientos de minusvalía, con escaso apoyo gestual. Se observaba hipokinesia, con torpeza y lentitud de los movimientos. Estaba desorientado en tiempo y espacio, tenía

fallas de la memoria, respondía con laconismo. Al pedirle denominar dibujos respondió "no sé", pero describió en forma más o menos adecuada una lámina que representaba una escena compleja. Tampoco rindió en cálculo oral. No existían afasia ni apraxias. El EEG y la TC eran normales.

Se trató con antidepresivos y en el curso de un par de meses se observó una notable mejoría del ánimo y de la capacidad cognitiva.

El otro caso de PD depresiva era un paciente etílico que también se enfrentó con problemas laborales y psicosis de un hijo. Un EEG mostró leve lentificación theta de predominio temporal izquierdo. La mejoría observada fue de menor magnitud, lo que se atribuyó al alcoholismo previo.

c) Pseudodemencia por simulación.

Caso 12. Hombre de 52 años, casado, de escolaridad básica incompleta, chofer de micro, que meses antes de su ingreso (1982) sufrió un accidente de tránsito con TEC leve. En una institución se diagnosticó un síndrome post traumático. Se quejaba de desequilibrio y el examen de VIII par mostró una parálisis cocleo vestibular antigua, secundaria a una otitis crónica. Se dio de alta pero continuó quejándose de mareos, fallas de la memoria, dificultades para hablar, incapacidad global; mostraba gran tendencia a la inactividad y no colaboraba en labores domésticas, pero era capaz de asearse, vestirse y alimentarse.

El examen mostró un paciente vigil, sin signos de déficit motor ni sensitivo, pero con marcha pesada y desequilibrio no sistematizado; parecía que iba a caer, pero recuperaba el equilibrio en el último momento. Mostraba una actitud de desamparo e incapacidad, con perplejidad excesiva. Al interrogarlo sobre sus datos personales, al pedirle dibujar, etc. no rendía, pero si el examinador le proponía dejar esa tarea para continuar con otra pedía un plazo adicional; y de nuevo no rendía, lo que resultaba exasperante para el examinador. Se mostró incapaz de denominar dibujos, de efectuar pantomimas, de calcular, etc. A modo de ejemplo se presenta un diálogo:

P- ¿Cuál es su nombre?

R- ...

P- ¿Cómo se llama Ud.?

R- ...yo? ...yo... yo me llamo Mario... Mario... Mario... (no da apellido).

P- ¿Cuántos años tiene?

R- ...cuánto?

P- ¿Cuántos años tiene?

R- ...

P- ¿Cuántos años tiene?

R- ...o si... claro... no me anoto...

P- ¿En qué trabaja?

R- ...Quiero agua!

P- Repita esta frase: bajo a la tierra.

R- ...cuánto?

P- Repita esta frase: bajo a la tierra.

R- ...eh ...eh cuánto me dijo?

P- Repita!

R- Si estoy bien! Estoy bien, señor!

P- ¿Cuánto es 2+2?

R- ...2+2... qué es lo que es? De... qué es lo que me pregunta, si estamos conversando una cosa y me pregunta otra!

El EEG y la TC fueron normales y se remitió a un servicio psiquiátrico. Posteriormente fue jubilado por invalidez y 8 años más tarde volvió a nuestro hospital a ser intervenido por cataratas. Al ingreso médico y de enfermería se le consigna como un paciente normal desde el punto de vista de su actitud y de su cuidado personal.

d) Pseudo pseudo demencia.

Caso 14. Hombre de 51 años, casado, 3 hijos, estudios universitarios incompletos, que se desempeñaba como analista de sistemas pero que 5 años antes de su hospitalización (1989) fue reemplazado por una persona más preparada; desempeña varios cargos temporales y desde hace 2 años comienza a quejarse de fallas de la memoria y se hace apático con respecto a situaciones familiares.

El examen general y el examen neurológico eran normales, salvo palmomentonianos débiles. El examen mental mostraba un enfermo lúcido, de aspecto bien cuidado, con latencia y pausas en las respuestas, sin agnosias, afasia ni apraxias. En cambio repite sólo 3 cifras en forma directa, fracasa en la inversión de los meses del año, fracasa en cálculo oral —pero su descripción de la lámina 1 del test de Boston es casi normal—. En ningún momento muestra ansiedad ante los fracasos y algunas actitudes parecen histriónicas, como cuando ejecuta las pruebas de praxia con los ojos cerrados. En aprendizaje verbal rindió muy poco —llegó a 2 o 3/10 palabras, con algunas intrusiones— y se apreciaba inquietud contenida.

El test de WAIS mostró CI verbal 81. CI manual 67 y CI total 74, con marcada variabilidad en los rendimientos. En test de Raven obtuvo 13/36 puntos, llamando la atención que no rindió en algunos ítem bastante fáciles y sí en otros más complejos. En test de Rey el rendimiento en la copia fue muy malo, 4 puntos; en la reproducción de memoria no rindió, impresionando como opositor. En el test de Roscharch destacaron rasgos obsesivos y narcisistas, con afectividad empobrecida con índices de inseguridad y dificultad en las relaciones interpersonales cercanas.

El EEG mostraba discreta tendencia sincrónica espontánea bitemporal y discreta lentitud theta difusa, sin cambios con respecto al examen de un año antes. La TC cerebral era normal. Se presentó a reunión clínica y se concluyó en PD histérica.

No vuelve a control hasta 1991. En esta oportunidad se comprobó que se había agravado; existía una afasia de Wernicke, un síndrome de Gerstman (apraxia constructiva, desorientación derecha-izquierda, agnosia digital visual, acalculia), conducta de imitación y apatía. El EEG muestra desorganización difusa con lentitud theta de predominio temporal izquierdo. Se formuló el diagnóstico de una probable enfermedad de Alzheimer.

La otra paciente (caso 13) era una mujer de 42 años, auxiliar de enfermería, que fue vista en 1988. En esa época se señaló que su enfermedad había aparecido en relación con graves conflictos de pareja y que el examen neurológico y el EEG eran normales; se concluyó en PD histérica. Sin embargo un año más tarde es traída a control a Policlínico de Psiquiatría y se anota "no habla, no camina, presenta gatismo". No se realizó nueva evaluación neurológica y no vuelve a control.

DISCUSION

Nos interesa destacar varios puntos: los elementos que permitieron plantear el diagnóstico; los tipos de PD observados; las conclusiones con respecto a cada uno de estos tipos; y algunos comentarios finales.

Los elementos que habitualmente se usan para formular el diagnóstico de PD son la actitud del paciente —a veces indiferencia hacia su situación, otras veces puerilidad o histrionismo y el abatimiento en las PD depresivas—; la discordancia entre los rendimientos, que va más allá de la variabilidad encontrada habitualmente en pacientes orgánicos; los antecedentes de personalidad anormal o episodios de descompensación psiquiátrica; la asociación con accidentes biográficos; y la negatividad de los exámenes complementarios (2, 3, 7). Ninguno de estos elementos tiene un valor absoluto, como hemos podido comprobar en los casos de pseudo-PD, en los cuales la evolución nos demostró el error diagnóstico inicial; asimismo en algunos casos de probable enfermedad de Pick, cuya actitud anormal nos habría hecho pensar en PD si la TC cerebral no hubiera mostrado una atrofia de gran predominio anterior; y en casos de demencia de tipo Alzheimer con EEG y TC normales (14). Se ha planteado que el test de tolerancia de la dexametasona o los estudios electrofisiológicos pueden ser útiles para diagnosticar las PD depresivas, pero su resultado tampoco parece totalmente confiable (8, 15, 16).

En nuestra muestra encontramos sólo 2 casos de PD depresiva y predominaron los casos de PD histérica. Esto contrasta con la mayoría de las series publicadas, en las cuales la PD más frecuente es la PD depresiva (3, 4, 6). Creemos que esto se debe a que la PD depresiva se diagnostica con mayor facilidad o muchas veces se soluciona con la prueba terapéutica, y por lo tanto es referida con menor frecuencia a un servicio de Neurología. En este sentido debemos señalar que varios de los pacientes con PD histérica habían sido tratados con antidepresivos y en algún momento de su evolución se les había calificado como "depresión resistente". Con respecto a las PD depresivas debemos recordar que ocasionalmente la depresión precede o se sobrepone con el inicio de la enfermedad de Alzheimer; en estos casos se trata la depresión y mejora el ánimo del paciente pero el defecto cognitivo mejora escasamente o en forma transitoria. También es posible que se asocien ambos trastornos (17, 18).

Varios de los pacientes con PD histérica tenían como característica común una personalidad con rasgos depresivos, autoexigentes, que valoraban su trabajo en forma fanática; creemos que esta es una característica muy importante ya que cuando las circunstancias externas los sobrepasaban eran derrotados y se quebraban.

Otro elemento clínico que creemos que debe destacarse es la contratransferencia. La mayoría de estos pacientes respondían con latencia, en forma caprichosa y con defectos pragmáticos (latencias excesivas, hipofonía, etc.), lo que resultaba exasperante para el examinador. Si además se miran estos trastornos como un "engaño" no es raro que se produzca un antagonismo que dificultara el manejo de los pacientes.

El caso de probable simulación no es tan categórico como desearíamos. Teóricamente en la simulación el sujeto actúa en forma voluntaria, tiene plena conciencia del engaño y es

posible conseguir una confesión (1, 2); pero es muy difícil que estas condiciones puedan comprobarse plenamente. Nuestro paciente mostraba un gran oposicionismo al examen, y su rendimiento fue el peor de todos nuestros casos, lo que contrastaba con su capacidad de cuidar de sí mismo en su casa. Estos nos hizo suponer que sus fallas eran voluntarias, pero no podríamos ser concluyentes al respecto. Fue jubilado, y algunos años después, su conducta era aparentemente normal.

Como conclusiones generales queremos destacar 2 aspectos: el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Pick y el que las PD pueden ser invalidantes. En las demencias por atrofia prefrontal los pacientes suelen tener actitudes muy anormales, con apatía, puerilidad o moria, que interfieren mucho con su evaluación cognitiva (2, 19). En dos o tres oportunidades una actitud de este tipo nos ha hecho pensar en una pseudodemencia, pero las evidencias tomográficas o clínicas de atrofia prefrontal nos han hecho presumir una enfermedad de Pick (sin comprobación anatómica).

Las PD pueden producir una invalidez persistente. No nos atreveríamos a decir definitiva, pero en la serie de PD evaluadas a solicitud de la Superintendencia de AFP casi todos los casos, evaluados un año después del diagnóstico, seguían incapaces de trabajar o cuidar de sí mismos, a pesar de que su jubilación había sido rechazada y algunos de ellos sufrían serias penurias económicas (13). Los pacientes con PD depresiva mejoraron; pero en el grupo de PD histérica sólo uno volvió a trabajar y en los otros la mejoría obtenida les permitió ser autovalentes en su casa, pero no reiniciar actividades remuneradas. Este aspecto es importante de considerar desde el punto de vista previsional, ya que actualmente la Superintendencia de AFP incluye las PD entre los Trastornos Ficticios, voluntarios, y los declara no constitutivos de invalidez (20). Creemos que la legislación debiera permitir jubilarlos, tal vez por invalidez parcial, y reconsiderar el caso en 2 ó 3 años más.

RESUMEN

Se presentan 14 pacientes con el diagnóstico clínico de pseudodemencia (PD), clasificados en 4 grupos: 9 PD histéricas, 2 PD depresivas, 1 simulación y 2 casos pseudo-PD. Se discuten los aspectos clínicos, haciendo énfasis en los elementos del examen que hicieron formular el diagnóstico y en las posibilidades de error. El cuadro clínico más importante de diferenciar serían las atrofias de predominio frontal. También se hace hincapié en que pueden ser causa de invalidez, a pesar de la legislación previsional que las clasifica entre los trastornos ficticios.

Palabras claves: pseudodemencia - demencia - histeria - depresión - simulación.

REFERENCIAS

01. Slater E. y Roth E.: *Clinical Psychiatry*. 3th ed. Bailliere, Tindall & Cassell, London 1969.
02. Lishamn WA: *Organic Psychiatry: the psychological consequences of cerebral disorder*. Blackwell Scientific Publ, London 1987.
03. Wells CE: Pseudodemencia. *Am J. Psychiat* 136: 895-900, 1979.
04. Erkinjuntti T., Sulkava R., Kovanen J. y Palo J.: Suspected dementia: evaluation of 323 consecutive referrals. *Acta Neurol Scand* 76: 359-64, 1987.
05. Benson DF: The treatable dementias. En: *Psychiatric aspects of neurological diseases*, vol II. DF Benson y D Blumers eds. Grune & Stratton Inc. New York, 1982.
06. Bulbena A., Barrios GE: Pseudodementia: facts and figures. *Br J. Psychiat* 148: 87-94, 1986.
07. Seguel M.: Pseudodemencia. *Cuad Neurol* 1739-45, 1989.
08. Sachdev P., Smith JS, Angus-Lepan H. y Rodríguez R.: Pseudodementia twelve years on. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 53: 254-9, 1990.
09. Roa A.: *Psiquiatría*. Ed. Andrés Bello, Santiago, 1959.
10. Heron E., Kritchevsky M. y Delis D.: Neuropsychological presentation of Ganser symptoms. *J. Clin Exp Neuropsychol* 13: 654-666, 1991.
11. Silva H.: Ritmos biológicos y enfermedad afectiva. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 26: 14-21, 1988.
12. Donoso A. y Silva C.: Pseudodemencia y jubilación. Parte I: Diagnóstico. XLV Jornadas Anuales Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, R 11, 1990.
13. Donoso A., MC Verdugo y G. Cueto: Pseudodemencia y jubilación. Parte II: Seguimiento. XLV Jornadas Anuales Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, R 11, 1990.
14. Donoso A., Quiroz M. y Yulis J.: Demencia de tipo Alzheimer: experiencia clínica en 71 casos. *Rev. Med. Chile* 118: 139-145, 1990.
15. McAllister T., Ferrell L. y Neville M.: The dexametasone supression test two patients with severe depressive pseudodemencia. *Am J. Psychiat* 139: 479-81, 1982.
16. Brenner RP, Reynolds CF y Ulrich RF: EEG findings in depressive pseudodemencia and dementia with secondary depression. *EEG Clin Neurophysiol* 72: 198-304, 1989.
17. Zubenko G. y Moosy J.: Major depression in primary dementia. *Arch Neurol* 45: 1182-1186, 1988.
18. Feiberg T. y Goodman B.: Affective illness, dementia and pseudodemencia. *J Clin Psychiatry* 45: 99-103, 1984.
19. Neary D., Snowden J., Norben B. y Goolding D.: Dementia of frontal lobe type. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 51: 353-61, 1988.
20. Superintendencia de AFP. Normas para la evaluación y la calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional. 3ª edición, Santiago, Enero 1990.

Tabla 1. Pseudodemencias. FCS= número en el registro de pacientes sometidos a examen de funciones cerebrales superiores. M= masculino, F= femenino, N= normal, RM= retardo mental, +o-= presencia o ausencia de defecto motor y/o sensitivo de tipo funcional, AVE= accidente vascular encefálico, #= leve lentificación theta de predominio temporal izquierdo, @= discreta tendencia sincrónica bitemporal con leve lentificación difusa theta, ?= no se cuenta con seguimiento.

Nº	FCS	Sexo	Edad	C.I.	Def. M-S	TC	EEG	Pseudodemencia	Evolución
01	3092	M	42	N	+	N	N	Histórica	En obs.
02	2190	M	45	N	-	N	N	Histórica	Mejora
03	1813	M	57	?	+		N	Histórica	?
04	1291	F	49	RM	+		N	Histórica	?
05	1787	F	48	?	-	N	N	Histórica	Mejora
06	0417	M	49	N	-	N	N	Histórica	Mejora
07	3075	M	58	N	+	N	N	Histórica	En obs.
08	3096	M	63	N	+	N		Histórica	En obs.
09	3101	M	59	N	+	AVE		Histórica	Mejora
10	1614	M	57	N	-	N	#	Depresiva	Mejora
11	2163	M	56	N	-	N	N	Depresiva	Mejora
12	1271	M	52	N	+	N	N	Simulación	Mejora
13	2530	F	42	N	-		N	Pseudo PD	Peor
14	2335	M	51	N	-	N	@	Pseudo PD	Peor