

Investigando para  
mejorar la salud mental  
de los mayores



Mejorando la salud mental  
para un envejecimiento  
más saludable



Únete a la SEPG:  
Trabajamos juntos  
para los mayores



**www.sepg.es**  
El portal de la psicogeriatría

Y síguenos en  **@psicogeriatras**



## XXIII Congreso Nacional de Psicogeriatría

Bilbao, 23-25 de febrero de 2017

Intervenciones multimodales en psicogeriatría

- Curso precongreso. Módulo 2:  
Trastornos del sueño en personas de edad avanzada
- Conferencia inaugural:  
'Biomarkers and Neuropsychology:  
added diagnostic value in the memory clinic?'  
*Ponente: Frans Verhey*
- Guía de la SEPG sobre el uso de antipsicóticos  
en el paciente de edad avanzada
- Conferencia de clausura:  
'Positive thinking and healthy aging'  
*Ponente: Manuel Martín Carrasco*



Sociedad Española  
de Psicogeriatría

ISSN (edición digital): 2013-1860



Viguera Editores SLU

Pl. Tetuan, 7. 08010 Barcelona  
Tel. +34 932 478 188  
Fax +34 932 317 250  
[www.viguera.com](http://www.viguera.com)

Impresa en UE por IG Galileo SA,  
sobre papel libre de ácido.  
DL: B-42861-2008

# Psicogeriatría

**Director**  
Manel Sánchez

**Subdirector**  
Jorge Pla Vidal

## Directores de Área

**Neurociencia**  
Jorge Cervilla, *Granada*

**Trastornos Afectivos**  
Luis Agüera, *Madrid*

**Neuropsicogeriatría**  
Javier Olivera, *Huesca*  
Carmelo Pelegrín, *Huesca*

**Trastornos Cognitivos**  
Manuel Martín, *Pamplona*

**Psicosis**  
Ángel Moríñigo, *Sevilla*

**Ansiedad y Trastornos  
de Personalidad**  
M. Dolores Franco, *Sevilla*

**Asistencia y Organización  
de Servicios**  
Raimundo Mateos, *Santiago*

## Comité Editorial Editorial Board

**Psiquiatría**  
Julio Bobes, *Oviedo*  
Antonio Bulbena, *Barcelona*  
Lola Claver, *Madrid*  
Pilar de Aspiazú, *Barcelona*  
Inmaculada de la Serna, *Madrid*  
Manuel Franco, *Zamora*  
Antonio Lobo, *Zaragoza*  
Jesús Monforte, *Zamora*  
Ricardo Osorio, *Madrid*  
Tomás Palomo, *Madrid*  
Francisco Pérez Crespo, *Murcia*  
Joaquín Pujol, *Barcelona*  
Isabel Ramos, *Madrid*  
Pedro Roy, *Barcelona*  
Jerónimo Sáiz, *Madrid*  
Mikel Urretavizcaya, *Barcelona*  
Julio Vallejo, *Barcelona*  
Joan Vilalta, *Girona*

**Neurología**  
Carmen Antúnez, *Murcia*  
Félix Bermejo, *Madrid*  
Mercè Boada, *Barcelona*  
Secundino López-Pousa, *Girona*  
Pablo Martínez, *Madrid*  
Pablo Martínez-Lage, *Barcelona*  
Javier Olazarán, *Madrid*

**Geriatría**  
Alfonso Cruz, *Madrid*  
Pedro Gil, *Madrid*

Leocadio Rodríguez, *Madrid*  
Isidoro Ruipérez, *Madrid*  
José Luis Tobaruela, *Madrid*

**Medicina de Familia**  
Araceli Garrido, *Madrid*  
Carmen Montón, *Zaragoza*  
Esther Tapias, *Madrid*

**Neuropsicología**  
Olga Bruna, *Barcelona*  
Sara Fernández, *Zaragoza*  
Maite Garolera, *Barcelona*  
Javier Tirapu, *Pamplona*

**Comité Internacional**  
Daisy Acosta, *Sto. Domingo (R. Dominicana)*  
Georg Adler, *Mannheim (Alemania)*  
Ricardo Allegri, *Buenos Aires (Argentina)*  
João Barreto, *Oporto (Portugal)*  
Germán Berrios, *Cambridge (Reino Unido)*  
Vincent Camus, *Tours (Francia)*  
Jean Pierre Clément, *Limoges (Francia)*  
Luis Cortez, *Lisboa (Portugal)*  
Horacio Firmino, *Coimbra (Portugal)*  
Thierry Gallarda, *París (Francia)*  
Robert Howard, *Londres (Reino Unido)*  
Dilip Jeste, *San Diego (Estados Unidos)*  
Jerson Larks, *Rio de Janeiro (Brasil)*  
Carlos de Mendonça, *Oporto (Portugal)*  
Jacques Richard, *Ginebra (Suiza)*

© Copyright 2017, Sociedad Española de  
Psicogeriatría (SEPG) y Viguera Editores SLU

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. El permiso para la reproducción de copias para uso privado o comercial debe solicitarse al Departamento de Derechos de la editorial.

Ni la SEPG ni Viguera Editores se hacen responsables de los contenidos y las opiniones de sus colaboradores en los artículos publicados, ni se identifican forzosamente con la opinión de los mismos.

Publicación cuatrimestral.

Esta publicación se puede visitar *online* en [www.viguera.com/sepg](http://www.viguera.com/sepg).

**Protección de datos**  
La SEPG y Viguera Editores SLU declaran cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**Números atrasados**  
Viguera Editores SLU, Departamento de Suscripciones: [suscripciones@viguera.com](mailto:suscripciones@viguera.com). Fax: +34 932 317 250. Precio del ejemplar suelto, sujeto a disponibilidad, 30 € más gastos de envío.

**XXIII** Congreso Nacional  
de Psicogeriatría

Congress of European Association  
of Geriatric Psychiatry

## **Intervenciones Multimodales en Psicogeriatría**

## *Multimodal Interventions on Psychogeriatrics*



La Sociedad Española de Psicogeriatría organiza su XXIII Congreso Nacional, con la satisfacción de contar este año con la Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica que celebra conjuntamente con nosotros su Congreso. Y todo en el inmejorable marco de la Universidad de Deusto en Bilbao.

En una sociedad como la nuestra en la que la suma de fuerzas e iniciativas es imprescindible para alcanzar los niveles de excelencia que se requieren, les invitamos a participar en este Congreso con la intención de revisar y actualizar los conocimientos en este campo de la salud mental en las personas de edad avanzada.

Las personas necesitamos una consideración desde las múltiples facetas de nuestra vida sea cual sea la edad que tengamos. Cuando alcanzamos la séptima década de la vida, y sobre todo a partir de la novena, es decir los 80 años, este planteamiento multimodal se hace más necesario. La promoción de la salud mental y el estudio de su patología desde diferentes perspectivas en este grupo de edad es el interés que nos mueve a los especialistas implicados en esta reunión. En estos días en Bilbao queremos compartir nuestros trabajos y experiencias para mejorar la calidad de atención que podamos ofrecer a nuestros pacientes y usuarios. Contar con la participación de dos sociedades científicas y la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto esperamos que aporte a todos los participantes un marco sereno de reflexión y aprendizaje que mejore la dedicación profesional de cada uno a la vuelta su lugar de procedencia.

Por último, y no menos importante, la celebración de este encuentro en la ciudad de Bilbao enriquecerá nuestra experiencia con una inigualable oferta cultural -encabezada por los museos Guggenheim y de Bellas artes-, gastronómica -con numerosos locales donde degustar la maravillosa cocina vasca-, o de relajados paseos por la renovada ría o la parte vieja de la ciudad.

Es para mí un honor en nombre propio y en el de todo el comité organizador animarles para que presenten sus colaboraciones en cualquiera de los formatos existentes, se inscriban en el Congreso y disfruten de unos días de trabajo compartido con otros colegas. Y darles la bienvenida al que esperamos sea un evento del que guarden un buen recuerdo durante mucho tiempo.

*Dr. Jorge Pla-Vidal*  
Presidente del Comité Organizador

### **Comité de Honor**

Excelentísimo Señor Iñigo Urkullu Lehendakari  
(Presidente de Honor)

Diputada de acción social de la DFB,  
Ilma. Sra. Isabel Sánchez Robles

Asesor del Consejero de Salud en Atención  
Sociosanitaria Señor Guillermo Viñegra

Rector Magnífico D José María Guibert

Señor Decano D. Josu Solabarrieta

Presidente de la IPA Profesor  
D. Raimundo Mateos

### **Comité Organizador**

Jorge Pla (Presidente)

José Ignacio Mendezona (Secretario)

José de Blas Soto

Juan Carlos Caballero

Iñaki Madariaga

Manuel Martín

Juan Medrano

Natalia Ojeda

Luis Pacheco

Ignacio Quemada

José Antonio de la Rica

Luis Agüera (SEPG)

Manuel Franco (EAGP)

### **Comité Científico**

Luis Agüera (Presidente)

Antonio Miguel Carrión

M<sup>a</sup> Dolores Claver

Manuel Franco

M<sup>a</sup> Dolores Franco

Manuel Martín

Ana Martínez

Silvia Martínez

Ángel Morínigo

Natalia Ojeda

Francisco Javier Olivera

Martin Orrell

Jorge Pla

Isabel Ramos

Manuel Sánchez

Frans Verhey

Armin Von Guntem

RESÚMENES DE  
**PONENCIAS**

## JUEVES 23 DE FEBRERO

09.00-11.20 h

**CURSO PRECONGRESO | Módulo 1: Investigación en Psicogeriatría | COORDINADOR/CHAIR: Jorge Pla Vidal****ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

Prevía a la celebración del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicogeriatría tiene lugar este curso que se divide en dos módulos: en el primero de ellos queremos revisar el estado de la investigación en Psicogeriatría y en el segundo se tratará un tema monográfico sobre los trastornos del sueño en el paciente de edad avanzada.

La investigación en cualquier área de la ciencia es la base para el progreso de la misma. El conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos, la psicopatología diferencial, los nuevos tratamientos, las herramientas de diagnóstico, los factores de riesgo y protección, la prevención y muchos otros temas constituyen el foco de la investigación en cada una de las enfermedades de nuestros pacientes. Y junto a ello la mejor atención posible en este grupo de pacientes que demandan toda nuestra atención. En nuestro medio, las personas que conforman el grupo de más de 65 años se sitúan en torno al 18% de la población. Cifras parecidas se manejan en el resto de Europa. Y la previsión para los próximos años es de crecimiento hasta llegar a constituir un tercio de la población en 2050, de los cuales un 10% del total tendrán más de 80 años.

Los excelentes ponentes de este módulo del curso constituyen un claro reflejo del interés por la investigación que se hace en nuestro país fuera de nuestras fronteras, ya que cada uno de ellos son referente en sus grupos de investigación a nivel internacional.

Luis Agüera, Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría, nos va a presentar datos propios de la investigación que se está realizando en pacientes con deterioro cognitivo para definir con la antelación suficiente los síntomas y una herramienta que permita algún tipo de intervención precoz y preventiva.

Manuel Franco, vicepresidente de nuestra Sociedad y miembro del Board de la Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica nos presentará también datos de la investigación clínica y la utilización de herramientas como las TIC para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Por último, Ángel Moríñigo, Presidente del American College of Geriatric Psychopharmacology, aportará datos de la investigación internacional presentada en el último Congreso organizado por él de este College, centrándose en alguna investigación reciente.

De esta forma pretendemos que los asistentes a este módulo puedan conocer la situación actual de la investigación y obtengan sugerencias estimulantes para su propia labor clínica, docente e investigadora.

- **Investigación en Pacientes con Deterioro Cognitivo.**

Luis F. Agüera Ortíz

- **Investigación Clínica en Psicogeriatría.**

Manuel A. Franco Martín

- **Investigación Emergente en Psicogeriatría.**

Ángel Moríñigo Domínguez

**RESUMEN:** El volumen de investigación en Psiquiatría Geriátrica ha crecido enormemente en las últimas décadas, multiplicándose además el número de publicaciones científicas de esta especialidad y las áreas de mayor progreso e interés.

Los avances que más destacan, se han dado en el ámbito de la Depresión Geriátrica (DG) y de los Trastornos Neurocognitivos, así como la relación existente entre ambas patologías, y todo esto de la mano de los avances en Psiquiatría

Molecular y en la Técnicas de Imagen Cerebral dinámicas aplicadas a la Psiquiatría Geriátrica.

La DG es un factor de riesgo para todo tipo de Demencia (Diniz et al., 2013)

La DG se asocia con cambios vasculares y degeneración de la sustancia blanca en el cerebro.

Estudios más recientes muestran una asociación de la DG y cambios en sustancia gris.

Detectar la depresión asociada a la Enfermedad de Alzheimer midiendo los niveles de Abeta amiloide, es otro área emergente.

En la Depresión de Aparición Tardía (DG), la degeneración serotoninérgica se observa en mayor medida que el depósito de beta-amiloide (D $\beta$ A).

En el TCL se observa una extensa degeneración serotoninérgica y D $\beta$ A.

La degeneración serotoninérgica es más extensa que la atrofia cortical en la DAT y TCL.

Los déficit de Memoria Episódica se correlacionan con el D $\beta$ A y la degeneración serotoninérgica, más en TCL > DAT > controles.

Los síntomas depresivos correlacionan más con la degeneración serotoninérgica que con el D $\beta$ A en controles, DAT y TCL.

Los Síntomas Neuropsiquiátricos correlacionan tanto con la degeneración serotoninérgica como con el D $\beta$ A en TCL.

Evaluando sangre periférica (proteómica de 242 proteínas diferentes) en DG con TCL, Diniz et al., han encontrado:

-DG con TCL se asocia con una expresión diferencial de 24 proteínas relacionadas con la regulación de la actividad inmuno-inflamatoria, señalización intracelular, supervivencia celular y homeostasis proteínas-lípidos.

-DG + TCL se asoció con una mayor hiperintensidad de la materia blanca, pero no con el volumen de sustancia gris ni con el depósito de Beta-amiloide.

-TCL en DG se asocia a mayor enfermedad cerebrovascular, y con anomalías en control inmuno-inflamatorio, procesos de coagulación, señalización intracelular, supervivencia celular y homeostasis proteínas-lípidos.

Sigue habiendo mucha investigación de interés en el área de los SCPD, en especial en Apatía y Depresión en Demencias de tipo Alzheimer.

11:45 - 14:00

**CURSO PRECONGRESO | Módulo 2: Trastornos del sueño en el paciente de edad avanzada**

| COORDINADOR/CHAIR: Jorge Pla-Vidal

**ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

Este año en el Curso de actualización que la Sociedad Española de Psicogeriatría organiza antes del Congreso anual, hemos querido dedicar un módulo al tema monográfico de los Trastornos del sueño en personas de edad avanzada. Se trata de un problema frecuente que puede presentarse aisladamente o como síntoma de otra enfermedad. Y que afecta de forma importante a la calidad de vida de estas personas.

Por otra parte es bien conocido que el sueño, fisiológicamente, experimenta algunos cambios en las personas de esta edad, haciéndose más superficial y más corto, con tendencia a siestas diurnas que compensen la pérdida durante el descanso nocturno. El consumo y, a veces abuso, de fármacos sedantes puede tener importantes consecuencias por el riesgo de caídas, la somnolencia y el deterioro cognitivo que el uso de estos fármacos y la alteración del sueño puedan producir.

De la mano de tres expertos nacionales en este tema se pretende abordar una visión completa y actual del problema que permitan al participante en el Curso un mejor manejo de las alteraciones del sueño de sus pacientes

mayores. En la primera ponencia se hace un planteamiento global y se enfoca en el insomnio, su diagnóstico y estrategias de prevención, apoyándose en investigaciones propias. En la segunda de las ponencias, los trastornos del sueño asociados a la enfermedad de Alzheimer y sus posibles mecanismos fisiopatológicos abrirán posibilidades de tratamiento novedosas. Y en la tercera de las ponencias se plantea el tratamiento del insomnio como trastorno más frecuente en estos pacientes. Se habla de distintos abordajes pero se centra la atención en el tratamiento farmacológico.

#### • **Prevención y diagnóstico de los trastornos del sueño en pacientes de edad avanzada.** Francesca Cañellas Dols

**RESUMEN:** Existe una asociación clara entre los trastornos del sueño con la edad, a mayor edad mayor frecuencia de problemas de sueño y fundamentalmente el insomnio. Por otra parte, también existe una relación bidireccional entre los problemas de sueño y la salud mental de tal manera que la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen alteraciones del sueño y viceversa. Además del insomnio, muy frecuente en la depresión y en los trastornos por ansiedad, son conocidas otras asociaciones como la hipersomnia, los trastornos respiratorios durante el sueño, etc.

Con este curso se pretende fomentar los conocimientos sobre los trastornos del sueño en el paciente de edad avanzada y así aumentar la posibilidad de un diagnóstico precoz de los mismos, lo que facilitará avanzar el inicio del tratamiento. En primer lugar se expondrán las actualizaciones en el insomnio, la patología más frecuente, que plantea retos importantes desde su conceptualización, diagnóstico y planteamiento terapéutico más adecuado en cada caso. Se revisarán los instrumentos diagnósticos más adecuados en las diferentes patologías de sueño: cuestionarios, agendas de sueño, polisomnografía. Finalmente, se abordará el tema de la prevención de estos trastornos mediante una serie de pautas prácticas extraídas de la revisión bibliográfica y de los estudios realizados por nuestro grupo de sueño y ritmos circadianos.

#### • **Trastornos del sueño en pacientes con enfermedad de Alzheimer.** Elena Urrestazarau Bolumburu

**RESUMEN:** Los trastornos del sueño y del ritmo circadiano son especialmente frecuentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer y aparecen en fases tempranas de la enfermedad. En fases avanzadas suponen una importante carga para los cuidadores siendo una de las principales causas de institucionalización. Aunque la melatonina y las hipocretinas parecen tener un papel importante en la génesis de las alteraciones del sueño en estos pacientes, el origen es multifactorial incluyendo factores ambientales, de comportamiento, fármacos y comorbilidades. Una evaluación detallada es esencial para establecer el tratamiento más apropiado que incluirá aproximaciones farmacológicas y no farmacológicas. De especial interés es la relación bidireccional entre la enfermedad de Alzheimer y los trastornos del sueño, con un posible papel de la melatonina y de las hipocretinas en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer. Esta relación abre las puertas a tratamientos que modifiquen el curso de la enfermedad.

#### • **Tratamiento farmacológico de los trastornos del sueño en pacientes geriátricos.** Cecilio Álamo González

**RESUMEN:** La prevalencia de los trastornos del sueño aumenta de forma lineal con la edad, siendo más frecuente en sujetos con problemas médicos o psicológicos y en aquellas personas que se automedican. El insomnio en el anciano es el más frecuente de los trastornos del sueño y a menudo coexiste con comorbilidades médica, neurológica o psiquiátrica. El insomnio en el anciano está infradiagnosticado, pero paradójicamente se encuentra farmacológicamente supratratado. Habitualmente se ha considerado la existencia de un insomnio primario y un

insomnio secundario o comórbido. Sin embargo, el nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su 5ª edición (DSM-5), no distingue entre el insomnio primario y secundario, dando mayor trascendencia a lo que denomina el “trastorno por insomnio”.

Con este criterio, el tratamiento del insomnio debe abordarse en paralelo a la enfermedad subyacente, sin olvidar ésta, ya que ambos se exacerban mutuamente. Lamentablemente, el insomnio no puede ser atribuido a una sola causa y tampoco disponemos de un tratamiento etiológico, por lo que es necesario un abordaje multifactorial y pluridisciplinario, muchas veces individualizado para cada paciente. La selección del tratamiento más adecuado debe considerar que el insomnio es un problema no solo nocturno sino que afecta la calidad de vida y funcionalidad diurna de los pacientes. La mayoría de fármacos empleados en el tratamiento del insomnio en el anciano, generalmente benzodiazepinas y algunos antidepresivos con propiedades antihistamínicas, pueden tener eficacia en la latencia, consolidación y duración del efecto hipnótico, pero en general no suelen respetar la función diurna de estos pacientes. Es evidente que el insomnio necesita un tratamiento holístico con medidas psicoterapéuticas, como la Terapia cognitivo-conductual; higiene del sueño; ejercicios de relajación y otras terapias no farmacológicas, por nuestra especialización nos centraremos en el abordaje del insomnio desde una perspectiva farmacológica. Para ello se abordarán los siguientes aspectos:

- Modulación farmacológica del sueño.
- Benzodiazepinas y análogos benzodiazepínicos
- Antihistamínicos H1
- Antidepresivos y antipsicóticos como hipnóticos.
- Otros fármacos y papel de la fitoterapia en el tratamiento del insomnio
- Melatonina
- Perspectivas de futuro en el tratamiento del insomnio.
- Conclusiones.

Para la preparación y desarrollo de esta ponencia contamos fundamentalmente con la bibliografía general al respecto y en especial con nuestros trabajos publicados de los que, por limitación de texto, destacamos

Álamo C. Enfoque terapéutico del insomnio: Tratamiento farmacológico.

En: Insomnio. Pautas de actuación y seguimiento (PAS). Ed. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC). ISBN: 978-84-7867-352-0. Pag. 57-70. 2016

Álamo C., García-García P. Manejo y abordaje terapéutico del insomnio: Tratamiento farmacológico. En: Guía de buena práctica clínica en geriatría. Insomnio. Ed Sociedad Española de geriatría y gerontología. ISBN: 978-84-606-7559-4 Depósito Legal: M-13918-2015

C Álamo, P García-García, F. López-Muñoz. Estudios clínicos de melatonina en los trastornos del sueño. Papel diferencial de melatonina de liberación prolongada.

Kranion. 2014;11: 93-112

F. López-Muñoz, J.D. Molina, G. Rubio, C. Álamo. An historical view of the pineal gland and mental disorders. Journal of Clinical Neuroscience 18: 1028-1037. 2011

16:00 - 17:30

**Simposium Oficial SEPG 1:**

**Tratamiento farmacológico y edad avanzada**

| COORDINADOR/CHAIR: M<sup>a</sup> Dolores Claver Martín

#### **ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

La enfermedad mental en el paciente mayor es un punto de interés para todos los especialistas implicados en la atención del paciente de esta edad. Muchos de los pacientes de edad avanzada que padecen una enfermedad

psiquiátrica no pide ayuda y se queda sin diagnosticar. Cuando los que acuden a distintos profesionales del ámbito médico son diagnosticados correctamente, la polifarmacia y los efectos secundarios de los fármacos disponibles, especialmente importantes en este grupo de pacientes, no siempre se aplica el tratamiento correcto ni a la dosis necesaria. De la mano de tres especialistas de las disciplinas médicas más directamente implicadas en el cuidado de estos pacientes, en el presente simposium se abordan aspectos de gran interés.

Desde la Psiquiatría, el Dr Medrano presentará los aspectos relacionados con el uso conjunto de psicofármacos y analgésicos, tan frecuentes en este momento de la vida. Las interacciones, efectos secundarios e indicaciones especiales completarán esta interesantísima ponencia.

El Geriatra e Internista Dr Caballero, centrará su intervención en el empeoramiento de la calidad de vida que los efectos secundarios del área de la sexualidad pueden producir en estos pacientes. Y dará claves para un manejo de los psicofármacos que permitan mantener la función en los pacientes cuando éstos lo deseen.

Por último desde la Neurología, el Dr Fernández nos acercará a los últimos avances en el tratamiento de la demencia, sobre todo de tipo Alzheimer. Su intervención a caballo entre la clínica y la investigación presentará los datos de los últimos y más novedosos ensayos clínicos de la comunidad científica, facilitándonos la mejor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos mediadores de la respuesta buscada en cada caso.

#### • **Psicofármacos y analgesia en el paciente mayor.**

Juan Medrano Abeniz

**RESUMEN:** La polifarmacia es una realidad, y probablemente, un mal necesario en la atención sanitaria, que alcanza su máxima expresión en las personas de edad avanzada. En lo que se refiere al uso conjunto psicofármacos y analgesia, los procesos causantes de dolor son más comunes también en ancianos, lo que da lugar a una mayor exposición a fármacos analgésicos y, en particular, a productos de alta potencia cuyo uso se ha generalizado en los últimos años, hasta el punto de que se ha dado lugar a una cierta trivialización de su uso con repercusiones graves en materia de seguridad de los pacientes. Igualmente, el uso de psicofármacos es muy prevalente en personas mayores, en las que diversos grupos se emplean con asiduidad para tratar cuadros ansiosos, afectivos, trastornos del sueño y, por último, trastornos conductuales en el marco de la demencia. El escenario se complica por diversos factores, como el riesgo de interacción farmacocinética y farmacodinámica entre psicofármacos y analgésicos, con posibilidad de exacerbación de efectos secundarios, con potenciación serotoninérgica o de carga anticolinérgica. Por otra parte, la progresiva crítica hacia las benzodiazepinas y la recomendación explícita de no utilizarlas hace que se vaya implantando el uso de antidepresivos en indicaciones en las que previamente se empleaban aquellas. Finalmente, hay que considerar el uso como analgésicos de antidepresivos o medicamentos que, como la pregabalina, cuentan con uso autorizado en patologías psiquiátricas y dolorosas.

Como reacción a los excesos del tratamiento (poli)farmacológico se viene imponiendo la idea de la necesidad de una prevención cuaternaria que a través de la deprescripción de productos innecesarios reduzca la exposición de los pacientes a los riesgos de los fármacos y de las interacciones de los mismos. Sin embargo, la deprescripción no puede consistir en una retirada masiva y sin precauciones de medicamentos que puede dar lugar a fenómenos de rebote, privación o discontinuación, a recaídas, o que empeoran el estado clínico del paciente, le generan un mayor sufrimiento y acrecientan sus molestias, al tiempo que introducen nuevos síntomas o signos que confunden la situación, en especial en personas con dificultades para la comunicación, y pueden manejarse de manera errática. La presentación considerará todos los aspectos formulados más arriba y pro-

pondrá algunas pautas para que el uso conjunto de psicofármacos y analgésicos sea más seguro y su retirada tenga más garantías.

#### • **Psicofármacos, sexualidad y envejecimiento.**

Juan Carlos Caballero García

**RESUMEN:** La población de edad está creciendo (18,1% actual) y la longevidad alcanza cotas elevadas en España. Los mayores se preocupan por su salud y calidad de vida y dentro de ella la función sexual es un aspecto a considerar. Paralelamente a ese cambio demográfico la proporción de mayores sexualmente activos también se ha incrementado. En la encuesta poblacional nacional de salud sexual de 2009, el 62 % de los hombres y el 37% de las mujeres señalaron ser sexualmente activos. La función sexual puede ser un indicador de patología orgánica y psiquiátrica.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta población de edad es del 10-25% y el aumento de la esperanza de vida hace que los adultos con patología de ese área continúen en la vejez padeciéndola, o bien que sea ese momento vital el punto de partida de algún problema psiquiátrico.

Hasta un 25% de los mayores de edad pueden requerir en algún momento dado de terapia con psicofármacos y aunque la eficacia es la misma que en otras edades son más sensibles a sus efectos secundarios resultando difícil distinguir entre los efectos de la enfermedad sobre la función sexual y los efectos de los fármacos utilizados para tratarla.

Las disfunciones sexuales suponen un problema a añadir en el tratamiento a largo plazo de los trastornos mentales crónicos y los profesionales de la salud debemos estar atentos en ese ámbito sin que la edad sea una barrera a su abordaje. El tratamiento de las mismas debe ser individualizado por la gran variabilidad de presentación, eligiéndose la opción más adecuada para cada caso.

#### • **Avances en el tratamiento de la demencia en la edad avanzada.** Manuel Fernández Martínez

**RESUMEN:** La prevalencia de demencia en todo el mundo en 2006, era de más de 25 millones de afectados, en 2040, se prevén 80 millones. Solo en la Comunidad Autónoma Vasca, se calcula que hay al menos unas 40.000 personas afectadas con algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, de las cuales unas 30.000 padecerían una enfermedad de Alzheimer. Se espera un incremento por el envejecimiento de la población.

El deterioro cognitivo leve-Alzheimer prodrómico es una fase previa al desarrollo de una demencia, en la que se empiezan a presentar trastornos de memoria que comienzan a interferir en la vida de las personas, el diagnóstico precoz es de gran importancia.

Los tratamientos farmacológicos aprobados para la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina) contribuyen a aliviar los síntomas clínicos en las primeras fases de la enfermedad, pero no son capaces de detener o ralentizar de forma significativa su progresión en el tiempo. No hay ningún tratamiento disponible que pare o revierta la progresión de la enfermedad.

En los estudios de investigación que se están llevando a cabo la diana más popular y conocida es el desarrollo de fármacos que actúan contra la proteína B-amiloide, que se deposita en el cerebro en fases precoces de la enfermedad de Alzheimer. Los fármacos empleados contra esta diana terapéutica son las "vacunas" y los inhibidores de la beta secretasa (BACE).

La teoría de la vacunación para retirar la proteína amiloide que se deposita precozmente en el cerebro de los pacientes con enfermedad de Alzheimer está basada en el concepto de que se puede entrenar al sistema inmune para reconocer, atacar y revertir el depósito de esta proteína y así alterar el curso de la enfermedad. Desde el año 2002 se han realizado, y continúan realizándose estudios con diferentes vacunas para probar su eficacia. Las vacunas anti-Al-

zheimers son de dos tipos: anticuerpos o antígenos, en las segundas el organismo es el que genera los anticuerpos. También se están ensayando «vacunas» en pacientes con deterioro cognitivo leve, también llamado «Alzheimer prodrómico», con el objetivo de retrasar la aparición de la enfermedad o el inicio de los síntomas.

Otros fármacos potencialmente eficaces son los fármacos anti-proteína tau, que intentan evitar el que se desestructure la neurona, al evitar que se genere una proteína anómala, y aquellos que actúan potenciando, bien la neurotransmisión (es decir el envío de señales en el cerebro) colinérgica, o la de otros neurotransmisores deficitarios en la enfermedad.

Otros puntos de discusión serán la dirección de los futuros estudios, los ensayos a largo plazo y los modelos de enfermedad.

La investigación en marcadores biológicos más efectivos nos permitirá realizar un diagnóstico más precoz e iniciar tratamientos más eficaces. Las técnicas de imagen como la Resonancia Magnética permiten ver ya en fases muy iniciales de la enfermedad la atrofia del hipocampo, que es una de las partes del cerebro que inicialmente se ven afectadas en la enfermedad. Nuevas técnicas de imagen, como el PET-amiloide permiten visualizar en fases muy precoces el depósito de amiloide.

17:30 - 19:00

## Simposium Oficial SEPG 2: Rehabilitación y psicoterapia en el paciente de edad avanzada

COORDINADOR/CHAIR: M<sup>a</sup> Dolores Franco Fernández

### ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA

La prevención de la enfermedad mental en los pacientes de edad avanzada es la mejor estrategia para conseguir mantener su calidad de vida. Y tratar la enfermedad cuando aparece con las mejores técnicas disponibles constituye una obligación para todos los profesionales que trabajamos con estos pacientes. La edad no es un problema para conseguir cambios en un paciente mayor, y el uso de la psicoterapia y de las aproximaciones no farmacológicas va teniendo cada vez más peso en la atención integral de estos pacientes.

En este simposio se presentan diferentes medios de estimulación, tratamiento y abordaje de las situaciones que el paciente de este grupo de edad afronta en su vida diaria. La primera de las ponencias presenta datos propios de investigación en el desarrollo y aplicación de un instrumento especialmente pensado para favorecer la estimulación cognitiva del paciente mayor y prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo.

La segunda intervención aportará datos del interés que la técnica de mindfulness aplicada a estos pacientes puede tener tanto en el ámbito de las metas de recuperación como de mejora de los parámetros biológicos desde esta terapia no farmacológica.

Por último el abordaje del afrontamiento de la enfermedad oncológica y su implicación en la calidad de vida y evolución general de la enfermedad del paciente mayor, y la implicación para el profesional, la familia y el propio paciente, será el tema que se trate en la tercera ponencia.

#### • Programa REHACOG. Natalia Ojeda del Pozo

**RESUMEN:** Rehabilitación cognitiva integral como estrategia de prevención del deterioro asociado a la edad: un estudio longitudinal con el REHACOG Ojeda N., Montoya G., Ibarretxe-Bilbao N., Peña J

**Objetivos:** Evaluar los cambios cognitivos y funcionales tras la rehabilitación cognitiva integral y su mantenimiento en el tiempo en población sana.

**Introducción:** Esta investigación pretende examinar la eficacia del programa

RehacoG en la mejora del funcionamiento cognitivo, calidad de vida y funcionalidad en personas mayores sin demencia.

**Método:** Sesenta y nueve usuarios de residencias de Vizcaya y Álava fueron aleatorizados a grupo experimental (rehabilitación cognitiva) (n=37) o grupo control (actividades ocupacionales) (n=32). La intervención se realizó durante 3 meses, 3 días/semana, 1 hora/sesión. La evaluación tuvo 3 momentos: situación basal, tras la rehabilitación y a los 12 meses tras la finalización del tratamiento, en funcionamiento cognitivo, apatía, fatiga, satisfacción con la vida y estado emocional. Los datos se analizaron con medidas repetidas ANOVA 2x2 (tiempo x grupo) y ANOVA 2x3 (tiempo x grupo).

**Resultados:** Los datos obtenidos tras la intervención demuestran mejoría significativa en aprendizaje y memoria verbal ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.15$ ), m.inmediata ( $p = 0.038$ ,  $\eta^2 = 0.06$ ) y fluidez verbal ( $p = 0.003$ ,  $\eta^2 = 0.11$ ). A nivel clínico, mejoró significativamente la apatía ( $p = 0.014$ ,  $\eta^2 = 0.08$ ) y la satisfacción con la vida ( $p = 0.024$ ,  $\eta^2 = 0.06$ ).

A nivel longitudinal, la mejoría cognitiva se mantuvo en el tiempo ( $p = 0.34$ ,  $\eta^2 = 0.10$  y  $p = 0.027$ ,  $\eta^2 = 0.11$ ). El resto de funciones cognitivas y clínicas se mantienen o mejoran longitudinalmente en comparación con el grupo control, pero estos cambios no han resultado ser significativos.

**Conclusiones:** El programa RehacoG se presenta como una herramienta de rehabilitación integral que mejora la cognición, funcionalidad y calidad de vida en personas mayores sanas y previene el deterioro cognitivo que evoluciona a demencia.

#### • Mindfulness en psicogeriatría. Francisco de Asis Pérez-Crespo

**RESUMEN:** En el XI Curso de Actualizaciones en Psicogeriatría realizado en Barcelona los días 11 y 12 de marzo de 2016 con el título Terapias no farmacológicas en demencias, comprobamos las múltiples terapias de este tipo aplicables en las personas mayores y que benefician a los afectados tanto de Enfermedad de Alzheimer como de otras enfermedades neurodegenerativas. Aplicando las palabras de Décimo Junio Juvenal, poeta latino a finales del siglo I y comienzos del siglo II autor de XVI Sátiras, "Mens sana in corpore sano", sería interesante y obligado, introducir este tema y aplicar estas técnicas en la vida diaria de las personas mayores. El Mindfulness es una terapia psicológica de tercera generación.

Dentro del Mindfulness hay cuatro terapias con suficiente evidencia científica que muestran los beneficios de estas técnicas en persona mayores:

- MBCR (Reducción del estrés basada en mindfulness).
- MBRT (Terapia cognitiva basada en mindfulness)
- MBRT (Prevención de recaídas basada en mindfulness)
- MST (mindfulness basado en la compasión)

Jhon Kabat-Zinn, en el año 1974 inicia sus trabajos en el Hospital de la Universidad de Massachusetts y publica su libro "Vivir con plenitud la crisis". Define el Mindfulness como la consciencia que desarrollamos al prestar atención de una forma determinada, en el momento presente, intencionadamente, sin juzgar y sin reaccionar.

Se han llevado a cabo múltiples estudios basados en técnicas de RMf. En uno de ellos realizado en el Hospital General de Massachusetts, y las Universidades de Harvard, Toronto, Wisconsin, y UCLA, después de la realización de MBCR con una duración de 8 semanas se describió un engrosamiento de varias regiones del cerebro asociadas al aprendizaje y la memoria, la regulación de la emoción y de las amígdalas actuando en la mejora de la ansiedad y la depresión. También una mejora de la neuroplasticidad cerebral.

La técnica de mindfulness produce también efectos sobre el sistema inmunológico: reduce la sensación de soledad y una disminución de la expresión genética de genes relacionados con la inflamación (medido por el número de células inmunitarias presentes en la sangre). También se reduce un indicador antiinflamatorio como es la proteína C reactiva. Estos descubrimientos son importantes debido a que cada vez hay más pruebas sobre el papel que desempeña la inflamación en el cáncer, enfermedades cardiovasculares y la enfermedad de Alzheimer, y la aplicación que en estos casos pudiera tener esta técnica.

• **Psicooncología en el paciente mayor.** Rosario Antequera Jurado

**RESUMEN:** El cáncer constituye una enfermedad de elevada prevalencia y mortalidad. Según la OMS, en el año 2012 se dieron 14 millones de nuevos casos en el mundo y se prevé que aumente un 70% en las próximas décadas. Por otra parte, las muertes por cáncer alcanzaron la cifra de 8,2 millones. En España, el cáncer representa la segunda causa de muerte en la población general (tras las enfermedades del aparato circulatorio) y la primera en varones; supone tres de cada diez muertes en varones y dos de cada diez en mujeres. Los datos también indican que tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer se incrementan en la última etapa etaria. Se estima que en España, de manera similar al resto de Europa, la incidencia de enfermedades oncológicas en sujetos mayores de 65 años es del 60% y la mortalidad del 74%. Para comprender las consecuencias del cáncer y su tratamiento sobre la población anciana hemos de considerar diversos aspectos diferenciales. El primero de ellos está estrechamente relacionado con la elevada variabilidad interindividual que podemos encontrar en el extenso grupo etario que se extiende desde los 65 hasta los 85 o 90 años. Y estrechamente relacionado con la edad encontramos las dificultades funcionales y la vulnerabilidad de un subgrupo de ancianos en los que las consecuencias físicas del cáncer y su tratamiento van a resultar más notables.

En segundo lugar, debemos considerar que como ocurre en otros pacientes oncológicos, las consecuencias, las necesidades y las estrategias de adaptación del mismo van a depender del momento o fase en el que se encuentre el paciente. De tal manera que los problemas que ha de afrontar el paciente anciano en el momento del diagnóstico no van a ser los mismos que cuando se comienzan los tratamientos (y aún dentro de estos los que se derivan de la intervención quirúrgica, de la quimioterapia, de la radioterapia, ...), cuando los mismos finalizan o que cuando aparece una recidiva.

Por otra parte hemos de considerar las actitudes que tanto los profesionales sanitarios, como la familia como el propio anciano mantienen hacia la enfermedad y que incide desde el impacto que el diagnóstico les genera, como la relación y la comunicación entre los profesionales, los pacientes ancianos con cáncer y sus familiares.

El desarrollo y análisis de estos elementos, así como las diferencias en las orientaciones son los principales objetivos de nuestra presentación.

20:00-21:00

**Sesión plenaria 1** | COORDINADOR/CHAIR: Raimundo Mateos Álvarez

• **Biomarkers and Neuropsychology: added diagnostic value in the memory clinic?** | Frans Verhey

**RESUMEN:**

**The added value of biomarkers in dementia diagnosis**

A biomarker is a characteristic that can be objectively measured and evaluated as an indicator of normal biological or pathogenic processes or pharmacological responses to a therapeutic intervention. An ideal biomarker is reproducible, stable over time, widely available and reflects directly the relevant disease process. For the use of biomarkers in clinical practice, it is important that they improve diagnosis and/or prognosis compared with clinical diagnosis, and that their cost-effective.

The last decades, several biomarkers for the early diagnosis of neurocognitive disorders have been introduced in clinical practice, e.g. MRI, CSF and SPECT/PET. Their usefulness is generally expressed in terms of sensitivity and specificity, but limited information is available on their added value to clinical diagnosis:

i.e., the short-term prognosis of Alzheimer's disease (AD) biomarkers in cerebrospinal fluid (CSF) in addition to routine diagnostic workup.

In my presentation, I will discuss the added value of some of the biomarkers, as well as of the neuropsychological examination. Based on this data, a more efficient use of biomarkers is promoted.

**Further reading**

Albert MS et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 May;7(3):270-9.

McKhann GM et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011 May;7(3):263-9.

Jansen WJ, et al. The Diagnostic and Prognostic Value of Neuropsychological Assessment in Memory Clinic Patients. *J Alzheimers Dis.* 2017;55(2):679-689.

Handels RL, et al. Diagnostic and economic evaluation of new biomarkers for Alzheimer's disease: the research protocol of a prospective cohort study. *BMC Neurol.* 2012 Aug 10;12(1):72.

Handels RL, et al. Added Prognostic Value of Cerebrospinal Fluid Biomarkers in Predicting Decline in Memory Clinic Patients in a Prospective Cohort. *J Alzheimers Dis.* 2016 31;52(3):875-85.

## VIERNES 24 DE FEBRERO

9:30 -11:00

**Simposium Oficial SEPG 3: Nutrición y calidad de vida en la edad avanzada** | COORDINADOR/CHAIR: Antonio M. Carrión Sánchez

**ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

El proceso de envejecimiento es una realidad en la que todos estamos inmersos. Sin embargo tiene importantes diferencias individuales que tienen que ver con la carga genética, las experiencias vividas, las enfermedades padecidas y sus secuelas, el tipo de vida que se ha llevado, y las acciones preventivas que se han asumido.

La calidad de vida que las personas perciben al llegar a la edad avanzada tiene mucho que ver con el proceso de envejecimiento individual. Pero es un concepto difícil de establecer por su complejidad y porque abarca el ámbito biológico, psicológico, social, ambiental y espiritual de cada persona. Y está muy influido también por el propio proceso de envejecimiento con el nivel de discapacidad que pueda acompañarlo y el sentido que a ésta pueda atribuirse.

Uno de los factores que claramente contribuye a la calidad de vida en la tercera edad tiene que ver con la nutrición, tanto desde el punto de vista de la mejora en parámetros biológicos que una determinada dieta puede aportar, como los aspectos psicológicos y sociales que se asocian al proceso alimentario en la mayoría de las culturas, y la percepción subjetiva de la propia calidad de vida que se relaciona con este ámbito durante toda la existencia y que también está presente en este grupo de población. Sin embargo, estos aspectos no han sido objeto de atención especial en las escalas de calidad de vida o en las investigaciones disponibles.

En este simposium se abordarán algunos aspectos de la nutrición para tener un envejecimiento exitoso, alguna acción concreta dirigida a mantener la funcionalidad y mejorar la percepción subjetiva de calidad

de vida cuando se presenta la discapacidad, y la influencia que algunos aspectos relacionados con la nutrición pueden tener en la psicopatología que padecen los enfermos de edad avanzada. Y se pretende, de esta forma, provocar la discusión sobre la importancia que esta dimensión tenga en la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

• **Dieta y envejecimiento saludable.** Miguel A. Martínez González

**RESUMEN:** El enfoque actual en nutrición es la valoración de patrones alimentarios globales. En este contexto destaca el fuerte acúmulo de evidencias epidemiológicas y experimentales a favor de los beneficios del patrón clásico de dieta mediterránea. Las principales amenazas para la salud en la edad avanzada son las enfermedades no transmisibles, donde destaca la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la diabetes tipo 2, las enfermedades neurodegenerativas y la patología psiquiátrica. El ensayo aleatorizado Predimed ha demostrado reducciones significativas del riesgo en prevención primaria cardiovascular, de cáncer de mama, de diabetes tipo 2 así como mejoras en la función cognitiva y una reducción no significativa de la depresión. Estos hallazgos son consistentes con los de las mejores cohortes observacionales.

• **Discapacidad deglutoria y nuevos alimentos.** Esmeralda Sánchez de Rojas y Desiree Martell

**RESUMEN:** En la atención del paciente geriátrico es frecuente encontrar problemas de masticación y disfagia que dificultan una correcta alimentación. Habitualmente la solución pasa por dietas trituradas o por túrmix que pueden empobrecer la experiencia subjetiva de la persona respecto de su proceso alimentario. En especial estos problemas pueden presentarse en el medio residencial en el que la nutrición está resuelta por empresas o equipos humanos con enfoques diferentes. Tratar de dar solución tanto a los aspectos relacionados con un aporte nutricional adecuado para los residentes y por otro que la comida sea sensorialmente atractiva para los comensales, tanto en sabor como en el aspecto visual y variedad de los platos es uno de los objetivos que se aborda en esta ponencia. También se ha detectado la necesidad de ofrecer distintas texturas para pacientes con disfagia. Para solucionar esta problemática se realizó un proyecto de platos y menús que garantizan los aportes nutricionales necesarios, en unas raciones adecuadas. Naturcrame se basa en mantener los sabores de los platos tradicionales, jugando con la cromoterapia y aromaterapia, además de la introducción de gelificantes que nos permite dar distintas texturas a los platos.

• **Envejecimiento, psicopatología y alimentación.** Jorge Pla Vidal

**RESUMEN:** La influencia que la psicopatología puede tener en el proceso nutricional es evidente en todos los grupos de edad. En el caso del paciente de edad avanzada esta relación es, si cabe, de especial importancia por lo que conlleva de riesgo para la vida de un paciente más frágil, o por el beneficio que los aspectos alimenticios pueden aportar a la prevención de la enfermedad psiquiátrica en sus distintas fases. En esta ponencia se van a presentar datos de la repercusión que algunas enfermedades psiquiátricas pueden tener para una buena nutrición del paciente mayor, y cómo un buen cuidado alimentario puede influir también en esas enfermedades y su evolución.

9:30 -11:00

**Seminario Oficial EAGP 1: Tecnología en el cuidado de la demencia (with INTERDEM)**

| COORDINADOR/CHAIR: Manuel A. Franco Martín

**ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

Throughout the presentations the role of the new technologies in the attention to dementias is analyzed.

-In the first of them, the European network "Interdem" show their results on the update of technologies for people with dementia in three fields of application: support to the management of daily life; pleasant and meaningful activities; and support with the dementia health and social care provision.

-The second paper presents the results of the project "Echobutler" (an open digital platform for applications that help the elderly to live actively and healthy) in the study of social and cognitive stimulation using new technologies.

-In the third paper, the "Mario Project" (Management of active and healthy aging with the use of robots) studies the use of robots and other technologies to improve social activities in elderly people with cognitive impairment.

• **Technologies to support community-dwelling persons with dementia: an INTERDEM position paper on issues regarding development, usability, (cost) effectiveness, deployment and ethics.**

Henriette Van der Roest

**RESUMEN:** F. Meiland, A. Innes, G. Mountain, L. Robinson, H. van der Roest1, J.A. García-Casal, D. Gove, R. Thyrian, S. Evans, R.M. Dröes, F. Kelly, A. Kurz, D. Casey, D. Szcześniak, T. Denning, M. Craven, M. Span, H. Felzmann, M. Tsolaki, M. Franco-Martín

1 Dept. of General practice and Elderly Care Medicine, EMGO+ Institute, VU University medical centre Amsterdam, the Netherlands.

**Background:** With the expected increase in numbers of persons with dementia, providing timely, adequate and affordable care and support is challenging. Assistive and health technologies may be a valuable contribution in dementia care, but several challenges remain before technological support systems really make a difference in dementia care. Examples are the slow uptake and implementation of assistive technologies, the lack of high quality scientific research into the (cost-)effectiveness of assistive technologies in dementia care, and the predominant use of technology for safety and security, rather than for lifestyle in general.

**Objectives:** To review the state of the art of technologies for persons with dementia regarding issues on development, usability, (cost-)effectiveness, deployment and ethics in three fields of application of technologies: 1) support with managing everyday life, 2) support with participating in pleasurable and meaningful activities, and 3) support with dementia health and social care provision. As a result of this to identify gaps in the evidence and challenges for future research, and to provide a set of recommendations for key stakeholders in order to support them in the ongoing delivery of high quality, efficient care and support to the growing numbers of people with dementia.

**Methods:** Reviews of literature and expert opinions. Literature searches were conducted on usability, (cost-)effectiveness and ethics using Pubmed, Embase, Cinahl, and PsycInfo databases with no time limit. Selection criteria in our selected technology fields were reviews in English for community-dwelling persons with dementia. Regarding deployment issues, searches were done in Health Technology Assessment databases.

**Results:** Results showed that: persons with dementia want to be included in development of technologies; there is little research on usability of assistive technologies; various benefits are reported but are mainly based on low quality studies; barriers to deployment of technologies in dementia care were identified and ethical issues were raised by researchers but often not studied. Many challenges remain: including the target group more often in development; performing more high quality studies on usability and (cost-)effectiveness; creating and having access to high quality data sets on existing technologies to enable adequate deployment of technologies in dementia care; and ensuring that ethical issues are considered an important topic for researchers to include in their evaluation of assistive technologies.

**Conclusions:** Based on these findings, various actions are recommended for development, usability, (cost-)effectiveness, deployment and ethics of assistive and health technologies across Europe. These include avoiding replication of technology development that is unhelpful or ineffective and focusing on how technologies succeed in addressing individual needs of persons with dementia. Furthermore, it is suggested to include these recommendations in national and international calls for funding and assistive technology research programmes. Finally, practitioners, policy makers, care insurers and care providers should work together with technology enterprises and researchers to prepare strategies for the implementation of assistive technologies in different care settings. This may help future generations of persons with dementia to utilize available and affordable technologies and, ultimately, to benefit from them.

• **Social and cognitive stimulation using new technologies: Echobutler project.** Cristina Botella Arbona

**RESUMEN:** The Information and Communications Technologies (ICTs) have increased considerably the information and communication channels, favoring the emergence of new models of relations, such as social networks. However, for elderly users, whose learning has been traditionally based on linear models of information such as textbooks, the Internet represents an insurmountable barrier. The Butler system is a technological e-health platform that uses the Internet to connect various users. It was designed to improve the quality of life of the elderly population. The platform has three levels of implementation: diagnosis (mood monitoring, alert system, management reports), therapy (training in inducing positive moods, memory work) and entertainment (e-mail, chat, video, photo albums, music, friend forums, accessibility to the Internet). It is addressed to promote health, satisfaction, and personal welfare. The Butler system tries to overcome the technological barrier through an ergonomic design, and improving social relationships in the elderly through a social network. The system also offers a series of Psychological Interventions, such as mindfulness exercises, or mood induction procedures; and different applications: the "Book of Life", a blog type application that works like an online diary; "My memories" a library of online music, videos and images; "Friends", a section where users can expand their network of contacts. The Butler system was tested in different studies with good results and was accepted by the European Union as part of the European Innovation Partnership action on Active and Healthy Ageing (EIP-AHA). Butler was the basis to the application of ehcoBUTLER, a Horizon 2020 project granted by the European Commission. The aim of ehcoBUTLER is to develop an innovative ICT-platform to improve the health and social care of the elderly, especially those with MCI, through self-learning and with the system support. The project is currently in progress. So far different usability pilot tests have been carried out with users diagnosed with MCI among different nursing homes, with excellent results. The users are able to use the system according to their daily personal autonomy. Moreover, a series of clinical trials will be carried out in different countries. The expected impact derived from the results of this project are to keep older people with cognitive decline active and involved through a set of cognitive, emotional, and social activities.

• **Use of robots and other technologies for improving the social activities in older people with cognitive impairment: Mario Project.** Dymna Casey

11:30-12:30

**Sesión plenaria 2: A collaborative training approach to improve dementia care in general hospitals | COORDINADOR/CHAIR: Luis F. Agüera**

• **A collaborative training approach to improve dementia care in general hospitals.** Martin Orrell

**RESUMEN: Background:** There are concerns about the quality of care that people with dementia receive in the general hospital and staff often report a lack of confidence and inadequate training in dementia care.

**Methods:** A train-the-trainer model was implemented across eight acute hospital trusts in London via a large academic health network. Impact was evaluated using mixed methods. Data were collected at (a) individual level: "Sense of Competence in Dementia Care" (SCID), (b) ward level: Person Interaction and Environment (PIE) observations, (c) organization level: use of specific tools, i.e. "This Is Me," (d) systems level: numbers and types of staff trained per trust. Results were analyzed with descriptive statistics and paired t-test with thematic framework analysis for PIE observations.

**Results:** 2,020 staff were trained, and 1,688 (85%) baseline questionnaires and 456 (27%) three month follow-up questionnaires were completed. Mean SCID score was 43.2 at baseline and 50.7 at follow-up (paired t-test,  $p < 0.001$ ).

All sub-scales showed a small increase in competence, the largest being for "building relationships." Organizational level data suggested increased use of carer's passport, "This Is Me" documentation, dementia information leaflets, delirium screening scales, and pathways. PIE observations demonstrated improved staff-patient interactions but little change in hospital environments.

**Conclusions:** Staff sense of competence in dementia care and the quality of interactions with patients both improved. More hospitals adopted person-centered tools and pathways. Work is required to investigate if these changes improve hospital outcomes for people with dementia.

12:30- 14:00

**Seminario Oficial SEPG 4: La Guía SEPG sobre el uso de antipsicóticos en el paciente de edad avanzada | COORDINADOR/CHAIR: Luis F. Agüera Ortiz**

• **Presentación de la guía. Metodología y objetivos.** Luis F. Agüera Ortiz

**RESUMEN:** La edad avanzada es el periodo de la vida en el que es más frecuente encontrar fenómenos de la esfera psicótica como delirios, alucinaciones, suspicacia, hostilidad o agitación psicomotriz que en la mayoría de las ocasiones revisten características de gravedad y persistencia en el tiempo. Los fármacos antipsicóticos han sido y siguen siendo la piedra angular del tratamiento de las psicosis. Se han usado con diferente grado de efectividad para el tratamiento de síntomas psicóticos positivos como los delirios y las alucinaciones, de cuadros maniaco o depresivos bipolares, de la ansiedad grave, agitación, hostilidad, agresividad y conductas violentas, así como para algunas alteraciones severas del ciclo sueño-vigilia.

Tras la introducción de los primeros antipsicóticos o neurolepticos hace más de 60 años, el advenimiento de los antipsicóticos de segunda generación ha

mejorado sin duda la calidad de vida de los pacientes que precisan recibirlos, muchos de ellos por largos periodos de tiempo o durante el resto de su vida. Son fármacos con estructuras y mecanismo de acción diferente a los de primera generación y con un perfil de efectos adversos también diferente y generalmente más benigno, pero no exento de ellos.

El avance en el conocimiento acerca de estos medicamentos en la población geriátrica cuenta con el hándicap de la escasez de ensayos clínicos en este grupo etario y de la necesidad de contar con ellos para el registro de las diferentes potenciales indicaciones, sujetas a categorías diagnósticas basadas solo en parte en la neurobiología subyacente.

En los años recientes, preocupaciones referidas a la seguridad precisamente en población anciana han cuestionado su uso. Pero las alternativas son aún muy limitadas. Por todo ello, en la actualidad el clínico que atiende a personas mayores se ve confrontado con varias cuestiones complejas e ineludibles: La demanda de los pacientes y sus familiares que consultan con frecuencia por síntomas de la esfera psicótica que tienen generalmente consecuencias importantes, la existencia de fármacos antipsicóticos que tienen diverso grado de eficacia y efectos adversos que en determinadas ocasiones pueden ser graves, junto al hecho de que las indicaciones aceptadas en la ficha de técnica de la mayoría de estos fármacos no cubren las necesidades reales de los pacientes -especialmente las de los enfermos con Demencia- con el problema adicional del visado impuesto por el Ministerio de Sanidad que se ajusta a esas indicaciones oficiales y la escasez de medidas alternativas, farmacológicas y no farmacológicas, para hacerles frente.

Para contribuir a aclarar estas cuestiones y ayudar a los médicos en su prescripción, la Sociedad Española de Psicogeriatría ha elaborado un documento de consenso donde se posiciona la respecto. El proceso de su desarrollo, sus líneas generales y objetivos serán expuestos en la presentación.

#### • Antipsicóticos en el paciente delirante.

Ángel Moríño Domínguez

**RESUMEN:** Los fármacos antipsicóticos (AP) son la piedra angular en el tratamiento de los Trastornos Mentales Graves (TMG) tales como la Esquizofrenia y otras Psicosis.

La prescripción de AP conlleva siempre la posibilidad de que aparezcan efectos adversos potencialmente graves como los síndromes extrapiramidales con los AP de primera generación, y de aumento de peso y/o desregulación metabólica con los de segunda generación o atípicos (APA).

#### **Delirium. Selección de AP para el Delirium**

Sin consenso definitivo la Risperidona a las dosis indicadas más abajo es la mejor evaluada por los expertos, estando la quetiapina en segundo lugar.

Olanzapina y AP convencionales Haloperidol (Lonergan et al. 2007) son tenidos también en cuenta por los expertos pero sin consenso aceptable.

Sobre AP en Delirium Tremens (por privación de alcohol) algunos autores recomiendan haloperidol como tratamiento específico Jordan et al., 2012)

#### **Esquizofrenia. Selección de AP en la Esquizofrenia tardía**

La recomendación de los expertos para tratar la Esquizofrenia en los mayores con esquizofrenia fue la Risperidona, en primera línea, seguida por la Quetiapina, Olanzapina y Aripiprazol en segunda línea. Con el Aripiprazol en alza.

Ziprasidona, Clozapina y AP convencionales tienen un apoyo limitado.

Hay que valorar la Paliperidona tras los datos publicados en el estudio de Tzimos et al. (2008), también avalada en la revisión de Garieri et al. (2014). No hay aún datos suficientes en la literatura para dar guías sobre los AP de larga duración inyectables en los mayores pero es una opción que hay que empezar a considerar.

#### **Tratamiento preferido**

Risperidona 1.25–3.5 mg/día

Quetiapina 100–300 mg/día

Olanzapina 7.5–15 mg/día

Aripiprazol 15–30 mg/día

#### **Trastorno Delirante. Selección de AP para el T Delirante**

Un AP es lo único que recomiendan los expertos.

La recomendación de primera línea es la Risperidona, seguido por olanzapina y quetiapina.

Sin consenso para Aripiprazol ni Ziprasidona.

AP convencionales y clozapina en tercera línea..

#### **AP preferido**

Risperidone 0.75–2.5 mg/día

#### **Considerar también:**

Olanzapine 5–10 mg/día

Quetiapine 50–200 mg/día

#### **DURACIÓN Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO**

##### **Frecuencia de seguimiento de pacientes con AP**

- Tras inicio del tratamiento revisar entre 1 y 2 semanas.

- Tras cambio de dosis revisar entre 10 días y 4 semanas.

- Alcanzada la estabilidad se debe ver al paciente al mes y luego cada 2 ó 3 meses.

- En fase de mantenimiento revisar cada 3 meses, máximo cada 6.

Duración del tratamiento con AP

- Delirium: 1 día a 1 semana, discontinuar lentamente si a la semana hay respuesta.

- Esquizofrenia: 2 semanas a indefinido

- T Delirante: 2 semanas a indefinido

##### **Antipsicóticos de larga duración**

-Pocos datos en mayores. No hay aún estudios específicos suficientes como para extraer conclusiones. Paliperidona tras los datos publicados (Tzimos et al., 2008; Garieri et al., 2014). No hay aún datos suficientes en la literatura para dar guías sobre los AP de larga duración inyectables en los mayores.

#### • Antipsicóticos y demencia. Javier Olivera Pueyo

#### **RESUMEN: INTRODUCCIÓN**

El uso de antipsicóticos se encuentra ampliamente extendido en los pacientes con demencia, especialmente en el tratamiento de los síntomas psicóticos, pero también en la agitación psicomotriz que con frecuencia presentan estos pacientes.

Los consensos de expertos sugieren que el uso de antipsicóticos en pacientes con demencia puede ser apropiado especialmente en casos de agitación grave, psicosis y riesgo de violencia, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo la sobrecarga de los cuidadores.

Según distintos estudios hasta el 65 – 70% de los pacientes con demencia reciben tratamiento antipsicótico durante tiempos prolongados.

Sin embargo, este uso tan extendido, se encuentra actualmente en un contexto controvertido debido a distintos factores.

#### **CONTROVERSIAS**

- Eficacia. Antipsicóticos clásicos como el haloperidol han demostrado eficacia en el tratamiento de la agitación psicomotriz en los pacientes con demencia, aunque a expensas de importantes efectos secundarios (extrapiramidales, sedación, empeoramiento cognitivo...). Tanto la risperidona y otros antipsicóticos atípicos como la olanzapina, y el aripiprazol han demostrado beneficios significativos, aunque moderados, para los trastornos de conducta asociados a la demencia. También la quetiapina se ha utilizado con resultados similares, aunque no significativos, para el tratamiento de estos síntomas en la demencia. En todos los estudios realizados hasta este momento la eficacia de los antipsicóticos en los pacientes con demencia es "modesta" o incluso baja.

- Efectos secundarios. Aunque los antipsicóticos atípicos, por su mecanismo de acción, presentan menos efectos extrapiramidales que los clásicos, sin embargo no están exentos de los mismos y además del aumento de la mortalidad aso-

cian también otros efectos asociados a sus afinidades receptoriales. Existe una alerta por el riesgo de accidentes cerebrovasculares con el uso de risperidona y olanzapina, aunque más tarde se demostró que este riesgo existía también con los antipsicóticos clásicos. Debido a este riesgo de efectos secundarios, y al aumento de la mortalidad, la prescripción de antipsicóticos atípicos en mayores de 75 años debe acompañarse de un visado específico.

- Uso fuera de indicación. Hasta este momento, en cuanto a los antipsicóticos atípicos, únicamente la risperidona presenta indicación en ficha técnica para su uso en agitación y psicosis de pacientes con demencia. Esta circunstancia obliga a la utilización del resto de antipsicóticos a su uso fuera de indicación. Paradójicamente fármacos de generaciones anteriores como el haloperidol o el tiapride sí están indicados en el tratamiento de la agitación en los pacientes ancianos.

### CONCLUSIONES: protocolización de su uso

Debido a toda esta controversia sobre eficacia, efectos secundarios y uso fuera de indicación, actualmente la prescripción de antipsicóticos en pacientes con demencia se realiza en un contexto clínico y normativo que dificulta la toma de decisiones y la elección del psicofármaco más adecuado en situaciones tan frecuentes y que generan tanto sufrimiento como es el caso de la agitación o la agresividad de los pacientes con demencia.

Distintas asociaciones y sociedades científicas dedicadas a la asistencia y tratamiento de los pacientes con demencia han decidido racionalizar el uso de los antipsicóticos en estos pacientes, y facilitar también así la toma de decisiones de los clínicos a través de protocolos y guías clínicas específicas. Debido a ello también la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) ha querido elaborar un documento de consenso sobre el uso de antipsicóticos en pacientes mayores, que incluya una parte específica para los pacientes con demencia. Algunos de las pautas de uso de antipsicóticos en pacientes con demencia se encuentran resumidas en la tabla 1.

Tabla 1. Uso de antipsicóticos en pacientes con demencia

Situación	Recomendación
Evaluación de factores físicos y ambientales	Antes de tratar evaluar físicamente (dolor, fiebre, estreñimiento, deshidratación...) y situación de contexto que empeore el síntoma
Evaluación de los síntomas psiquiátricos	Evaluar gravedad e intensidad del síntoma. Posibilidad de uso de escalas como el NPI ó el CBI-R.
Primera elección: tratamiento no farmacológico	Si no se trata de una situación urgente, priorizar intervenciones no farmacológicas
Uso de psicofármacos "no antipsicóticos"	Si no es una situación urgente, valorar antidepresivos, inhibidores de la acetilcolinesterasa o estabilizantes (antiepilépticos)
Elección del antipsicótico adecuado	Priorizar antipsicóticos atípicos
Información a paciente y familiares	Informar y, si es necesario, aplicar protocolos para uso "fuera de indicación"
Demencia por cuerpos de Lewy	Evitar antipsicóticos, salvo quetiapina o clozapina. Utilizar inhibidores de la acetilcolinesterasa
Uso de haloperidol	Únicamente en situación de urgencia dónde no se disponga de otra alternativa y en casos de <i>delirium</i>
Evaluación de respuesta	Primeras 2 – 4 semanas tras el inicio del tratamiento
Evaluación de efectos secundarios a medio plazo	Consultas cada 3 – 4 meses
Retirada del antipsicótico	Tras control del síntoma durante 3 – 4 meses continuados

NPI: Inventario Neuropsiquiátrico. CBI-R: Escala conductual de Cambridge revisada.

### Bibliografía

- Keenmon C, Sultzer D. The Role of Antipsychotic Drugs in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Demencia. FOCUS. Geriatric Psychiatry. 2013; 11(1): 32 – 38.
- Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Demencia. Am J Psychiatry. 2016; 173(5): 543 – 546.
- Ruelaz A, Maglione M, Bagley S, Suttrop M, Hu J-H, Ewing B, Wang Z, Timmer M, Sultzer D, Shekelle PG. Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2011; 306(12): 1359 – 69

### • Antipsicóticos en trastornos afectivos. Jorge Pla-Vidal

**RESUMEN:** En el ámbito clínico, los antipsicóticos son frecuentes en el tratamiento de los trastornos afectivos. También en el caso de los pacientes de edad avanzada lo son. Sin embargo, son muchos los casos de cualquier edad que reciben antipsicóticos de primera y segunda generación por una enfermedad de este grupo fuera de indicación. En esta ponencia se pretende presentar el consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría respecto del uso de antipsicóticos en pacientes de edad avanzada que padecen una enfermedad del entorno de los trastornos afectivos.

Se va a revisar el uso en el paciente con Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar, o Depresión en cualquiera de sus formas de presentación. Al final de la ponencia, se tratará también el problema que supone la decisión de no tratar a un paciente con antipsicóticos si hay necesidad de hacerlo.

En algunos casos, la indicación del uso de antipsicóticos, parece clara:

- Paciente con Trastorno esquizoafectivo
- Paciente con enfermedad maniaca
- Paciente con depresión con síntomas psicóticos

Y en otros esta indicación se hace aunque no se establezca con tanta facilidad:

- Paciente con depresión resistente

En general la recomendación es la utilización de antipsicóticos de segunda generación por la eficacia comparable a los de primera generación, y la menor incidencia de efectos secundarios. Se establecen también recomendaciones sobre el uso combinado con otros fármacos que utilizan estos pacientes y la duración del tratamiento una vez que se ha establecido la toma del fármaco. En la mayoría de los casos, no existiendo un fármaco antipsicótico con indicación aprobada en este grupo de edad para estas indicaciones, la elección estará influida por el perfil de efectos adversos.

Por último, nuestra recomendación al médico prescriptor del paciente de edad avanzada con un cuadro clínico que pueda requerir la utilización de fármacos antipsicóticos, es que una vez agotadas las razonables medidas no farmacológicas, si el uso de estos medicamentos aparece como una buena opción para el paciente, se vean los resultados de seguridad y tolerancia disponibles como una información útil para considerar el tratamiento y planificar los cuidados y controles necesarios, se informe al paciente (cuando sea posible) y a su familia/entorno cuidador, se deje reflejado en la historia clínica el proceso de decisión terapéutica y se prescriba un tratamiento que puede mejorar la calidad de vida del paciente.

12:30- 14:00

**Simposium Oficial EAGP 2: New opportunities for prevention of dementia | COORDINADOR/CHAIR:**

Martin Orrell

**ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

El Simposium se desarrolla, a lo largo de 3 ponencias, para analizar la prevención de la demencia. En la primera de ellas se realiza una revisión sistemática de los trabajos que evalúan el impacto de actividades cognitivamente estimulantes sobre el riesgo futuro de deterioro cognitivo y demencia. En la segunda ponencia se estudian las experiencias positivas y negativas de apoyo social y riesgo de demencia en la edad avanzada, mostrando los resultados de una investigación que utiliza el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Finalmente, la tercera ponencia analiza el impacto del ejercicio en la demencia, bajo la base de que la práctica de actividades físicas y mentales puede estar asociada con un menor riesgo de demencia, menos atrofia del hipocampo y mejores habilidades de memoria y otros síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

- **Cognitively stimulating leisure activities and the risk of cognitive impairment and dementia.**

Lauren Yates

**RESUMEN:**

Dr. Lauren Yates, Research Associate, School of Medicine, Division of Psychiatry and Applied Psychology, Institute of Mental Health, University of Nottingham  
Co-authors: Shier Ziser, Dr. Aimee Spector, & Professor Martin Orrell

Worldwide, ageing populations pose a great challenge to health and social care systems. As a result, there are calls for dementia to be made a clinical and research priority (Alzheimer's Disease International, 2009). As well as working towards innovation in pharmacological and non-pharmacological treatments and interventions, investigation into identification of factors associated with increased risk, and those which appear to reduce risk of cognitive decline and dementia is worthwhile. This data could lead to the development of preventative strategies, which ideally could be integrated into everyday life. The potential impact manipulation of modifiable lifestyle factors could have on incidence of dementia may be significant. A recent review of population attributable risk (PAR) estimated potentially modifiable risk factors contribute to a third of cases of Alzheimer's Disease (Norton et al., 2014). Factors which are consistently associated with increased risk are; diabetes, midlife hypertension, midlife obesity, physical inactivity, smoking, depression, and educational attainment. Amongst lifestyle factors which may serve to reduce risk, participation in cognitive, social, and physical activities have been identified as beneficial. The evidence for the association between participation in mentally stimulating activities and reduced risk is particularly robust. Promisingly, mental stimulation can be derived from everyday leisure activities such as reading, crosswords, using computers, and crafts.

This presentation draws data and discussion points from a recent systematic review and meta-analyses assessing the impact of cognitively stimulating activities on future risk of cognitive impairment and dementia (Yates, Ziser, Spector & Orrell, 2016). Studies were grouped according to outcomes (dementia, cognitive impairment including amnesic Mild Cognitive Impairment (aMCI), Mild Cognitive Impairment (MCI), and cognitive decline), and output (risk (RR), odds (OR), or hazard ratios (HR)). Nineteen studies met inclusion criteria and quality standards, of which 15 were included in a series of five meta-analyses, and four were simply reported on. Four meta-analyses showed significant associations between participation in cognitive leisure activities and reduced risk of cognitive impairment (OR=0.69, 95% CI: 0.56-0.85) and dementia (HR=0.58, 95% CI: 0.46-0.74; RR=0.61, 95% CI: 0.42-0.90; OR=0.78, 95% CI: 0.67-0.90).

One pooled analysis of cognitive impairment studies did not reach significance (HR=0.85, 95% CI: 0.71-1.02). Cognitively stimulating leisure activities were significantly associated with later life cognition ( $\beta=0.11$ ,  $p=0.05$ ), better memory ( $\beta=0.20$ , 95% CI: 0.11-0.29), speed of processing ( $\beta=0.37$ , 95% CI: 0.29-0.45), and executive functioning ( $\beta=0.23$ , 95% CI: 0.15-0.29), and less decline in overall cognition ( $\beta=-0.23$ ,  $p<0.01$ ), language ( $\beta=-0.11$ ,  $p<0.05$ ), and executive functioning ( $\beta=-0.13$ ,  $p<0.05$ ). Participation in activities was also demonstrated to reduce rate of cognitive decline (estimate=0.03, SE=0.01,  $p=0.00$ ).

In mid and later life, participation in cognitively stimulating leisure activities may help to reduce risk of dementia and cognitive impairment. Furthermore, such activities continue to be of value in the treatment of dementia, as demonstrated by the widespread success of Cognitive Stimulation Therapy (CST), a cost-effective, evidence-based intervention which has been found to improve cognition and quality of life.

**References:**

Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report (2009). Alzheimer's Disease International, 2009. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>; last accessed 8 January 2014.  
Norton, S., Matthews, F.E., Barnes, D.E., Yaffe, K. and Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, 13, 788-794.  
Yates, L. A., Ziser, S., Spector, A., and Orrell, M. (2016). Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, doi: 10.1017/S1041610216001137.

- **Positive and negative experiences of social support and risk of dementia in later life: an investigation using the English Longitudinal Study of Ageing.**  
Snorri Bjorn Rafnsson

**RESUMEN:**

Mizanur Khondoker<sup>1,2</sup>, Snorri Bjorn Rafnsson<sup>3,4</sup> \*, Stephen Morris<sup>1</sup>, Martin Orrell<sup>5</sup> and Andrew Steptoe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Applied Health Research, University College London, London UK. <sup>2</sup>Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, England, UK. <sup>3</sup>Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK. <sup>4</sup>Centre for Primary Health and Social Care, London Metropolitan University, London, UK. <sup>5</sup>Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK.

\*Presenter.

**ABSTRACT**

**Background:** Having a network of close relationships may reduce the risk of developing dementia. However, social exchange theory suggests that social interaction entails both rewards and costs. The effects of quality of close social relationships in later life on the risk of developing dementia are not well understood.

**Objective:** To investigate the effects of positive and negative experiences of social support within key relationships (spouse or partner, children, other immediate family and friends) on the risk of developing dementia in later life.

**Methods:** We analysed 10-year follow up data (2003/4 to 2012/13) in a cohort of 10,055 dementia free (at baseline) core participants aged 50 years and over from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). Incidence of dementia was identified from participant or informant reported physician diagnosed dementia or overall score of informant-completed IQCODE questionnaire. Effects of positive and negative experiences of social support measured at baseline on risk of developing dementia were investigated using proportional hazards regression accommodating interval censoring of time-to-dementia.

**Results:** There were 340 (3.4%) incident dementia cases during the follow-up. Positive social support from children significantly reduced the risk of dementia (hazard ratio, HR=0.83, p=0.042, 95% CI: 0.69 to 0.99). Negative support from other immediate family (HR=1.26, p=0.011, CI: 1.05 to 1.50); combined negative scores from spouse and children (HR=1.23, p=0.046, CI: 1.004 to 1.51); spouse, children & other family (HR=1.27, p=0.021, CI=1.04 to 1.56); other family & friends (HR=1.25, p=0.033, CI: 1.02 to 1.55) and the overall negative scores (HR=1.31, p=0.019, CI: 1.05 to 1.64) all were significantly associated with increased risk of dementia.

**Conclusion:** Positive social support from children is associated with reduced risk of developing dementia whereas experiences of negative social support from children and other immediate family increase the risk. Further research is needed to better understand the causal mechanisms that drive these associations.

• **Exercise and dementia.** Eef Hogervorst

**RESUMEN:** Engaging in physical and mental activities may be associated with a reduced risk of dementia, less hippocampal atrophy and improved memory skills and other symptoms of Alzheimer's disease (AD), the most prevalent type of dementia (Hogervorst, 2012).

Analyses as part of the NIHR/ESRC funded study Promoting Independence in Dementia (PRIDE) of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) with a follow-up of 8-10 years showed a halved dementia risk in older people (N=11,134) who were physically active (PA). This effect was dose dependent. In the fully adjusted model, mild PA 1x/week (multivariate adjusted Hazard Ratio (HR)=0.69, 95%CI=0.50-0.95, p=0.02), moderate/vigorous PA 1x/week (multivariate adjusted HR=0.66, 95%CI=0.46-0.94, p=0.02) and moderate/vigorous PA >1x/week (multivariate adjusted HR=0.50, 95%CI=0.37-0.67, p<0.001) lowered the HR for dementia, compared to those who reported doing <1x/wk of PA (see fig 1). In addition, those who stayed physically active after dementia diagnoses had significantly better memory functions. Effects were more significant in women than in men (Soni, 2016).

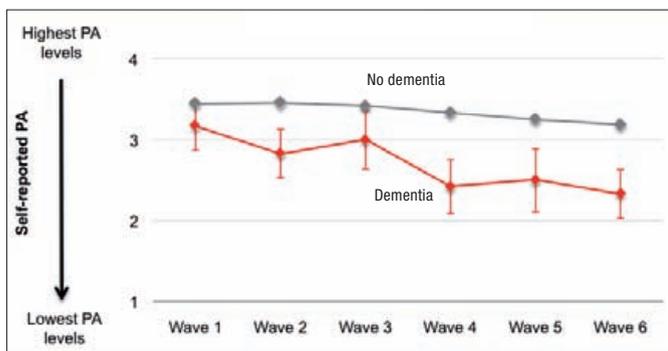


Figure 1. Mean category response for self-reported PA (± SEM) stratified by dementia diagnosis, at waves 1-6. PA categories: 1 = no PA 1x/wk; 2 = mild PA 1x/wk; 3 = moderate/ vigorous PA 1x/wk; 4 = moderate/ vigorous PA >1x/wk. N.B. Error bars in the 'no dementia' group were negligible and not visible on the graph.

Our own and other reviews showed mixed outcomes of interventions, with around half of studies showing no effects (Hogervorst, 2012; Soni, 2016; Orii submitted). Use of insensitive outcome tests, low intensity exercise and low adherence in many exercise programs may limit reflection of its potential beneficial effects.

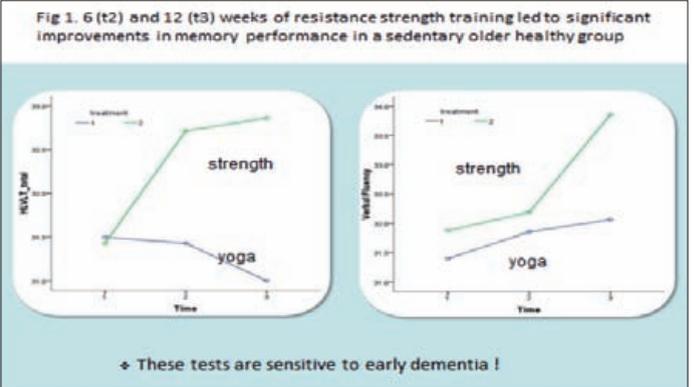
In addition, the mediating role of engagement in other lifestyles (general activity) and physiological and psychological (self-efficacy/mood) change on program success is unclear.

For instance, a Randomised Controlled Trial (RCT) showed that active treatments consisting of exercise OR cognitive stimulation OR control treatments (stretching and giving information) did not have a differential improving effect on

cognition, but rather that it was frequency of engagement in ANY activity that predicted this.

On the other hand, high program demands related to frequency and duration of exercise are often mentioned as reasons for low adherence. To increase adherence to physical exercise interventions in the elderly, we developed a simple exercise program to promote strength which included evidence based factors to improve adherence, such as: education about the program and its benefits, monitoring with feed-back and goal setting to increase self-efficacy and empowerment, gradual increments in exercise intensity adapted for seniors, and by reducing barriers due to low costs, safety and being able to do the exercises at home.

We achieved 84% (in middle-aged sedentary community dwelling participants) and 55% (in very old institutionalised multi-morbidity afflicted very frail participants) adherence to the exercises and showed that these, when done 2-3x per week for 20-30 min (compared to a yoga-stretch control), improved memory function and well-being in elderly already after 6 and 12 weeks (see figure below). This was also the case for the older institutionalised group, provided the program also improved their physical self-efficacy and empowerment. This programme is now tested in an RCT with people with dementia as part of PRIDE.



References

Hogervorst, E. (2012) Exercise to prevent cognitive decline and AD. JADP <https://www.omicsonline.org/exercise-to-prevent-cognitive-decline-and-alzheimers-disease-for-whom-when-what-and-most-importantly-how-much-2161-0460.1000e117.php?aid=7477>  
 Soni, M. (2016). Physical activity, sex steroids and cognition. Thesis submitted for PhD Loughborough University

14:00 - 14:45

Simposium Satélite SEPG: Abordaje farmacológico de la depresión en el anciano. Nuevas alternativas. | Ponente: Cecilio Álamo

ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA

La depresión afecta desproporcionadamente a los adultos mayores, y suele asociarse con una alta comorbilidad, tanto física como cognitivamente lo que retrasa su recuperación, aumenta el internamiento hospitalario o residencial a largo plazo y la mortalidad por suicidio y otras causas médicas. Por todo ello, es necesario tener en cuenta las características propias que presenta la enfermedad en esta etapa de la vida, para poder instaurar el tratamiento más adecuado. El tratamiento eficaz de la depresión en los ancianos suele requerir la combinación de medidas psicosociales con las farmacológicas, lo que disminuye la morbimortalidad, a la vez que reduce las demandas sanitarias, familiares y sociales.

Clásicamente, el abordaje farmacológico de la depresión se ha realizado con antidepresivos capaces de modificar las tasas de monoaminas, lo que ha apoyado la "hipótesis monoaminérgica de la depresión". En la actualidad, el mejor conocimiento de la fisiopatología de la depresión ha dado lugar a la aparición de nuevas hipótesis y a considerar dianas antidepresivas no monoaminérgicas. Así, algunos antidepresivos como la Agomelatina, con acción agonista sobre los receptores de melatonina MT1 y MT2, y más recientemente la Tianeptina, como modulador glutamatérgico, o la Vortioxetina con su acción multimodal sobre diferentes receptores serotoninérgicos, han entrado en nuestro arsenal farmacológico.

El perfil farmacodinámico de los antidepresivos, especialmente su capacidad para modificar la recaptación de monoaminas y su afinidad por diferentes receptores de neurotransmisores, va a determinar su eficacia, pero también su seguridad y tolerabilidad, de forma muy particular en el anciano por sus frecuentes comorbilidades. De hecho, los cambios relacionados con la edad que afectan a la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos pueden afectar a la eficacia, seguridad y tolerabilidad de los antidepresivos en personas mayores.

Es de destacar que prácticamente todos los antidepresivos presentan una eficacia similar, incluso en personas de edad avanzada, por lo que la elección del fármaco más adecuado se basa fundamentalmente en el perfil de sus efectos adversos e interacciones. Esta consideración es de trascendencia en el anciano polimedcado. Hay algunos efectos secundarios de los antidepresivos que son predecibles de acuerdo con su perfil farmacológico por lo que pueden buscarse alternativas terapéuticas. Así, el bloqueo de diversos receptores de neurotransmisores y la inhibición de la recaptación de monoaminas produce una serie de eventos adversos secundarios predecibles que pueden soslayarse con antidepresivos con otro mecanismo de acción.

En el arsenal farmacológico de la depresión existen múltiples opciones, lo que suele indicar que ninguna es perfecta. Por ello contar con un amplio espectro de fármacos es importante ya que cada medicamento puede dar una respuesta individual que se adapte mejor a cada paciente. Así, los antidepresivos tricíclicos (clomipramina, imipramina, amitriptilina, nortriptilina) son agentes de eficacia contrastada, pero no tienen el perfil ideal para el tratamiento de los ancianos por sus efectos anticolinérgicos, posibles efectos sobre el ortostatismo y afectar a la conducción cardíaca. Los ISRS, que son los antidepresivos más empleados en clínica, pueden ser una importante fuente de interacciones medicamentosas al inhibir o ser sustratos de distintas isoenzimas del CYP450, lo cual es en muchas ocasiones un claro inconveniente para pacientes polimedcados como es norma en el anciano. Otros agentes como la mirtazapina tienen un alto poder antihistamínico, lo que puede provocar una excesiva sedación en estos pacientes.

Encontrar nuevas alternativas farmacológicas, en especial en el anciano, con fármacos que tengan aspectos diferenciales con los antidepresivos convencionales es siempre interesante. En este sentido, en el presente taller de trabajo nos centraremos fundamentalmente, aunque no exclusivamente, en dos nuevos antidepresivos aparecidos en el mercado español y su posible utilidad en el anciano.

La vortioxetina ha demostrado una mejoría en el componente cognitivo de la depresión, tanto de forma directa como indirecta, superior al placebo y a la duloxetine, lo que podría ser de utilidad en el paciente de edad. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que este antidepresivo se metaboliza ampliamente en el hígado, principalmente por oxidación catalizada por la CYP2D6 y en menor grado por la CYP3A4/5 y la CYP2C9, y posterior

conjugación con ácido glucurónico, por lo que los metabolizadores lentos del CYP2D6 o la administración conjunta con un inhibidor potente de este citocromo, como bupropión, fluoxetina, paroxetina, pimozida, quinidina, terbinafina, levomepromazina, doblan aproximadamente la concentración de vortioxetina, por lo que no deben tomarse dosis superiores a 10 mg/ día.

Por otra parte, la tianeptina, una molécula de origen francés, se comercializa desde el año 2015 en España. Los estudios clínicos han demostrado que la eficacia de tianeptina es comparable a los antidepresivos tricíclicos y a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina) pero con un perfil de seguridad y tolerabilidad diferencial. Además, presenta propiedades antidepresivas y ansiolíticas y es activa sobre los síntomas somáticos, especialmente, sobre los trastornos digestivos, tan frecuentes en el paciente mayor. Así mismo, debido a sus características farmacológicas, no afecta ni al estado de alerta, ni al sistema colinérgico y no modifica el peso corporal. Este antidepresivo tiene un perfil cardiovascular favorable y no afecta a la libido. Su metabolismo hepático no implica al CYP450 por lo que carece de interacciones a este nivel, hecho muy favorable en pacientes polimedcados. Tianeptina se administra 3 veces al día, antes del desayuno, comida y cena, pero en mayores de 70 años se recomienda su administración en solo 2 veces al día. La eficacia clínica de tianeptina ha sido estudiada en pacientes mayores de 65 años, en mayores de 70 años, con trastornos ansioso-depresivo, combinado con trastorno cognitivo moderado, en pacientes con enfermedad de Parkinson, mostrando además efectos beneficiosos sobre la cognición, y en pacientes con epilepsia.

En conclusión, La Depresión en el anciano es un problema de salud importante y afecta seriamente su bienestar físico y emocional, por lo que su tratamiento es necesario. El tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión mayor en el anciano es eficaz, aunque no se puede demostrar la existencia de diferencias en la eficacia entre diferentes grupos de antidepresivos. Sin embargo, en ancianos, el perfil de tolerabilidad de los antidepresivos muestra diferencias patentes. Con el envejecimiento se producen una serie de cambios que va a modificar la farmacocinética y farmacodinamia de los antidepresivos lo que puede influir en la eficacia, tolerabilidad y seguridad del tratamiento. La frecuente comorbilidad que obliga a la utilización de otros fármacos, aumenta la posibilidad de interacciones farmacológicas. Teniendo en cuenta estos aspectos es necesario individualizar la terapia para lograr una relación riesgo vs beneficio aceptable. El tratamiento eficaz de la depresión en los ancianos suele requerir la combinación de medidas psicosociales con las farmacológicas, lo que disminuye la morbimortalidad, a la vez que reduce las demandas sanitarias, familiares y sociales.

16:00 - 17:30

### **Síposium Oficial SEPG 5: Cuidando el cuidado y al cuidador: sentido, dignidad y bienestar.**

| COORDINADOR/CHAIR: Silvia Martínez Rodríguez

#### **ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

La acción de cuidar nos pone en contacto con "el otro", nos define como personas y aporta humanidad a quien la practica y a quien la recibe. Sin embargo el estrés que genera el cuidado sostenido de una persona dependiente puede dar lugar a graves problemas de salud física y fundamentalmente psicológica que perjudican seriamente el bienestar del cuidador. En este simposio se reflexionará sobre algunas de las claves que la psicología humanista -que considera al ser humano como ser

consiente, con capacidad de elección, que busca sentido y se desarrolla en un contexto relacional-, nos proporciona para comprender e integrar el sufrimiento, la entrega, el autoperdón, la gratitud y la esperanza. Esta aproximación humanista ha inspirando intervenciones muy diversas entre las que se encuentran las basadas en el perdón, cuyos beneficios potenciales ya han sido puestos de relieve por algunos estudios y sobre los que también tratará este simposio. Perdonar es un proceso intrapersonal complejo, no automático que puede ser explicado por diversos modelos y que puede a su vez formar parte de otras intervenciones como son la terapia de aceptación y compromiso o la terapia modular, estrategias que ya han empezado a aplicarse en nuestro contexto inmediato y cuyas características y resultados sobre la salud y el bienestar de los cuidadores también se presentarán en este simposio.

• **El cuidado: algunas reflexiones desde la Psicología Humanista.** Ignacio Gómez Marroquín

**RESUMEN:** Toda intervención terapéutica se apoya, de manera más o menos consciente, en un sistema de valores y creencias, que todas las personas poseemos, y también por tanto los profesional de la salud, el cual condiciona nuestras actitudes personales en la relación con los demás. Un pequeño recorrido por los postulados básicos de la Psicología Humanista y la Psicoterapia Integrativa nos permitirá actualizar algunos principios fundamentales que se defienden desde dicho modelo y que nos ayudarán a mantener nuestro compromiso, como profesionales, con nuestros pacientes y sus familiares, sin perder de vista su humanidad. La actualización, por nuestra parte, de postulados radicales como que todas las personas somos igualmente valiosas (Erskine, R. 2016) nos ayudarán a cuidar nuestra mirada incondicional ante los cuidadores y las personas receptoras del cuidado.

Porque si bien es cierto que la acción de cuidar nos pone en contacto y en relación profunda e intensa con “el prójimo”, conecta con algunas de nuestras necesidades relacionales, nos define como personas y aporta humanidad a quien la practica y a quien la recibe. No es menos cierto que el estrés y la sobrecarga que genera el cuidado sostenido de una persona dependiente da lugar, en muchas ocasiones, a graves problemas de salud física y psicológica que perjudican seriamente el bienestar del cuidador.

Estas alteraciones en el bienestar, se deben en gran medida, a perturbaciones relacionales sostenidas provenientes de la situación de cuidadores que desarrollan su labor de manera prolongada. Para entender esto, reflexionaremos en torno a las necesidades relacionales que todas las personas poseemos, las cuales están presentes en todo ser humano, por el hecho de serlo, desde su nacimiento hasta la muerte. Estas necesidades, son diferentes a las de supervivencia o seguridad física, tienen su origen en la interacción y son la base de nuestra cualidad como seres humanos (Erskine, R. 2012).

Por último, y considerando dicho marco teórico, trataremos de proporcionar algunas pautas para la intervención con cuidadores fundamentada en la, escucha y la comprensión, la validación, el consuelo, la compasión y la esperanza. Ya que, aun reconociendo el valor terapéutico que el silencio, la escucha y la empatía proporcionan, coincidimos con García-Monge en que si nuestra intervención no acarrea también esperanza, se quedará corta y no aportará lo que el cuidador, desde lo más hondo de su ser, necesita. La transmisión de esperanza es una de las más importantes misiones que poseemos como personas y como profesionales, porque sin esperanza no hay vida ni supervivencia, o por lo menos la vida carece de valor y sentido y la supervivencia sucede sin dignidad (García-Monge, J.A. 2010).

**Referencias:**

Erskine, R. G., Moursund, J. P., Trautmann, R. L. (2012). Más allá de la Empatía: Una Terapia de Contacto en la Relación. Bilbao: Desclée De Brouwer.  
Erskine, R. G. (2016). Presencia Terapéutica y Patronos Relacionales: Conceptos y Práctica de la Psicoterapia Integrativa. London: Karnac Books.

García-Monge, J. (2010). La esperanza en la experiencia de sufrimiento humano. El Psicólogo humanista y su ayuda en la integración del dolor. Clínica Contemporánea 1(1), 19-29.

• **Una y setenta veces siete. Relevancia del perdón en el malestar de los cuidadores.** Javier López Martínez

**RESUMEN:** Perdonar requiere sucesivamente llevar adelante con éxito procesos intrapersonales complejos. Este proceso no es automático y, a menudo, no se produce en una forma lineal. Si los cuidadores han tenido muchos años de dolor relacional, es plausible considerar que una expresión del tipo “te perdono” o “lo siento” puede no reparar el daño. Es importante no confundir perdonar con pseudo-perdones. sufrir, negar, ignorar, minimizar, tolerar, excusar, olvidar la ofensa, o suprimir emociones al respecto.

Ciertos estudios han hecho hincapié en los beneficios potenciales del perdón para la salud mental y la salud física frágil de los cuidadores. Las ofensas, frustraciones o irritaciones del otro (e.g. problemas de conducta del familiar con demencia) pueden ser manejadas a través del perdón y así sentirse menos sobrecargado especialmente en el caso de los cuidadores que atienden a sus esposos (López et al., 2015)

El Modelo REACH de perdón de Worthington describe cinco pasos que se han de dar para alcanzar el perdón. En el primer paso de este modelo, los cuidadores recuerdan (R) el dolor que experimentaron y las emociones asociadas con ella. A continuación, los cuidadores trabajan para empatizar (E) con su agresor, tomando la perspectiva del otro, y consideran los factores que pueden haber contribuido a las acciones de su ofensor. En tercer lugar, los cuidadores exploran la idea de que el perdón puede ser visto como un don altruista (A) al ofensor. Los cuidadores aprenden que el perdón puede ser libre o legítimamente retenido y recordar tiempos cuando otros les perdonaron a ellos. En cuarto lugar, los cuidadores hacen un compromiso (C) de perdonar. Por último, las personas tratan de mantener (H-old) su perdón a través de momentos de incertidumbre o retorna a la ira y a la amargura.

La inclusión del perdón en terapia ACT o .Modular es una oportunidad que se ha explorado en nuestro contexto sociocultural español dentro de las intervenciones con cuidadores de familiares mayores con demencia.

• **Terapia de aceptación y compromiso y terapia modular para cuidadores de personas con demencia.** Andrés Losada Baltar

**RESUMEN:** El cuidado familiar de una persona con demencia se ha descrito como un ejemplo prototípico de estrés crónico y un experimento natural de estrés extremo. Los cuidadores informan habitualmente de altos niveles de sintomatología depresiva y de ansiedad, y se han identificado diferentes factores cognitivos y conductuales que pueden contribuir a tal estrés. A pesar de que en los cuidadores se pueden observar diferentes problemáticas y las causas de éstas suelen ser diversas, la estrategia de intervención más habitual con los cuidadores es la oferta de paquetes estandarizados psicoeducativos, dirigidos al cuidador general. Es evidente que, de la misma forma que si a una persona se le receta un medicamento u otro en función de la enfermedad que tiene, a un cuidador se le debería ofrecer una u otra solución en función de la problemática que presente. Hasta ahora las intervenciones que mayor eficacia han mostrado en el trabajo con cuidadores de personas con demencia son las psicoterapéuticas y, dentro de éstas, las cognitivas conductuales. Sin embargo, a pesar de esto, no se consiguen mejorías con una elevada significación clínica ni se llega a porcentajes elevados de cuidadores. En los últimos años nuestro equipo de investigación ha desarrollado diferentes intervenciones psicológicas para cuidadores familiares de personas con demencia. En esta conferencia se describirán estas terapias y las estrategias terapéuticas que las componen en el contexto de dos proyectos de investigación, uno dirigido a comparar una

terapia cognitivo conductual con una terapia de aceptación y compromiso, y otro más reciente dirigido a evaluar la eficacia de una terapia modular guiada por análisis funcional para cuidadores familiares de personas con demencia. Se discutirán las posibilidades de estas terapias y los resultados disponibles hasta el momento, que parecen prometedores para ofrecer resultados eficaces para reducir el malestar psicológico (síntomatología depresiva y ansiedad) de los cuidadores a corto y a largo plazo.

16:00 - 17:30

### Simposium Oficial EAGP 3: Latest developments in Late-life | COORDINADOR/CHAIR: Isabel Ramos García

#### ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA

A lo largo de 3 ponencias se analizan diferentes cuestiones en las últimas etapas de la vida. La primera de ellas estudia el impacto de la proximidad de la muerte y la ansiedad que esto suscita, así como la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en estas situaciones y el papel de la ansiedad en el pronóstico de los pacientes cardíacos. En la segunda ponencia se estudian las Intervenciones psicológicas para las personas con demencia de aparición temprana, analizando la eficacia clínica y la rentabilidad del trabajo conjunto entre el Servicio de Salud y el sector del voluntariado en el Reino Unido. Finalmente, en la tercera ponencia se expone un resumen del Estudio de intervención geriátrica finlandesa para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (Estudio FINGER). Este estudio, coordinado por el Instituto Nacional de Salud y Bienestar de Helsinki, en colaboración con las Universidades de Helsinki, Finlandia Oriental y Oulu, tiene como objetivo principal investigar si una intervención multimodal podría prevenir el deterioro cognitivo entre las personas mayores.

#### • Scared to death! Impact of anxiety in later life.

Richard Oude Voshaar

**RESUMEN:** Anxiety disorders are among the most common psychiatric disorders in later life. On the one hand, panic attacks are frequently accompanied by the cognition of getting a heart attack. When presented at the emergency department with non-cardiac chest pain, patients are generally reassured referred back to primary care, leaving them undiagnosed and untreated. On the other hand, two meta-analyses suggest that anxiety disorders might be an independent risk factor for incident coronary heart disease, recurrent vascular events and even cardiac mortality. The actual number of studies, however, remains small and heterogeneity between studies is substantial.

The first objective is to present the efficacy of cognitive behavioural treatment (CBT) for non-cardiac chest pain.<sup>1</sup> Within a 24-week randomized controlled trial, CBT (n=60) was compared to treatment as usual (n=53). ANCOVA in the intention-to-treat sample showed that CBT was superior to TAU in reducing disease severity (CGI), as well as in reducing anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D, HAM-D).<sup>1</sup>

The second objective is to show the impact of anxiety on the prognosis of cardiac patients. After discussing the heterogeneity in previously conducted studies on the impact of general anxiety, new data on cardiac anxiety will be presented. For this purpose, we have validated the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) in 286 patients. Among 194 patients hospitalised for an acute coronary syndrome, latent class growth analysis (LCGA) identified three groups with stable CAQ levels during a 12-month follow-up, indicative of high (7.8%), intermediate (45.6%) and low (30.6%) levels of cardiac anxiety, respectively. A fourth group (16.6%) reported high levels of cardiac anxiety that decreased over time. Those with persistently high levels of cardiac anxiety had the lowest level of health related quality of life at end of follow-up.<sup>2</sup> Even more interestingly,

high levels of cardiac anxiety at baseline and at three months predicted major adverse cardiac events and death during a five-year follow-up after adjustment for cardiac disease severity.<sup>3</sup>

We conclude that the presence of anxiety disorders should be considered and when present treated in patients with cardiac and non-cardiac chest pain.

#### References:

1. Van Beek MHCT, Oude Voshaar RC, Beek AM, van Zijderveld GA, Visser S, Speckens AEM, Batelaan N, van Balkom AJLM. A brief cognitive-behavioural intervention for treating affective disorders in patients with non-cardiac chest pain: A 24-week randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2013;30:670-678.
2. Van Beek MHC, Mingels M, Oude Voshaar RC, Van Balkom AJLM, Lappenschaar M, Pop G, Speckens AEM. One-year follow-up of cardiac anxiety after a myocardial infarction: A latent class analysis. *J Psychosom Res* 2012;73:362-368.
3. Van Beek M, Zuidersma M, Lappenschaar M, Pop G, Roest AM, van Balkom AJLM, Speckens AEM, Oude Voshaar RC. Prognostic association of cardiac anxiety with new cardiac events and mortality following myocardial infarction. *Br J Psychiatry* 2016;209:400-406.

#### • Psychological interventions for people with young onset dementia in the UK. Jacqueline Hussey and Charlotte Draper

**RESUMEN:** People with young onset dementia (YOD) often experience a more rapid decline in cognition and quality of life at a time when they may otherwise have expected to be in employment and to have an active social life. Lack of appropriate activities can result in an increase in social isolation, apathy, a decline in health and increased risk of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). In addition carers of people with YOD have increased physical health problems, depression, anxiety and social isolation.

We provide a cost-effective care model where the patient journey from diagnosis to post diagnostic support is delivered seamlessly by the NHS and third sector. The model aims to deliver age-appropriate intervention and support to younger people with dementia and their carers. Key elements of this model are the joint supervision and training, and a shared clinical record which facilitates communication and reduces duplication.

The Younger People with Dementia (Berkshire) charity provides psychosocial intervention, specifically for people with YOD. These include a 6-week age specific psychoeducation course, age adapted Cognitive Stimulation Therapy (CST), a programme of person centred workshops and 1:1 intervention focusing on meaningful and structured activity. Workshops are selected on the basis of the current evidence of therapeutic benefit, improved outcomes based on Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al) scores, mood and carer rating scales and following requests specifically by YPWD and carers. They provide cognitive rehabilitation through reminiscence, activity, creativity and peer support. Workshop examples are choir, gardening, katananoeing, horse-riding, running, walking, shared reading, art, relaxation, history and reminiscence.

We provide evidence of beneficial effects on this provision on mood, BPSD and carer stress, as well as reduction in antipsychotic prescribing and delayed entry into long-term care.

#### Evaluation/outcome measures:

##### Demographic profile of attendees, cognition and BPSD

Diagnosis	Age at onset	MMSE at 6 months	MMSE at 18 months	NPI at 6 months	NPI at 18 months	Workshops attended
Mean	58.9	20.6	18	21.6*	10.6*	
Range	51-65	7-28	0-27	35-6	32-1	1-5

Numbers recorded—33 individuals

**References:**

- Hussey, J., Draper, C., Blanchette, C. & Boyle, S. Innovative Partnership Benefits Younger People. *Journal of Dementia Care* Vol 24, No 6 (2016)
- Hewitt P, Watts C, Hussey J S, Power K, Williams T. Does A Structured Gardening Programme Improve Well-Being In Young-Onset Dementia? A Pilot Project. *British Journal of Occupational Therapy*. (2013)

• **The Finger Study.** Karin Sparring Björkstén

**RESUMEN:** This presentation gives a brief overview of the Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER). The FINGER study is coordinated at the National Institute for Health and Welfare in Helsinki in collaboration with the Universities of Helsinki, Eastern Finland and Oulu. Professor Miia Kivipelto is the Research Director running the study. The main objective of the FINGER study is to find out if a multi-domain intervention could prevent cognitive decline among older people.

In one part of the study, a total of 1,260 Finnish elderly participants were randomly divided into two groups, one of which was given standard lifestyle advice and the other intensive guidance. Intensive guidance included dietary instruction and participation in exercise activities and memory training, as well as support in managing the risk factors of cardiovascular diseases. The control group, who received standard lifestyle advice, had a significantly higher risk of memory and other cognitive decline than the group that was given intensive lifestyle guidance. The participants viewed the lifestyle guidance in a highly positive light. The lifestyle guidance, or so-called intervention, used in the FINGER Study provides a model for the future prevention of memory disorders. Prevention of memory disorders would then become a priority alongside the prevention of other chronic diseases.

The project is ongoing and several additional reports are in preparation.

18:00 - 19:30

**Simposium Oficial SEPG 6: Aspectos críticos del paciente psicogeriatrico al final de la vida**

| COORDINADOR/CHAIR: Manel Sánchez Pérez

**ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

En la asistencia al paciente mayor, las fases finales de la vida ocupan un lugar importante entre las cuestiones que frecuentemente deben ser abordadas. La dimensión física, psicológica y espiritual están especialmente presentes en esta etapa. Los dilemas clínicos, terapéuticos y éticos suelen jugar un papel importante en la toma de decisiones para las que el profesional que se ocupa del paciente anciano, debe estar adecuadamente preparado. Este simposio pretende abordar algunos de los aspectos clave en una de las fases más críticas del paciente psicogeriatrico.

• **Síntomas psíquicos en el anciano en la fase final de la vida.** Santiago Bernades Teixidó

**RESUMEN:** Durante el envejecimiento, el diagnóstico de una enfermedad grave y la aparición de síntomas, tienen un impacto psicológico provocado por la inminencia de la muerte. La forma particular de afrontar esta etapa de la vida, pondrá de manifiesto la aparición de sintomatología psíquica que deberemos valorar i tratar de manera integral.

Existen diversos factores de vulnerabilidad al sufrimiento emocional al final de la vida especialmente asignados a las personas mayores, como las dificultades de expresión y comunicación, el aislamiento, la falta de comprensión, o la falta de un cuidador responsable.

Para mejorar la calidad de vida de un ser humano que padece una enfermedad en situación terminal, los cuidados paliativos consideran un abordaje integral que respeta "todo en relación al paciente", incluye los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

En la fase del final de la vida, la experiencia de sufrimiento es permanente y afecta al paciente, a su familia y a los profesionales que lo atienden. Es lo que denominamos el modelo triangular de sufrimiento.

**¿Que factores actúan como desencadenantes de síntomas psíquicos en el anciano terminal?** Conciencia clara de gravedad y desconocimiento de la evolución de su enfermedad. Aumento de la dependencia. Aparición de síntomas de difícil control.

Pérdida de control. Miedo a una muerte próxima. Cambios y privación de relaciones sociales. Cambios en el comportamiento de cuidadores y familiares. Sensación de abandono por parte de los profesionales sanitarios.

**Síntomas psíquicos más frecuentes:**

**DELIRIUM.**

Puede estar presente hasta en el 90% de los pacientes en los últimos días de vida y su aparición se asocia a un peor pronóstico. La forma reducida del *Confusion Assesment Method* será útil para la detección de delirium. El control inadecuado de los síntomas en la fase final de vida o factores metabólicos pueden desencadenar el cuadro. El haloperidol es el fármaco de elección. En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam.

**INSOMNIO.**

El sueño puede estar alterado en el 70% de pacientes terminales dependiendo de la enfermedad de base. El insomnio puede aparecer como consecuencia de factores psicológicos, por un mal control de los síntomas, o como consecuencia de los tratamientos.

El tratamiento es multifactorial. Se debe comenzar por tratar de corregir los factores etiológicos. Puede ser necesario recurrir a una higiene del sueño, a tratamientos no farmacológicos y al tratamiento farmacológico. Las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados. Algunos antidepresivos sedantes (amitriptilina, trazodona, mirtazapina) también pueden utilizarse como hipnóticos.

**ANSIEDAD.**

La ansiedad puede estar presente en el 80% de los pacientes. La ansiedad no suele deberse tanto al miedo a la muerte como a otros factores como el dolor no controlado, el aislamiento y la dependencia. Cuando los síntomas de ansiedad son leves, suele ser suficiente el apoyo psicológico. El tratamiento farmacológico de la ansiedad en el paciente en la fase final de la vida incluye el uso racional e individualizado de benzodiazepinas, neurolepticos, antidepresivos, y antihistamínicos. Los opioides son útiles para el alivio de la ansiedad asociada a la disnea o al dolor.

**DEPRESIÓN.**

La depresión es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en CP que en la población general. La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica, aplicando los criterios DSM-IV modificados, basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos. La depresión en estos pacientes es un factor de riesgo importante de suicidio y de petición de una muerte anticipada. Utilizaremos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Cuando la expectativa de vida está limitada a pocas semanas, usaremos un psicoestimulante como el metilfenidato.

**DISTRES.**

El distrés es definido como una experiencia emocional displacentera de naturaleza, física, psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir con la habilidad para enfrentar de manera efectiva el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. La falta de detección puede traducirse en la falta de ofrecimiento de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que se saben son efectivas para el alivio del distrés en esta población de pacientes.

**DESEO DE MUERTE ACELERADA.**

Ocasionalmente el paciente con una enfermedad avanzada expresa estar listo

para morir y solicita ayuda para una muerte asistida. El 10% al 20% de los pacientes con enfermedad terminal desea morir, pero este deseo es fluctuante en el tiempo. En general el distrés psicológico por sentirse una carga, carencia de apoyo social, distrés espiritual y una pobre calidad de vida parecen ser los factores principales para estos deseos de morir. Se debe preguntar al paciente sobre la razón que lo hace sentirse así, preguntar sobre miedos y sufrimientos (dolor, disnea, náuseas, fatiga, insomnio) y dar soluciones para aliviar sus síntomas o temores.

#### **Cuidados paliativos al final de la vida.**

Los cuidados paliativos deben dirigirse al control de los síntomas tras el diagnóstico de la enfermedad incurable y no iniciarse únicamente en la fase de agnía. Tres objetivos fundamentales para el abordaje del enfermo terminal: Preservación de la dignidad del paciente, apoyo emocional y control de síntomas.

#### **Pacientes con demencia.**

Es erróneo pensar que las personas con deterioro cognitivo no sufren. Hay características específicas que deberemos tener en cuenta en los pacientes con demencia terminal: Imposibilidad de la capacidad para tomar decisiones. Subestimación de la naturaleza terminal de la enfermedad. Pronóstico incierto. Estrés del cuidador. Tratamiento presuntivo. Infradiagnóstico e infratratamiento del dolor.

#### **Consideración en la atención en los últimos días de la vida (S.U.D.):**

Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.

Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia.

Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos. Tratar los síntomas que producen sufrimiento.

Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles. Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores.

Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos. Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.

#### **• Eutanasia y suicidio asistido.** Manel Sánchez Pérez

**RESUMEN:** El debate social acerca de la eutanasia está experimentando un creciente interés en los últimos años. La expectativa de su mayor presencia en la opinión pública y en la política no es nueva pero, claramente va a experimentar un crecimiento significativo en adelante. La cuestión sobre la eutanasia se ha extendido ampliamente hacia la del suicidio asistido. Esta última incorpora argumentos mucho más explícitos acerca del derecho del individuo para decidir el momento de poner fin a su vida. En el ámbito de los profesionales de la salud, especialmente entre los que trabajan en la atención a las personas ancianas, este debate resulta especialmente trascendente. El aumento de la supervivencia humana incrementa la proporción de situaciones de complejidad clínica, fragilidad extrema y dilemas éticos en relación a la prolongación de la vida o a la decisión de limitarla. En el caso de la Psicogeriatría, se concentran una gran parte de las decisiones complejas sobre el final de la vida condicionada por la falta de capacidad para decidir del individuo anciano con deterioro cognitivo o demencia. Diferentes legislaciones en Europa, principalmente, y en algunos estados de Estados Unidos, han ido incorporando progresivamente, en sucesivas modificaciones, la posibilidad de aplicar la eutanasia a pacientes incapaces de manifestar su consentimiento en condiciones de claro discernimiento (enfermos con trastornos mentales o con demencia). Más recientemente, algunas de estas legislaciones (Bélgica, Holanda), han contemplado el derecho al suicidio asistido en personas sin enfermedad terminal o sufrimiento insoportable. Conceptualizado como el derecho de los "cansados de vivir" al suicidio asistido, ha introducido un nuevo elemento de controversia que ya acumula su propia casuística. El debate legal no es ajeno al debate ético acerca de las decisiones

que afectan al momento de finalizar la vida. Desde la decisión de abandonar de terminados esfuerzos terapéuticos en situaciones de irreversibilidad y situación de expectativa de vida limitada en el tiempo, hasta la de aplicar la eutanasia a individuos sin enfermedad o sufrimiento insoportable, existe un amplio rango de situaciones diferentes que obligan a reflexiones en profundidad en las que el profesional sanitario se ve necesariamente inmerso en el proceso de toma de decisiones. Algunos instrumentos como la decisión de las voluntades anticipadas o también llamado testamento vital, intentan ser de utilidad a la hora de la toma de decisiones complejas por parte de los profesionales de la salud, aunque también estos documentos presentan su propia complejidad y ciertas limitaciones provenientes, básicamente, de las diferencias de criterio que el propio sujeto puede experimentar en función de su experiencia en un momento dado. En cualquier caso, el profesional sanitario en general y el dedicado a la Psicogeriatría en particular, precisan conocer cada vez con mayor profundidad los retos acerca del final de la vida a los que les exponen, cada vez más, las nuevas complejidades.

#### **• Espiritualidad, salud mental y final de la vida.**

Adolf Toboña

**RESUMEN:** Se propone una breve incursión a los sistemas y engranajes neurales que modulan la espiritualidad y las creencias y prácticas religiosas en la mayoría de las personas, en todas las culturas humanas, así como a la posible mediación biológica de las convicciones areligiosas o del escepticismo férreo ante las vivencias o asunciones trascendentes. Para ello se desmenuzará diversos hallazgos procedentes de frentes de avance en las indagaciones neuroquímicas, neuroanatómicas y neurocognitivas sobre esos peculiares rasgos del temperamento. Hallazgos que han permitido, por un lado, comenzar a desbrozar los mecanismos de la proclividad diferencial a la espiritualidad y a las creencias religiosas, y por otro lado, asentar conjeturas cada vez más firmes sobre su presumible función evolutiva. Se conectará todo ello con las oscilaciones y el peso variable que muestran esos atributos temperamentales en diversas etapas de la trayectoria vital, así como en las distinciones en función del género y se incidirá, de un modo especial, en su papel en los períodos finales de cada itinerario personal. Por último, se discutirán datos recientes sobre los efectos de diversos procedimientos de apoyo y trabajo espiritual en los índices de calidad de vida en patologías graves y terminales o en situaciones de carencia y limitación senil.

18:00 - 19:30

#### **Simposium Oficial EAGP 4:**

**New developments for treatment resistant depression | COORDINADOR/CHAIR: Max Stek**

#### **ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA**

En este Simposium se analizan, a lo largo de tres ponencias, las nuevas estrategias para el tratamiento de la depresión resistente en la población geriátrica. En la primera de ellas se muestra la perspectiva del enfoque multifocal adoptado por la Faculty of Old Age Psychiatry-The Royal College of Psychiatrists del Reino Unido, para mejorar el reconocimiento y la gestión de esta enfermedad. En la segunda, los autores consideran que, cuando se realiza el tratamiento de esta patología, el perfil de los síntomas, la edad de inicio, la atrofia del lóbulo temporal medial y, en particular, los procesos vasculares, juegan un papel importante en la resistencia farmacoterapéutica. Por ello, estudian la terapia electroconvulsiva, evaluando el efecto a corto y largo plazo y los efectos secundarios cognitivos de la misma, con respecto al perfil clínico y las características cerebrales en dos grandes cohortes de adultos mayores gravemente deprimidos. Finalmente, la tercera ponencia aborda el

manejo de esta patología en Atención Primaria, incidiendo en que el modelo de atención colaborativa ha demostrado ser uno de los enfoques más eficaces para la depresión en los ancianos en comparación con la atención habitual, considerando que el foco principal de la intervención debe ser la prevención, con implicaciones en la práctica clínica, la investigación y la política.

• **Better recognition and Management of depression in older people : UK perspective.** Sujoy Mukherjee

**RESUMEN:** The older population in the UK is increasing steadily, a phenomenon shared by most developed nations. Depression in older people is common, under-recognised and undertreated and often attracts therapeutic nihilism. It affects 1 in 5 older people living in the community (22% of men and 28% of women aged 65 years and over) and 2 in 5 (40%) living in care homes. Unrecognised and untreated depression also drains resources from healthcare and social care. There is also direct and indirect economic consequences that is yet to be adequately explored.

There are number of barriers that affect diagnosis in this age group. Treatment is often inadequate and access to psychological treatment far less available compared to the younger population. Multi-morbidity, frailty and complex psychosocial issues often make adequate management challenging.

This presentation will highlight the multifocal approach adopted by the Faculty of Old Age Psychiatry, The Royal College of Psychiatrists, UK to improve recognition and management of this challenging mental disorder. This includes targeting specific care settings for training and case finding, building up alliances with various organisations including voluntary sector, influencing politicians and government bodies and exploration of underused resources and innovative care models.

• **Treatment Resistant Depression in Late Life, the role of clinical profiling and the practice of electroconvulsive therapy.** Max Stek

**RESUMEN:**

**Background:** Late life depression (LLD) is a complex neuropsychiatric disorder with a high burden of disease in patients and relatives and with serious consequences for society. When treating LLD, symptom profile, age at onset, Medial Temporal lobe Atrophy (MTA) and particularly vascular burden play an important role in pharmacotherapy resistance.

**Methods:** To evaluate the short and long term effect and cognitive side effects of electroconvulsive therapy (ECT) with respect to clinical profile and brain characteristics in two large cohorts of severely depressed older adults.

**Results:** LLD with psychotic symptoms showed high remission rates and was associated with less cognitive impairment. The presence of brain characteristics is differentially associated with treatment outcome and side effects depending on symptom profiles of LLD.

**Conclusion:** There are distinct subtypes of LLD with important consequences for clinical management. Severity and clinical characteristics of LLD like psychotic features and vascular burden may very well provide clues for guiding clinical management in LLD.

• **Managing late-life depression in Primary Care.**  
Lia Fernandes

**RESUMEN:** With the growing elderly population worldwide, depression is becoming highly prevalent, particularly in primary care and community, and will be a leading cause of disability in the near future.

Late-life depression is often chronic or recurrent and has been recognized as

a major risk factor for morbidity and mortality. Notably it increases the risk of dementia, coronary heart disease, stroke, cancer and suicide.

The association between depression and outcomes of chronic medical conditions comprises biological mechanisms such as inflammation and poor self-care as well as poor adherence to treatment regimens, which makes primary care its first line of intervention.

Care for these patients, poses a significant clinical and public health challenge and accounts for a great slice of the health care costs, so effective approaches to manage the complexity of coexisting physical and psychological disorders are needed. Therefore, a large pool of evidence suggests that depression should be integrated into the care of multimorbidity.

Among the different interventions for depression, the collaborative care model has been demonstrated to be one of the most effective approaches for depression in the elderly when compared to the usual care. However, due to elderly depression specificity, including the stigma, the main focus of intervention should be on prevention, with implications in the clinical practice, research and policy.

## SÁBADO 25 DE FEBRERO

10:00 - 12:00

Taller SEPG1: Alteraciones psicopatológicas

en los ictus | COORDINADOR/CHAIR: José Ignacio Quemada Ubis

### ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA

Los ictus se caracterizan por un debut clínico brusco y una combinación de signos físicos y cambios mentales. Tradicionalmente los primeros atraen el esfuerzo y la atención de los equipos médicos y rehabilitadores, pero son los segundos, es decir, los cambios cognitivos, afectivos y conductuales los que más condicionan a futuro la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

El presidente del simposio propuesto es psiquiatra y trabaja en el desarrollo de Servicios de rehabilitación para pacientes con daño cerebral desde hace 25 años. Durante este tiempo ha liderado el desarrollo de modelos de intervención sobre las alteraciones conductuales en daño cerebral. Este trabajo ha tenido su reflejo en múltiples publicaciones, cursos y ponencias. Naiara Mimentza es responsable de neuropsicología del Hospital Aita Menni y está completando una tesis doctoral centrada en la validación de la escala de irritabilidad de la escuela de Cambridge y ha estudiado este síntoma en una amplia muestra de ictus. Eduardo González es psicólogo e investigador del Instituto de Investigaciones psiquiátricas del Hermanas Hospitalarias; una de las líneas de investigación del Instituto es "la cognición social en las enfermedades neuropsiquiátricas". Como parte de esta línea de investigación se ha estudiado el reconocimiento de emociones en caras en los ictus. Se presentarán en primicia los resultados de una muestra de más de 50 pacientes.

• **La irritabilidad en el ictus.** Naiara Mimentza

**RESUMEN:** El ictus es una patología en crecimiento. En función de la severidad, la naturaleza o la localización los ictus generan un amplio abanico de alteraciones con un claro impacto para quien lo sufre y su familia. En la mayoría de los casos supone una disminución de la autonomía funcional y la calidad de vida de la persona.

A pesar de su claro impacto, durante los últimos años, la investigación y los programas de rehabilitación de los ictus se han dirigido a mejorar la sintomatología física y las dificultades en la comunicación dejando las alteraciones psicopatológicas, entre las que se encuentra la irritabilidad, en un segundo plano.

La irritabilidad es un término ampliamente utilizado para describir a pacientes con ictus y alteraciones conductuales. No obstante, se trata de un síntoma pobremente definido, que se intercambia con facilidad con términos como agresividad, hostilidad y enfado. Para algunos autores se trata de una conducta, para otros sin embargo se trata de una emoción. La ausencia de consenso en torno al concepto provoca que en ocasiones se hable de irritabilidad como síntoma mientras que en otras ocasiones se le considere un síndrome.

En nuestra práctica clínica la irritabilidad se manifiesta con frecuencia y su impacto es amplio. Puede generar desde un pobre aprovechamiento de la rehabilitación, conflictos relacionales, sobrecarga familiar etc. Por ello, hemos desarrollado un estudio específico en el que además de revisar la literatura referente al tema se ha valorado a una muestra compuesta de 30 sujetos con ictus mediante una escala específica. En la actualidad nos encontramos analizando los datos obtenidos que se mostrarán en el taller.

#### • El reconocimiento de las emociones en caras en el ictus. Eduardo Gonzalez

**RESUMEN:** Sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) severo da lugar a una gama de déficits neuropsicológicos que muchas veces producen una afectación en el procesamiento emocional del paciente.

Esta dificultad para identificar, procesar y dar respuesta a los aspectos emocionales del entorno genera un importante deterioro en el funcionamiento social del paciente (relaciones interpersonales, de pareja, sociales, laborales,....etc.). Uno de los aspectos más estudiados en el procesamiento emocional de los pacientes que han sufrido un ictus ha sido el reconocimiento de expresiones emocionales faciales. No obstante y a pesar del número de trabajos publicados, aún se desconocen aspectos importantes relacionados con los mecanismos neuroanatómicos implicados en el proceso y los factores referidos al paciente y al entorno que modulan dicha afectación.

Se estima que cerca del 20% de pacientes que han sufrido un ACV severo experimentan dificultades importantes para identificar y dar una respuesta adecuada a las expresiones faciales de otras personas. Por ello se hace necesario poder contar con buenos instrumentos de medida que nos permitan realizar una buena evaluación acerca de la naturaleza, intensidad y grado de afectación para el paciente. En base a esta evaluación podremos establecer estrategias de intervención de cara a paliar dicha afectación y sus consecuencias. La literatura existente, aunque escasa, revela resultados prometedores.

#### • Psicopatología de la afectividad en el ictus.

Jose Ignacio Quemada

**RESUMEN:** Los ictus dan lugar a un amplio abanico de trastornos mentales a los que la psiquiatría ha prestado escasa atención. La excepción a este olvido ha sido la depresión post-ictus que si ha suscitado interés de clínicos e investigadores. En la ponencia se revisarán estos estudios y la evidencia relativa al tratamiento de la misma. Síndromes como el emocionalismo, la apatía, las reacciones catastróficas y otros trastornos del contenido o de la expresión de las emociones serán también objeto de atención a lo largo de la ponencia.

10:00 - 12:00

#### Taller SEPG 2: Reminiscencia Multisensorial: del sentido a la emoción | COORDINADOR/CHAIR: Pilar de Azpiazu Artigas

Sonia Quiñones Úbeda, Neuropsicóloga  
Xelo Casado Montañés, Psicóloga Clínica

#### ABSTRACT DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA, CLÍNICA O ASISTENCIAL RELACIONADA CON LA PROPUESTA

Los sistemas sensoriales cerebrales, a través de los órganos de los sentidos, procesan la información proveniente del exterior. Mediante conexiones neuronales con áreas límbicas y temporales se activan mecanismos de memoria remota que a su vez provocan cambios emocionales en el individuo. Estos procesos se mantienen incluso en etapas avanzadas de la demencia, hecho que ofrece una oportunidad terapéutica en las diferentes fases de la enfermedad.

Se acepta en la comunidad científica que las terapias no farmacológicas, entre las que destaca la reminiscencia, resultan eficaces en el tratamiento integral de las demencias. La reminiscencia es una forma de personalizar la atención y promover calidad de vida en las personas con demencia, puesto que consigue activar el pasado personal, evocando situaciones mediante estímulos.

En el taller que se propone utilizaremos tipos de materiales de cada modalidad sensorial (visual, táctil, auditiva, olfativa y gustativa) para generar recuerdos o vivencias del pasado. Estos recuerdos serán la base para evocar emociones o sentimientos en los participantes.

10:00 - 12:00

#### Taller EAGP 1: Cognitive Stimulation therapy-setting up and running group

| COORDINADOR/CHAIR: Elisa Aguirre

This workshop will give learners an overview of how to deliver Cognitive Stimulation Therapy (CST).

The workshop will involve teaching, group exercises, role-play and video observation.

At the end of the workshop learners will be able to:

- Understand how Cognitive Stimulation Therapy (CST) was designed and evaluated.
- Familiarise with CST key principles and programme structure, sessions and themes.
- Be able to understand how to deliver CST to groups for people with dementia, and critically evaluate this process
- Reflect on issues such as how to adhere to key principles, the selection of suitable participants, motivating people to participate, adapting CST to other cultures and managing group dynamics.

12:30 - 13:30

#### Sesión Plenaria 3 | COORDINADOR/CHAIR: Martin Orrell

#### • Positive thinking and healthy aging.

Manuel Martín Carrasco

**RESUMEN:** Tradicionalmente, el enfoque clínico de la Psiquiatría Geriátrica ha asumido la conceptualización tradicional centrada en los síntomas clínicos y en la incapacidad resultante de los mismos. Este enfoque proporcionaba una visión reduccionista y generalmente pesimista de la persona, lo que a su vez se traducía en una orientación terapéutica excesivamente centrada en las terapias biológicas, cuando no en el nihilismo terapéutico.

Por el contrario, la visión que caracteriza el pensamiento positivo se caracteriza por evaluar conjuntamente no solo los síntomas, sino también las capacidades que permanecen, con la finalidad de apoyarse en ellas para realizar un abordaje terapéutico que enfatice la calidad de vida y el respeto al entorno social y cultural de la persona.

Otra característica del pensamiento positivo es el énfasis en los aspectos preventivos, con el objetivo de conseguir un envejecimiento saludable. Este enfoque traslada la preparación para el envejecimiento a las edades medias de la vida, donde se aconseja realizar un replanteamiento vital enfocado a conseguir una vejez plena que suponga realmente el culmen de la vida.

RESÚMENES DE  
**POSTERS**

## CATEGORÍA A: Investigación en Psiquiatría y Salud Mental

### • Continuum depresión – demencia: estudio descriptivo.

#### Autor principal

Sergio González Garrido. PSQUIATRA. H.U.V.MACARENA. Unidad de hospitalización. Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** En la actualidad se habla del continuum depresión – demencia y de la importancia que tiene un tratamiento adecuado para un episodio depresivo tardío (DAT), ya que éste puede retrasar la aparición de una demencia. Nuestro objetivo es describir si los pacientes con diagnóstico al alta de “Deterioro Cognitivo” habían padecido de “Depresión” en los años anteriores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En el año 2014 en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Virgen Macarena (Sevilla) se registraron un total de 751 ingresos. 24 casos fueron dados de alta con juicio clínico compatible con deterioro cognitivo. Indagamos en la historia clínica digital de estos paciente para comprobar si en su historia retrospectiva, tenían como antecedente el haber padecido al menos de un episodio depresivo en los años anteriores a la aparición de su deterioro cognitivo

**RESULTADOS:** De los 24 pacientes analizados el 68% tenían antecedente de al menos un episodio depresivo en los años previos a la aparición del cuadro de deterioro cognitivo. Dentro de estos pacientes la demencia más frecuentemente diagnosticada fue la demencia fronto-temporal (DFT) con un 45,8% del total, seguida por la vascular (D.V) y la Enfermedad de Alzheimer (E.A) con un 16,6% cada una. De los siete pacientes que no tuvieron el antecedente de un episodio depresivo, tres de ellos se diagnosticaron de E.A, dos de DFT, uno de D.V y otro de Deterioro cognitivo sin especificación.

#### Otros autores

Miguel Zacarias Perez Sosa. MIR PSQUIATRÍA  
María Riesgo Arias. MIR PSQUIATRÍA  
Anabel Florido Puerto. MIR PSQUIATRÍA  
Celia Muñoz Cauqui. MIR PSQUIATRÍA

### • Análisis longitudinal de los pacientes psicogerítricos ingresados en una unidad de hospitalización de psiquiatría.

#### Autor principal

Sergio González Garrido. PSQUIATRA. H.U.V.MACARENA. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. Sevilla.

**OBJETIVOS:** Tras describir en Congresos anteriores (SEPG, Tarragona 2016) las características de los pacientes psicogerítricos que habían ingresado en nuestra Unidad de Hospitalización, en este presente trabajo pretendemos describir la evolución dos años después de la población psicogerítrica que ingresó en el año 2014 en nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

**METODO:** Para nuestro estudio descriptivo hemos extraído de los más de 700 ingresos hospitalarios en el año 2014 en nuestra UHSM a los pertenecientes a la población psicogerítrica, obteniendo así una muestra con n=57 y que representan un 10,18% del total de 550 personas que precisaron uno o varios ingresos a lo largo de los doce meses de estudio. Posteriormente analizamos que han ocurrido con estos pacientes a lo largo de los dos

siguientes años hasta Diciembre de 2016, recogiendo el número de ingresos, el seguimiento actual por parte de Psiquiatría y Neurología y si el diagnóstico se ha modificado.

**RESULTADOS:** En el año 2015 de los 57 pacientes necesitaron volver a ingresar 13 pacientes (22,8%) generando un total de 22 ingresos. Por su parte en el año 2016 solo 4 (7,1%) pacientes reingresaron generando 8 ingresos. En diciembre de 2016 el 61,4% continuaba en seguimiento en salud mental de zona. Por su parte un 29,8% estaba en seguimiento por Neurología. En un 31,5% el diagnóstico a los 2 años había cambiado. La demencia más frecuente es la Demencia Fronto-temporal. **OBJETIVOS:** Tras describir en Congresos anteriores (SEPG, Tarragona 2016) las características de los pacientes psicogerítricos que habían ingresado en nuestra Unidad de Hospitalización, en este presente trabajo pretendemos describir la evolución dos años después de la población psicogerítrica que ingresó en el año 2014 en nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

#### Otros autores

María Riesgo Arias. MIR PSQUIATRÍA  
Miguel Zacarias Perez Sosa. MIR PSQUIATRÍA  
Jorge Banda Moruno. MIR PSQUIATRÍA  
Irene Pans Molina. MIR PSQUIATRÍA

### • Estudio piloto multicéntrico para evaluar los beneficios del uso de la plataforma on-line caregiverspro-mmd dedicada al apoyo y la asistencia de las diadas formadas por personas que viven con demencia y sus cuidadores principales.

#### Autor principal

Joan Catena Mir, médico Hospital Sant Andreu - Fundació Sociosanitària de Manresa. Manresa. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:** La longevidad es el ppal factor de riesgo de demencia y es un problema grave en salud mundial. Las estrategias de la UE se centran en mejorar la salud de las personas envejecidas y prevenir la dependencia.

**MÉTODO:** El proyecto europeo CAREGIVERSPRO-MMD tiene como objetivo aplicar y evaluar la solución on-line, dedicada a la diada cuidador-paciente y proporciona servicios basados en redes sociales, intervenciones y estrategias clínicas adaptadas. Se realizará (2017) un estudio prospectivo, aleatorio, multicéntrico, controlado, paralelo y longitudinal con 602 diadas, grupo intervención con acceso a la plataforma y grupo control sin acceso a la misma, t: 18 meses. Se evaluarán: aspectos de salud (psicológicas, AVD, calidad de vida), sociales (cohesión, apoyo social, autoestima y optimismo), económicos, grado de satisfacción y facilidad de uso de la plataforma.

**DISCUSIÓN:** Fomenta la relación entre el equipo asistencial, paciente y entorno, contribuye a mejorar la calidad de vida y a un mejor control de la salud.

**BIBLIOGRAFIA:** Kawas CH, Corrada MM. Alzheimer's and dementia in the oldest-old: a century of challenges. *Curr. Alzheimer Res.* 3,411–419.2006; Dröes RM et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment. Health* 21,4–17.2017; CAREGIVERSPRO-MMD, Project. Pilot Operation Manual.2016. <http://caregiversprommd-project.eu/wp-content/uploads/Pilot-Operation-Manual.pdf>

#### Otros autores

Cristina Pardo Bustamante, médico  
Elena Rovira Hernández, DUE  
Maribel Martínez Prat, psicóloga  
Xavier Gironés García, Biólogo  
María Quintana Aparicio, Neuropsicóloga

## • Distribución por sexo del uso de antidepresivos en una muestra de población geriátrica

### Autor principal

María Macías Sánchez, Psiquiatra Hospital Regional Universitario Málaga.

**INTRODUCCIÓN:** El uso de psicofármacos está muy extendido en atención primaria, entre ellos el uso de antidepresivos, habiéndose identificado algunas variables que aumentan la probabilidad de utilización, como el sexo o la edad. El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la distribución por sexos de los pacientes que tomaban antidepresivos en una muestra de población geriátrica.

**METODOLOGÍA:** Se analizó la distribución por sexos en una muestra total de 666 pacientes mayores de 65 en tratamiento antidepresivo prescrito en atención primaria, tomada de manera aleatoria entre todos los mayores en tratamiento antidepresivo en los distintos centros de salud del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

**RESULTADOS:** La edad de la muestra analizada osciló entre los 65 y los 100 años, con un promedio de edad de 75 años. El 77% de los pacientes que tomaban antidepresivos eran mujeres frente a un 23% de varones.

**CONCLUSIONES:** En nuestra muestra encontramos que el uso de antidepresivos en mujeres era más del triple que en hombres, lo que sugiere que el hecho de ser mujer se asocia de manera más intensa con la probabilidad de recibir tratamiento farmacológico en la tercera edad, aunque habría que hacer un análisis más profundo al respecto con el fin de identificar las variables que influyen en la diferencia por géneros en nuestra población en concreto.

### Otros autores

María Magdalena Hurtado Lara, Psicóloga Clínica

Nazaret Cantero Rodríguez, Psiquiatra

Vanesa Noguera Morillas, Psiquiatra

Antonio Bordallo Aragón, Psiquiatra

## • Computer based cognitive rehabilitation programmes - Gradior v4 new characteristics.

### Autor principal

Martina Vanova. Marie-Curie Early Stage Researcher, Fundación INTRAS Zamora.

GRADIOR is a computer-based programme used for neuropsychological rehabilitation for people with various cognitive impairments of different aetiology as well as for cognitive stimulation of healthy individuals. GRADIOR consists of dynamic exercises designed to stimulate whole range of cognitive abilities offering tools to adjust the cognitive intervention for every person individually. The programme also provides tools for evaluation of current cognitive performance. The programme is designed for a touchscreen so the individual can respond to presented stimuli directly without any prior knowledge or experience with computers. GRADIOR is a flexible tool which permits the neuropsychologist or other professional to tailor the rehabilitation intervention for every person depending on the level of their impairment, personal preferences etc. To reach maximal potential and functioning of the programme a neuropsychological assessment is needed prior the treatment and also mid-term if a change of difficulty or exercises is necessary.

GRADIOR is a programme successfully used in Spain and English speaking countries in over 450 centres in social and health sector however, the effectiveness of GRADIOR so far has not been evaluated in depth.

### Otros autores

J. Antonio García Casal

Yolanda Bueno Aguado

María Teresa Cid Bartolomé

Manuel Angel Franco Martín

## • ¿Existen diferencias cualitativas en el dibujo del reloj en las diferentes demencias que tengan relevancia clínica?

### Autor principal

Augusto Malanga Ferrari, Medico Geriatra, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** El test del Reloj ha demostrado gran utilidad en la práctica clínica. Se ha visto que la puntuación total es similar en todas las demencias, salvo en la FT, pero hay pocos estudios sobre las diferencias cualitativas.

**OBJETIVO:** Explorar en que parte del dibujo del test del reloj se comenten errores en las diferentes demencias.

**MÉTODO:** A pacientes que acuden a consultas de Geriatría, se les solicitó que dibujen un reloj según el Test del dibujo del Reloj de Thalman, 1996. Junto a la puntuación del test se especificó en qué área se cometían los errores (esfera, números o manecillas).

**RESULTADOS:** Se analizaron 109 pacientes con edad media de 82 años, mayoría mujeres, siendo analfabetos 26. Tenían demencia tipo Alzheimer un total de 60 pacientes, puntuación media del MEC de Lobo 21,8. El error en los números y las manecillas fue más frecuente en las demencia tipo Alzheimer, mixta y vascular. En la demencia por cuerpos de Lewy se observó una menor puntuación total y fue más frecuente el error en el dibujo de la esfera que en otras demencias.

**CONCLUSIONES:** Se observaron algunas diferencias cualitativas no significativas en el test del reloj en las diferentes demencias. Durante el estudio se objetivó una tendencia a una puntuación menor en el reloj respecto al MEC, que indica la importancia de realizar ambas pruebas en el estudio del deterioro cognitivo.

### Otros autores

Elisa Martin de Francisco, Médico Geriatra

Berta Alvira, Médico Geriatra

Elena García, Médico Geriatra

Jaime Alejandro Garcia, Médico Geriatra

## • Catatonía en psicogeriatría.

### Autor principal

Beatriz Rodríguez Cabo. Medico psiquiatra, Centro de Salud Mental de Santurce, Santurce, Vizcaya (Bilbao).

**INTRODUCCIÓN:** La Catatonía es un síndrome que afecta a pacientes en cualquier rango de edad. Tiene diversas etiologías, orgánicas y psiquiátricas. Es infradiagnosticada y erróneamente tratada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante 2 años se recogieron consecutivamente casos diagnosticados de Catatonía (n=20). El 35% tenía 65 años o más. Se analizaron los datos de dicho subgrupo.

**RESULTADOS:** La muestra era predominantemente femenina (86%) con 72.6 años de edad media. Un 71% padecía alguna enfermedad psiquiátrica, en su mayoría trastornos afectivos; en un 57% de los casos descompensada. Un 43% no presentaba ningún antecedente somático de interés.

En un 71% de los casos se realizó un diagnóstico inicial erróneo. La media de tiempo (horas) transcurrido hasta el diagnóstico correcto fue de 216. El 100% de los casos precisaron TEC para su recuperación completa, con una media de 5 sesiones.

En el 100% de los casos la catatonía fue atribuida a patología psiquiátrica, en un 86% de tipo afectivo. Solo uno de los pacientes no pudo ser dado de alta a domicilio.

**DISCUSIÓN:** La Catatonía en pacientes ancianos es frecuente y debe ser tenida en cuenta como posibilidad diagnóstica diferencial. A pesar de que

se ha descrito su relación tanto con patología orgánica como psiquiátrica, en la mayoría de los casos se aprecia patología psiquiátrica de base que explique el diagnóstico. Dicha patología es en su mayoría de tipo afectivo, y no psicótico como históricamente se ha postulado. La TEC logra la resolución

#### Otros autores

Arantza Madrazo Maza. Médico Psiquiatra  
Sonia Bustamante Madariaga. Médico Psiquiatra  
Nora Olazabal Eizaguirre. Médico psiquiatra  
Miguel Angel Gonzalez Torres. Medico psiquiatra

### • Uso de antipsicóticos en centros geriátricos.

#### Autor principal

Afonso Fernandes De Abreu Alves Chaves. Médico Psiquiatra. Fundación Hospital Manacor, Manacor, Baleares (Palma de Mallorca).

**INTRODUCCIÓN:** El conocimiento del actual uso de antipsicóticos en la población geriátrica cobra cada vez mas importancia. Se pretende describir la prevalencia de uso no-urgente de antipsicóticos en centros geriátricos de la provincia de Zamora.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se ha realizado un estudio de prevalencias en centros geriátricos de Zamora. La recogida de datos se ha efectuado a partir de los registros clínicos y han sido tratados a través del instrumento estadístico SPSS v.23. Las dosis equivalentes de antipsicóticos se han establecido según método Defined Daily Doses de la OMS (1).

**RESULTADOS:** Se ha obtenido una muestra n=306 pacientes entre 5 centros geriátricos. El 31.05% tenía prescrito algún antipsicótico. De estos, el 35.8% eran Típicos y el 64.21% Atípicos. Risperidona fue el mas usado entre los atípicos (47.5%) y el Haloperidol entre los típicos (52.9%). Se observaron dosis diarias medias de 120 mg para Típicos y 220mg para Atípicos en dosis Equivalentes a Clorpromazina.

**DISCUSIÓN:** Pese a recomendaciones la frecuencia de utilización de antipsicóticos se muestra considerable, a semejanza de otros estudios de amplio espectro a nivel europeo. Aunque se reconocen limitaciones debido al espacio muestral reducido, estos resultados servirán como base de futuras investigaciones individualizadas a la provincia de Zamora, para potenciar la reducción de su utilización.

**CONCLUSIONES:** El numero de prescripciones de antipsicóticos es alto. Futuros estudios se deberán llevar

#### Otros autores

Juan Luis Muñoz Moreno. Médico Psiquiatra  
Jorge Valdes Moreno. Medico  
Katherine Isabel Hernández de La Cruz. Médico  
Fernando Martínez Abad. Docente Universitario. Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad Salamanca  
Manuel Ángel Franco Martín. Médico Psiquiatra. Docente Universitario. Universidad Salamanca

### • Valoración de la sobrecarga del cuidador. Comparación psicométrica de dos instrumentos de medida: Caregiver Risk Screen vs Zarit Burden Inventory.

#### Autor principal

Ioseba Iraurgi Castillo. Profesor de Universidad. Psicólogo Universidad de Deusto, Vizcaya (Bilbao).

**INTRODUCCIÓN:** La detección y valoración de la sobrecarga del cuidador constituye un factor relevante en la previsión y planificación de los cuidados

de personas con discapacidad que requieren de apoyo. Uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente en el ámbito de la investigación es el 'Zarit Burden Inventory' (ZBI), pero se han descrito algunas carencias en la utilización por parte de los profesionales de atención sociosanitaria. A este respecto, han surgido otras propuestas de evaluación como la planteada por Guberman mediante el 'Caregiver Risk Screen' (CRS).

**OBJETIVO:** Valorar las propiedades psicométricas del ZBI y del CRS y comparar la capacidad discriminativa de ambos instrumentos en la detección de cuidadores en riesgo de sobrecarga.

**MÉTODO:** Participan en el estudio 1251 cuidadores informales (media de edad de 59.1 años; y 79,5% de mujeres) a cargo de un familiar con necesidades de cuidado (demencias 33.3%, SN 36%; enfermedades físicas 41,2%, entre otros) a los que se les administra el ZBI y el CRS.

**RESULTADOS:** Ambos instrumentos presentan datos adecuados de consistencia interna (alpha de Cronbach de .88 y .85, respectivamente) y validez estructural. Un análisis ROC muestra el CRS ligeramente más adecuado que el ZBI en la selección de cuidadores en riesgo (ABC= 78,4% vs 75,9% de capacidad discriminativa) con una ligera mejor sensibilidad (.75 vs .70) para una misma especificidad (.70), si bien estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.

#### Otros autores

Nuria Ortiz Marqués. Profesora de Universidad  
María Carrasco Zabaleta. Profesora de Universidad  
Natxo Gómez Marroquín. Profesor de Universidad  
Pedro Fernández de Larrinoa Palacios. Profesor de Universidad  
Silvia Martínez Rodríguez. Profesora de Unversidad

### • Teleasistencia para pacientes con demencia (proyecto tv-assitdem).

#### Autor principal

Fermín Mayoral Cleries Psiquiatra Hospital Regional de Málaga Málaga

El objetivo clave de la Unión Europea es fomentar la vida independiente de las personas mayores y la tecnología es una pieza clave. La demencia tiene un impacto devastador sobre la independencia afectando al 6% de los mayores de 60 años.

El objetivo de este estudio es desarrollar y evaluar la efectividad de un sistema remoto basado en la transmisión de datos y videos interactivos entre profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores para prevenir el deterioro de la salud y mejorar la conexión social y la calidad de vida en personas con demencia.

**METODOLOGÍA:** El proyecto tiene dos fases: 1) entrevistas grupales con médicos, enfermeras, pacientes y cuidadores, identificaremos contenidos y materiales considerados necesarios por los usuarios; test de la plataforma en casa de usuarios, feed-back para su personalización a usuarios. 2) Ensayo clínico aleatorizado, 200 sujetos con demencia leve, 18 meses seguimiento. Evaluará el beneficio clínico y social (adherencia y calidad de vida) para pacientes y cuidadores, así como beneficios en costes para el sistema de salud.

**PLATAFORMA (INTERVENCIÓN):** Sistema de video conferencia interactiva con los profesionales sanitarios; recordatorios y alertas para adherencia al tratamiento y citas; trasmisión remota de marcadores de salud (ej tensión) y monitorización de funciones cognitivas; conexión social; promoción de salud a través de consejos o sesiones on-line.

AAL Programme. AC16/00080 Acciones Complementarias programación conjunta internacion

#### Otros autores

Carlos Gutierrez Castañeda. Médico de Familia  
Pilar Barnestein Fonseca. Investigadora clínica  
Jose Guzmán Parra. Psicólogo Clínico

## • Una aplicación informática (app) de gestión de salud para pacientes con demencia: necesidades y motivaciones.

### Autor principal

Fermin Mayoral Cleries. Psiquiatra. Hospital Regional de Málaga, Málaga.

**INTRODUCCIÓN:** La población está envejeciendo y su cuidado incrementa los costes. Las personas con demencia (6% de los mayores de 60 años) son aún más vulnerables con un efecto devastador sobre su independencia. ¿Pueden las nuevas tecnologías ayudar a conseguir más independencia para esta población?

**OBJETIVO:** Explorar las funciones necesarias que debe tener una app de gestión de la salud, así como analizar las motivaciones y las expectativas de uso.

**METODOLOGÍA:** 12 pacientes con demencia, 12 cuidadores del Servicio Andaluz de Salud y de Consorci Sanitari de Terrasa. Entrevistas grupales e individuales, guion semi-estructurado. Metodología cualitativa.

**RESULTADOS:** Funciones necesarias en una APP: Pacientes: Información enfermedad (videos); relación directa profesionales sanitarios; listado y recordatorio medicinas, citas médicas y personales; entretenimiento (TV, radio, acceso hobbies); contacto familiares; compartir información. Cuidadores: juegos de memoria, localización, contacto con los profesionales sanitarios. Motivación uso APP: Ambos: sencilla, segura, de salud, comunicación directa con médico, que permita acceso a lo que me gusta y personalizable.

**CONCLUSIONES:** La aceptación de las personas con demencia de una aplicación móvil supone el reto porque muchas de ellas no están familiarizadas con su uso. Según los usuarios para usarla la aplicación debe ser muy simple, permitir contacto directo con el médico y la familia y poder ser personalizada. H2020 Grant Project 6433

### Otros autores

Maite Garolera Freixa. Neuropsicóloga  
Pilar Barnestein Fonseca. Investigador clínico  
María Quintana Aparicio. Neuropsicóloga  
Jose Guzmán Parra. Psicólogo clínico  
Noemí Cerulla Torrente. Neuropsicóloga

## • Ancianos y psiquiatría de enlace.

### Autor principal

Sergio González Garrido. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** De las estancias hospitalarias en 2016 en España, el 55% fueron pacientes de más de 65 años. El 60% tendrá un trastorno mental comórbido, que prolongará la hospitalización, con mayor coste y morbi-mortalidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos entre 2010 y 2016 por el programa de enlace del Hospital Valme, evaluando datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes mayores de 65 años.

**RESULTADOS:** Del total de 1487 interconsultas, el 35% fueron mayores de 65. 55% mujeres. El servicio más demandante fue medicina interna. El 50% no tenía antecedentes psiquiátricos. La patología más prevalentes fue T. adaptativo (29%).

**DISCUSIÓN:** Encontramos una cifra menor respecto al porcentaje de la interconsulta geriátrica. El diagnóstico más frecuente fue T. adaptativo, mientras que en otros trabajos el episodio depresivo. Nuestros resultados son similares en cuanto a la distribución por sexo y servicio demandante.

**CONCLUSIONES:** El trastorno mental es un desafío y el trabajo de enlace, proactivo y colaborador con otros departamentos, puede ser clave para abordar este problema, y mejorar el pronóstico y calidad de vida de nuestros mayores.

**BIBLIOGRAFÍA:** Olivera J, et al. Interconsulta y psicogeriatría. 7.º Congreso Virtual de Psiquiatría. 8 feb 2006. Ramos-García MI, et al. Psiquiatría de enlace en geriatría: estudio descriptivo de la demanda de interconsulta psiquiátrica de un servicio de geriatría. *Psicogeriatría* 2011; 3 (4): 151-157

### Otros autores

Mª Cristina Casas Gómez. Psiquiatra  
Francisco Gotor Sánchez-Luengo. Psiquiatra

## • Validation of affect-gradior an ict based emotion recognition test for older adults with Alzheimer'S disease and amnestic MCI.

### Autor principal

J. Antonio García Casal. Researcher Fundación INTRAS Zamora.

The aim of this study was to carry out the pilot validation of Affect-GRADIOR, a computer-based affect recognition test, with older adults and to evaluate its reliability and validity for the screening of people with Alzheimer's disease (AD) and amnestic mild cognitive impairment (aMCI). The test was administered to 212 participants ( $76.37 \pm 6.20$  years) divided into three groups (healthy controls,  $N = 69$ ; AD,  $N = 84$ ; aMCI,  $N = 59$ ). Usability of the software was evaluated using questionnaire and automated evaluation.

The instrument had high internal consistency (ordinal Cronbach's  $\alpha = 0.96$ ). Convergent validity was attained relative to MMSE ( $r = .487$ ,  $p < .001$ ) and CAMCOG-R ( $r = .432$ ,  $p < .001$ ) screening tests, discriminant validity was attained relative to GDS mood test ( $r = -.091$ ,  $p = .314$ ). Exploratory factor analysis supported a seven-factor model of the emotions assessed (neutral expression, happiness, surprise, disgust, sadness, anger and fear). Receiver operating characteristic curve analyses suggested good and fair area under the curve values to screen for possible AD and aMCI cases respectively. Participants valued Affect-GRADIOR as accessible and user-friendly. Affect-GRADIOR is a valid instrument for the assessment of the facial recognition of emotions in older adults with and without cognitive impairment.

### Otros autores

Martina Vanova. Marie-Curie Early Stage Researcher  
Fernando Martínez Abad  
Felipe Soto Pérez  
M. Victoria Perea Bartolomé  
Manuel Angel Franco Martín

## • The effectiveness of neuropsychological cognitive rehabilitation programme gradior in people with mild dementia. A randomised control trial.

### Autor principal

Martina Vanova. Marie-Curie Early Stage Researcher, Fundación INTRAS Zamora.

Cognitive rehabilitation is a highly individualised non-pharmacological intervention in people with dementia which in recent years have been developed also for various IT platforms. In this study we aim to evaluate the effectiveness of cognitive rehabilitation software GRADIOR in a single-blinded randomised control trial with people with mild dementia. A total number of 200 people

with mild dementia will be randomly allocated to one of the four groups. This trial will compare cognitive rehabilitation treatment with GRADIOR programme with psychosocial stimulation intervention (using EhcoBUTLER platform) and with a control group receiving a treatment as usual during a period of 1 year. The primary outcome of this clinical trial will be to determine any relevant changes in cognition after 1 year of intervention in a cross-sectional group comparison. One year of follow-up is planned to investigate a lasting effect of conducted treatments.

#### Otros autores

Eider Irazoki  
J. Antonio García Casal  
José Miguel Toribio Guzmán  
Ma. Cruz Sánchez Gómez  
Manuel Angel Franco Martín

#### • El suicidio consumado en población mayor de 65 años.

##### Autor principal

Lucía Martín de Francisco Murga. Médico especialista en Psiquiatría.  
Hospital de Día Psicogeriátrico, Pamplona.

**INTRODUCCIÓN:** La población mayor es un sector vulnerable y presenta las cifras más elevadas de suicidio. En Navarra, el 27% de quienes consuman el suicidio son mayores de 65 años, en España es en torno al 31%.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo-retrospectivo de las personas mayores de 65 años fallecidas por suicidio en Navarra (2010-2013), procedentes del Instituto Navarro de Medicina Legal.

**RESULTADOS:** Se registraron 49 casos, 77,6% varones y 22,4% mujeres. La edad media fue 77,7 años (d.t.=7,8), con dos picos en la frecuencia, a los 71 y de los 80 a los 83 años. Más de la mitad vivía en familia. El 90% no tenía intentos de suicidio previos. El método más utilizado fue el ahorcamiento (32,7%). Destaca como estresor la enfermedad física (41,2%). El 65,3% no estaba recibiendo atención en Salud Mental. Sin embargo, las mujeres la habían recibido en mayor proporción que los varones ( $p=,022$ ). El diagnóstico principal fue el trastorno afectivo (18,4%).

**DISCUSIÓN:** Los datos respaldan lo señalado en la bibliografía: los varones se suicidan el triple que las mujeres, lo consuman en el primer intento y en su mayoría no están atendidos en Salud Mental.

**CONCLUSIONES:** El suicidio en población mayor es frecuente y el hecho de que el intento previo sea un factor de riesgo de limitada sensibilidad, nos lleva a mejorar la detección y adherencia al sistema sanitario.

**BIBLIOGRAFÍA:** Nock M, et al. Suicide an Suicidal Behaviour. *Epidemiol Rev.* 2008; 30(1): 133-154.

#### Otros autores

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga clínica  
José Javier López Goñi. Universidad Pública de Navarra  
Leire Azcárate Jiménez. Psicóloga clínica  
Miriam Blanco Beregaña. Psicóloga clínica  
Rubén Peinado Jaro. Psicólogo Clínico

#### • The effect of apathy without depressive features on functionality.

##### Autor principal

Laura Carpio García. Médico geriatra, Hospital Virgen de La Poveda, Villa del Prado, Madrid.

**OBJECTIVE:** To determine if the presence of apathy and/or depressive features has any influence on functionality.

**METHODS:** Data were obtained from ADNI, a prospective multicenter cohort study. The presence of apathy was determined by the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), and by the three apathy items of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS). Participants were considered apathetic if the GDS-3-aphathy score  $\geq 1$ . Participants were divided into four groups depending on the presence or not of apathy and depressive features. Depression defined as a score  $\geq 6$  on the GDS was an exclusion criterion. Functionality was determined by Functional Ability Questionnaire.

**RESULTS:** In the total cohort, 468 were apathetic by GDS items (positive on  $> 2$  of 3 items), and 77 were apathetic based on the NPI. The presence of apathy acted as a risk factor of disability ( $p<0.008$ ). As the severity of apathy increases, functional impairment on the Functional Ability Questionnaire (FAQ) increases ( $p<0.001$ ).

**CONCLUSION:** The emergence of behavioral symptoms of apathy may predict a functional impairment in the future.

#### Otros autores

Emily Edmonds  
David Salmon

#### • The influence of apathetic symptoms on progression from MCI to AD.

##### Autor principal

Laura Carpio García. Médico geriatra, Hospital Virgen de La Poveda, Villa del Prado, Madrid.

**OBJECTIVE:** To determine if apathy predicts progression from MCI to dementia in different subtypes of MCI;

**METHODS:** Data were obtained from ADNI, a prospective multicenter cohort study. We used cluster analysis of baseline neuropsychological test performance to identify distinct subgroups within the ADNI-MCI cohort ( $n=825$ ). Apathy was determined by the NPI-Q and 3 apathy items of the 15-item GDS. Depression defined as a score  $\geq 6$  on the GDS was an exclusion criterion. Participants were divided into 4 groups depending on the presence or absence of apathy and depressive features;

**RESULTS:** Cluster analyses identified MCI-subtypes: MCI-Dysnomic, MCI-Dysexecutive, MCI-Amnestic, and MCI-Cluster-derived normal, who performed within normal limits on full cognitive testing. There were significant differences among MCI-subtypes with regard to conversion to dementia ( $p<0.001$ ). The rate of progression in the Dysexecutive group was the highest among the MCI subtypes and was 5.7 higher than MCI-cluster. The presence of apathy or depression at baseline had no significant association with evolution of cognitive impairment in any subtypes. When MCI subtype was used as an interaction factor, MCI-Dysnomics, were the only group where apathy showed a relative increase in conversion risk.

**CONCLUSION:** Rate of progression from MCI to AD differs across MCI subtypes, but is not predicted by the presence of features of apathy and/or depression, except in the Dysnomic-MCI group.

#### Otros autores

Emily Edmonds  
David Salmon

## • “Apathy symptoms in different subtypes of mild cognitive impairment”.

### Autor principal

Laura Carpio García. Médico geriatra, Hospital Virgen de La Poveda, Villa del Prado, Madrid.

**OBJECTIVE:** Apathy and depression are the most common neuropsychiatric features in MCI. The goal of this study is to evaluate the presence of apathy without concomitant depression in different subtypes of MCI;

**METHODS:** Data from 1109 normal-control and MCI-participants were collected through the ADNI, a prospective multicenter cohort study. Subgroups of MCI were derived using cluster analysis of their baseline neuropsychological data. 4 subtypes emerged: dysexecutive, amnesic, and cluster-derived normal, who performed within normal limits on cognitive testing. 284 participants were classified as cognitively normal controls. The presence of apathy was determined by the NPI-Q, and by the three apathy items of the 15-item GDS. Participants were considered apathetic if the GDS-3-aphathy score  $\geq 1$ . Participants were divided into 4 groups depending on the presence or not of apathy and depressive features. Depression defined as a score  $\geq 6$  on the GDS was an exclusion criterion;

**RESULTS:** Apathy defined by the GDS items was significantly different in the MCI subtypes ( $p < 0.001$ ). MCI-dysexecutive and MCI-Cluster-derived-normal groups had the highest prevalence of apathy. When apathy was defined by the NPI-Q, MCI-Dysexecutive and MCI-Amnesic had the highest apathy scores ( $p < 0.001$ ). Apathy severity was not significantly associated with MCI-subtype;

**CONCLUSION:** The prevalence of apathy differs among neuropsychologically-defined MCI subtypes and is most likely to occur in Dysexecutive-MCI.

### Otros autores

Emily Edmonds  
David Salmon

## • Diferencias clínico-asistenciales de los ancianos valorados por la interconsulta de psiquiatría de un hospital universitario de tercer nivel.

### Autor principal

Eduardo Delgado Parada. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**OBJETIVO:** Evaluar la presencia de características clínico-asistenciales diferenciales en los pacientes ancianos (mayores de 65 años) valorados por el equipo de interconsulta hospitalaria de psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal (HRYC)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional transversal retrospectivo. Se incluyeron todos los individuos valorados por el servicio de interconsulta hospitalaria del HRYC a lo largo de 2014. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales y se compararon por grupo de etario.

**RESULTADOS:** Se atendieron a 391 pacientes de los cuales el 40,2% tenía más de 65 años. El 53% eran varones. En el 71,1% de los casos el tiempo de seguimiento fue inferior a 7 días. En los ancianos se solicitaron más valoraciones desde los servicios quirúrgicos (39%;  $p < 0,05$ ). Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron de causa infecciosa (21,7%) y cardiovascular (12,7%;  $p < 0,005$ ) y se pidieron más valoraciones por agitación psicomotora (25,5%;  $p < 0,05$ ). Un 56,1% ( $p < 0,05$ ) tenía un diagnóstico previo de trastorno mental y un 9,6% ( $p < 0,005$ ) se descompensó. Se diagnosticaron trastornos mentales no conocidos en un 35,1% ( $p < 0,005$ ) y delirium en un 24,8% ( $p < 0,005$ ). Tenían diagnóstico previo de demencia 26 ancianos (16,6%;  $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONES:** Los ancianos de nuestra muestra presentan características clínicas diferenciales en comparación con el grupo de edad más joven; reciben más diagnósticos psiquiátricos nuevos y tienen afectación neurocognitiva.

### Otros autores

Leire Hernandez Plaza. Médico Interno Residente Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal  
Sandra Molins Pascual. Médico Interno Residente Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal  
Enriqueta Ochoa Mangado. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.  
Estíbaliz López de Munain Blanco. Médico Interno Residente Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal.  
Rocío Torralba Viorreta. Médico Interno Residente Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal

## • Development of a matrix of distinct allocation criteria for the validation of tests for neurocognitive disorder and depression.

### Autor principal

Ingo Klingenhegel. Psychologist, MSc. Geriatric Psychiatry Centre, Alexian Hospital Maria-Hilf Krefeld NRW, Germany.

NINCDS-ADRDA criteria (McKhann et al., 2011) and DSM-V (2013) criteria for neurocognitive disorder (NCD) and depression show a partial overlap. In studies, this might lead to arbitrary group assignments. To reduce this risk, highly specific allocation criteria are desirable.

Above-mentioned diagnostic criteria were combined. Statements were modified by splitting them into separate items if accumulated. These items were examined with respect to overlapping and discriminating symptoms, in order to find unique characteristics. Criteria, such as a decline from previous levels of functioning, that are found in the NINCDS-ADRDA and the DSM-V criteria for NCD as well as depression are impractical for distinct allocation. Attributes were formulated that must or must not occur to reach the highest possible specificity. A matrix was found containing eleven criteria that summarize to a clear discrimination. Six additional criteria were only able to differentiate between healthy controls and participants showing symptoms independent of the kind of disorder. Four criteria were found to be impractical in distinguishing the groups.

NINCDS-ADRDA criteria seem insufficient to differentiate NCD and depression. By including items of depression into a modified version of these criteria, groups can be sampled that are more homogenous. The proposed easy to use matrix of distinct allocation criteria can refine and simplify the process of scientific studies regarding tests for NCD and depression.

### Otros autores

Emmy F. Wichelhaus. Psychologist, MSc.  
Oliver M. Tucha. Head of Department Clinical & Developmental Neuropsychology, University of Groningen  
Ralf Ihl. Head of department Geriatric Psychiatry Centre, Alexian Hospital Maria-Hilf

## • Proyecto frailclinic: fragilidad y depresión en ancianos valorados en un hospital de tercer nivel.

### Autor principal

Carolina Herrera Bozzo. Medico (Geriatra), FYCIT, Oviedo.

**INTRODUCCIÓN:** La fragilidad fue definido por Fried 1 como un síndrome biológico en que disminuye la reserva y la resistencia a estresores. Usando datos del estudio FRAILCLINIC, valoramos la prevalencia de depresión valorados en el servicio de cirugía general del HUCA y analizaremos si existe relación entre depresión y fragilidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, prospectivo, en el que se incluyeron los pacientes mayores de 75 años que fueron valorados en consulta externa o estaban ingresados en el servicio de cirugía, durante 7 meses. Se les realizó seguimiento telefónico al año para valorar reingresos y mortalidad.

**RESULTADOS:** 172 pacientes 59,3% son hombres, con edad media de 81 años, 62% casados, 95% vivían en domicilio. El 56 % son independientes, 47% sin deterioro cognitivo y 19,6% con depresión. Fragilidad 29,1%; polifarmacia 57,1% y el 42,9% eran pluripatológicos. Reingresaron 22,1% y mortalidad al año 11,6%. Se relaciona a depresión el sexo  $p=0.000$ ; estado civil ( $p=0.007$ ); peor funcionalidad ( $p=0.000$ ); estado cognitivo ( $p=0.03$ ); fragilidad ( $p=0.000$ ) y mortalidad al año ( $p=0.001$ ). En el análisis multivariante, solo mantiene asociación con depresión la fragilidad (OR: 5,9; IC 95%:1,3-26,3)  $p=0.018$ .

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Son factores de riesgo conocidos de depresión el peor estado cognitivo y funcional. La prevalencia de depresión es similar a otras series, aunque la fragilidad es más alta. Los pacientes frágiles presentan 5.9 veces depresión.

#### Otros autores

Ana Sanz Gonzalez. Geriatra  
Olga Saavedra Obermann. Geriatra  
Jose Miguel Arche Coto. Geriatra  
Juan José Solano Jaurrieta. Geriatra

#### • Motivos más frecuentes de ingreso en psiquiatría en mayores de 75 años.

##### Autor principal

Rubén de Alarcón Gómez. MIR I Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones psiquiátricas de cuadros orgánicos suelen ser las últimas en aparecer como complicación del proceso base[1]. No es infrecuente que el paciente anciano ingresado en Psiquiatría deba su psicopatología a trastornos con base orgánica, no estudiados adecuadamente[2].

**METODOLOGÍA:** Hicimos un estudio observacional retrospectivo sobre pacientes ingresados en UHB Psiquiatría en 2016 mayores de 75 años. Hallamos una muestra de 20 pacientes, estudiando variables de motivo de ingreso, diagnóstico al alta, estancia media y comorbilidad.

**RESULTADOS:** Motivo de ingreso: Alteraciones de conducta 40% Clínica depresiva 20%, Intento autolítico 15% Descompensación de su enfermedad mental 15% Otros 10%. Juicio Clínico al alta: Trastorno neurocognitivo 40% Episodio depresivo 40%, Síndrome confusional 25% Otros 15%. Comorbilidad asociada 85% Estancia media 12,85 días.

**CONCLUSIÓN:** Las alteraciones de conducta son los motivos más frecuentes de ingreso, normalmente como manifestación de un trastorno orgánico. Además, es notable cómo sintomatología depresiva en pacientes ancianos merita una mayor necesidad de ingreso por los factores de riesgo asociados a la edad.

**BIBLIOGRAFÍA:** [1] Skoog, I. Psychiatric disorders in the elderly. Can J Psychiatry. 2011;56(7): 387-97. [2] Rubin, W.R, Weiss, K.H, Zeccardi, J.A. Organic Brain Syndrome: The Psychiatric Imposter. JAMA. 1983;249(1): 60-2.

#### Otros autores

Nerea Casado Espada. MIR I Psiquiatría  
Javier Ignacio de La Iglesia Larrad. MIR I Psiquiatría  
Ángela Pérez Laureano, PIR I  
Rafaela De La Mata Hidalgo, MIR II Psiquiatría  
Laila Al Chaal Marcos, MIR III Psiquiatría

#### • ¿Diagnósticamos y tratamos de forma correcta la patología psiquiátrica en pacientes mayores?

##### Autor principal

M<sup>a</sup> Isabel Porras Guerra. Geriatra Complejo Asistencial Universitario de León.

El tratamiento farmacológico es difícil en población geriátrica. Los cambios del envejecimiento hacen que la prescripción de ciertos fármacos sea limitada como los psicofármacos

**OBJETIVO:** Relación entre toma de psicofármacos y patología psiquiátrica en una muestra de mayores hospitalizados

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo Mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera en 2014 Variables: sexo, edad, tipo de fractura, estancia media patologías asociadas, consumo de fármacos y mortalidad

**RESULTADOS:** n 559 73,5% mujeres 28,5% varones Fracturas capsulares 42,7% Extracapsulares 57,2% Edad media 87,5a, Estancia media 11,4 d Patología asociada 4,6 Fármacos 5,4 Exitus 7,5% Patología psiquiátrica 53% Insomnio trastorno ansioso-depresivo y demencia las más frecuentes 11,7% diagnóstico dudoso Toman fármacos 94,3% Psicofármacos 63,6%, 1/3 de la muestra benzodiacepinas 10% toman psicofármacos no indicados

**DISCUSIÓN:** Elevado consumo de psicofármacos y de patología psiquiátrica. Edad media alta que favorece efectos secundarios y complicaciones Sobre-diagnóstico y sobretratamiento 11,7% diagnóstico dudoso Muchos pacientes/familiares no saben porqué ni para qué toman los fármacos

**CONCLUSIONES:** La toma inadecuada de fármacos en ancianos repercute en su funcionalidad e independencia Importante diagnóstico y tratamiento correcto, fundamental el seguimiento Los efectos secundarios en los mayores tienen consecuencias muy negativas en su calidad de vida "gnitivo" habían padecido de "Depresión" en los años anteriores.

#### Otros autores

M<sup>a</sup> Luz Suarez Huerta. TRAUMATÓLOGA  
Elena López Carro. ENFERMERA  
Marta Oblanca Rovira. ENFERMERA  
Olga Cano Pinto. ENFERMERA  
M<sup>a</sup> José Corral Álvarez. ENFERMERA

## CATEGORÍA B: Casos clínicos en Psicogeriatría

#### • Tratamiento de la depresión en ancianos con cardiopatía concomitante: a propósito de un caso.

##### Autor principal

Ana Gorriá Urtasun. Médico residente en Psiquiatría. Red de Salud Mental de La Rioja. Logroño.

**TÍTULO:** Tratamiento de la depresión en ancianos con cardiopatía concomitante: A propósito de un caso.

**AUTORAS:** Gorria-Urtasun A., Pibernat-Serrano V., Campos-Burgui MS. Servicio riojano de Salud Mental.

**OBJETIVO:** Revisar las indicaciones y precauciones a tomar en el tratamiento de la depresión en ancianos con cardiopatía concomitante.

**MATERIAL Y MÉTODO:** A propósito de un caso de un paciente con trastorno depresivo con síntomas psicóticos, se hace una revisión bibliográfica a través de libros, artículos y estudios en Pubmed y Tripdatabase.

**RESULTADOS:** - Los ISRS y la agomelatina parecen ser los fármacos más seguros en pacientes con cardiopatía. Entre los ISRS, la Sertralina presenta muy buena seguridad cardíaca, la Fluoxetina, la Paroxetina y Fluvoxamina buena. El Escitalopram y Citalopram pueden aumentar el intervalo QT. Y la Paroxetina y Fluvoxamina podrían generar hipotensión ortostática.

- La Reboxetina también tiene un buen perfil cardiovascular.

- Tanto la Duloxetina como la Venlafaxina tienen potencial para aumentar la presión arterial, esta segunda en mayor medida. Además, esta última presenta posibles efectos arritmogénicos.

- Entre los neurolépticos, el mejor perfil cardiovascular parece tenerlo el Aripiprazol y el Haloperidol, aunque este último presenta riesgo de hipotensión.

**CONCLUSIONES:** Se requiere una mayor atención en el tratamiento farmacológico de los ancianos con enfermedades médicas concomitantes. Es necesario tener en cuenta la presencia de estímulos:

Tratamiento de la depresión en ancianos con cardiopatía concomitante: A propósito de un caso.

#### Otros autores

Violeta Pibernat Serrano. Médico residente en psiquiatría  
Marisol Campos Burgui. Psiquiatra

#### • Diagnóstico diferencial de la demencia por cuerpos de Lewy: a propósito de un caso.

##### Autor principal

Ana Gorria Urtasun. Médico residente en Psiquiatría. Red de Salud Mental de La Rioja. Logroño.

**TÍTULO:** Diagnóstico diferencial de la demencia por cuerpos de Lewy: A propósito de un caso

**AUTORAS:** Gorria-Urtasun A., Pibernat-Serrano V., Campos-Burgui MS. Servicio Riojano de Salud Mental.

**INTRODUCCIÓN:** La Demencia por cuerpos de Lewy es considerada como el segundo tipo más común de demencia, después de la enfermedad de Alzheimer. Además de las alteraciones cognitivas, las características clínicas más distintivas incluyen: alucinaciones visuales, parkinsonismo, fluctuaciones del nivel cognitivo, disautonomía, desórdenes del patrón de sueño y sensibilidad a neurolepticos. Descrita por primera vez en 1960, actualmente es una entidad que tiende a pasarse por alto. Por dicha razón hoy persiste el reto de definirla como una entidad diferenciable de otras demencias degenerativas.

**OBJETIVOS:** - Revisar la clínica característica de este tipo de demencia.

- Describir las características neuropsicológicas diferenciales frente a otro tipo de demencias o enfermedades neuropsiquiátricas.

- Realizar un diagnóstico diferencial en el caso que nos ocupa.

**METODOLOGÍA:** Se presenta un caso catalogado en un ingreso previo de Demencia Frontotemporal que fue tratado con 4 ml de Risperdal. Acude a urgencias por un cuadro de agitación, anomalías motoras (disonía del tronco, acatisia, verbigeraciones, palilalia...) y diaforesis. En ese momento, se planteó si la clínica era debida a efectos secundarios o consecuencia del diagnóstico. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de

**Título:** Diagnóstico diferencial de la demencia por cuerpos de Lewy: A propósito de un caso  
Autoras: Gorria-Urtasun A., Pibernat-Serrano V., Campos-Burgui MS. Servicio Riojano de Salud Mental.

#### Otros autores

Violeta Pibernat Serrano. Médico residente en psiquiatría  
Marisol Campos Burgui. Psiquiatra

#### • Relevancia de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia.

##### Autor principal

María Arrieta Pey. Médico Interno Residente en Psiquiatría Clínica, Universidad de Navarra, Pamplona.

**INTRODUCCIÓN:** Además del deterioro cognitivo, la EA asocia una alta prevalencia de alteraciones psiquiátricas y conductuales. Denominados como síntomas neuropsiquiátricos, se han reconocido en la DSM-5 como parte integral del proceso de la demencia.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 71 años. Casada y madre de 3 hijos. Reside en casa con su marido. Sin enfermedades reseñables. Madre con demencia. En los últimos 7 meses destaca la muerte de su hermana. Desde hace un año comenzó a presentar pérdida de memoria, intensas conductas heteroagresivas hacia su marido, sintomatología depresiva y desinhibición conductual. Ante la persistencia del cuadro, sus hijos deciden traerle a consultas de Psiquiatría. Tras valoración psicopatológica, en la que destacaba actitud hostil, agresividad verbal, ideación delirante de perjuicio e insight anulado, se indicó ingreso involuntario. Se realizaron diferentes pruebas (EEG, RM, SPECT y PET amiloide, valoración neurocognitiva), siendo diagnosticada de DCL asociado a trastornos conductuales en relación con EA. Se inició tratamiento con rivastigmina, sertralina hasta 150 mg/día y risperidona hasta 1,5 mg/día, lográndose adecuado control del cuadro depresivo y conductual.

**CONCLUSIÓN:** El presente caso ilustra un cuadro de deterioro cognitivo asociado a alteraciones conductuales de difícil manejo. Se destaca la importancia del adecuado diagnóstico diferencial mediante la realización de pruebas dirigidas por diferentes profesionales de la psicogeriatría.

#### • Diagnóstico y seguimiento del Síndrome Confusional agudo en el paciente anciano.

##### Autor principal

Nazaret Cantero Rodríguez. Psiquiatra. Hospital Regional Universitario Málaga, Málaga.

**INTRODUCCIÓN:** El delirium se define como un trastorno de la conciencia acompañado por cambios en la cognición que no se pueden explicar debido a una demencia preexistente y que suele afectar sobre todo al paciente anciano. Es una complicación médica potencialmente grave de ahí la importancia de realizar un diagnóstico adecuado y un posterior seguimiento estrecho del paciente en la Interconsulta Psiquiátrica.

**OBJETIVOS:** Evaluación y seguimiento de una paciente con SCA mediante el uso de instrumentos estandarizados.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un diagnóstico inicial de delirium en una paciente de 78 años ingresada por una intervención de cadera según criterios diagnósticos DSM IV-TR cumpliendo la paciente los criterios A, B, C y D.

Posteriormente, se aplicó la Delirium Rating Scale Revised-98 en sus 13 ítems de gravedad durante 10 días en dos franjas horarias separadas por 6 horas cada uno de los días. Sólo se aplicaron los 3 ítems diagnósticos en la primera evaluación; siendo 15 el punto de corte para el diagnóstico de delirium en los 13 ítems de gravedad y 18 el punto de corte para delirium en los 16 ítems totales, al incluir los 3 ítems diagnósticos a los 13 ítems de gravedad.

**CONCLUSIONES:** El Delirium es una complicación médica potencialmente grave, de ahí la importancia de un adecuado diagnóstico y seguimiento. Ambos deberían apoyarse siempre en instrumentos estandarizados con el fin de establecer de forma objetiva la mejoría clínica del paciente.

#### Otros autores

María Macías Sánchez. Psiquiatra  
Eva Flordelis Lasierra. MIR-4 Psiquiatría

#### • Síndrome Serotoninérgico en paciente octogenaria, a propósito de un caso.

##### Autor principal

María Nieves Gómez González. Médico Residente de Geriátrica. Complejo Asistencial Universitario de León, LEON.

Síndrome serotoninérgico es una reacción adversa, que compromete la vida, como resultado del uso terapéutico, intoxicación intencional, o interacciones entre medicamentos. Ocurre aproximadamente 14-16% en personas con sobredosis de ISRS. Se trata del caso de una mujer de 83 con antecedentes: Trastorno depresivo recurrente (trastorno Bipolar) Demencia de cuerpos de Lewy. Índice Barthel 5 puntos. Social: vive en domicilio.

**TRATAMIENTO:** más de 10 fármacos entre ellos Escitalopram 20 0-1-0, Mirtazapina 30 0-0-1, Trazodona 100 0-0-1. Referida por rigidez facial, de 24 horas, Ideas y alucinaciones severas de temor, negativa a la ingesta y fiebre de hasta 40 grados. Exámen físico T/A 164/ 81, FC 99 lpm, Sat 94%, T 38° poca colaboración, negativismo, bajo nivel de conciencia, aumento de temblor generalizado. Ojos: midriasis. AC: nl AP: nl Abd: nl extremidades: tono aumentado, temblor generalizado en MMII. Reflejos: Clonus. Pruebas complementarias: bioquímica: Na 156, K 2 CKP 458 PCR<6, urinocultivo: E-coli. tratamiento: suspende ISRS. Evolución: mejoría clínica y alta.

**DISCUSIÓN:** estamos ante el caso de una paciente anciana con polifarmacia más de 8 fármacos entre los que figuran ISRS, queremos resaltar la necesidad de revisar dosis de medicamentos e interacciones posibles en los pacientes ancianos, nuestra paciente tuvo evolución favorable, pero el desenlace pudo haber sido mortal.

#### Otros autores

Yanet Dávila Barboza. Médico  
Hugo Azaña. Médico  
Encarnación Martín Pérez. Médico  
María Isabel Porras Guerra. Médico  
Carmen Emilia Benítez González. Médico Residente

#### • Dependencia a alcohol en el paciente geriátrico.

##### Autor principal

Rafaela de La Mata Hidalgo. MIR II. Psiquiatría Complejo Asistencial Salamanca, Salamanca.

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos por el consumo de alcohol son comunes en los ancianos y se asocian con considerable morbilidad. El mayor número de personas ancianas a nivel mundial implica un aumento en los ancianos con trastornos por consumo de alcohol y la necesidad de mejorar la provisión de servicios de salud a esta población.

**MÉTODO:** Presentación de un caso clínico de un varón de setenta años con dependencia a alcohol.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 70 años con dependencia a alcohol desde hace más de veinte años en relación con sintomatología ansioso-depresiva. Múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría que pre-

senta cuadro de delirium tremens requiriendo ingreso en UVI.

**CONCLUSIÓN:** Los trastornos del uso de alcohol en los ancianos se asocian con una amplia gama de impedimentos físicos, sociales, psicológicos y cognitivos. Los cambios en el metabolismo llevan a que cantidades equivalentes de alcohol produzcan mayores niveles de alcoholemia en los ancianos.

#### Otros autores

Nerea Casado. MIR I Psiquiatría  
Laila Al Chaal. MIR III Psiquiatría  
Celia González. MIR III Psiquiatría  
Manuela de la Mata. Estudiante de Medicina  
Javier Pérez. Adjunto Psiquiatría

#### • Superposición de cuadros neurológicos y psicogeriátricos a propósito de un caso de intento de autolisis.

##### Autor principal

Iraitz Ugalde Pikabea. Médico Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

**INTRODUCCIÓN:** Mujer de 68 años hipertensa con hipertrofia de ventrículo izquierdo y afecto depresivo de curso distimiforme de larga data sin gestos autolíticos. ACV en lóbulo frontal (2012) desde el cual sufre cambios caracteriales como apatía e impulsividad, así como tres intentos autolíticos. Mala adherencia en CSM, actualmente sin seguimiento. La paciente ingresa en Neurología por disminución del nivel de conciencia y déficit motor a estudio tras sobreingesta medicamentosa, donde la estudia Psiquiatría de Enlace. Inicialmente presenta episodio de síndrome confusional agudo. Una vez resuelto, se objetiva que el gesto fue de carácter impulsivo en contexto de angustia ante la pérdida súbita de fuerza en MSI. Posteriormente se confirma ACV. De la entrevista familiar se desprende que en el último año ha presentado irritabilidad, labilidad, fallos mnésicos, delirios de robo y perjuicio, síndrome de Ekblom, discurso reiterativo y pérdida de capacidades para las ABVD.

**JUICIO CLÍNICO:** Distimia. Trastorno orgánico de personalidad. Deterioro cognitivo a estudio. Intento autolítico. ACV. Síndrome confusional agudo resuelto.

**TRATAMIENTO:** Haloperidol para el síndrome confusional agudo. Al alta: quetiapina, aripiprazol y duloxetina.

**CONCLUSIONES:** Importancia de una anamnesis exhaustiva. Necesidad de coordinación y abordaje multidisciplinar. Conocimiento individual y relacional de los diagnósticos. Tener en cuenta la enfermedad aguda como precipitante de un gesto autolítico en pacientes de este perfil.

#### Otros autores

Jorge Lázaro Archilla. Médico Psiquiatra

#### • Psicosis de inicio tardío. A propósito de un caso.

##### Autor principal

Nazaret Cantero Rodríguez. Psiquiatra. Hospital Regional Universitario. Málaga.

**INTRODUCCIÓN:** Las psicosis de aparición tardía comprenden un grupo heterogéneo de trastornos, suponiendo aproximadamente un 10% de los ingresos por causa psiquiátrica en mayores de 65 años. Por un lado están los pacientes que han iniciado una enfermedad psicótica y llegan después a la edad geriátrica. Por otro lado, están los pacientes que inician la psicosis a una edad tardía, bien sea secundariamente a una entidad médica general (frecuentemente demencia), o bien sin factores orgánicos identificables relacionados con la psicosis.

**OBJETIVO:** Exposición caso clínico, revisión del concepto de psicosis de origen tardío.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica actualizada

**RESULTADOS:** Entre los factores de riesgo que influyen en la aparición están: sexo femenino, ser soltero, escasa descendencia, aislamiento social, personalidad premórbida paranoide y esquizoide, déficit sensorial, problemas con del lóbulo frontal y temporal, comorbilidad somática, polifarmacia, tóxicos y estrés. El cuadro de estas psicosis se suele caracterizar por delirios, alucinaciones visuales (30%) y auditivas (10%), interpretaciones paranoides y otros síntomas. En general, hay menos desorganización y conductas extrañas.

**CONCLUSIONES:** Aunque aumenta el interés estos casos, la diversidad de métodos, la carencia de una definición y la inexistencia de una clasificación concreta imposibilitan la formalización de un cuadro epidemiológico claro. Es necesario diseñar y consensuar estrategias que permitan

#### Otros autores

Enrique Trujillano Fernández. Psiquiatra

María Macías Sánchez. Psiquiatra

Antonio Bordallo Aragón. Psiquiatra

### • Mania de debut en edad geriátrica.

#### Autor principal

Ángela Osorio Guzmán. MIR Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Burgos.

**INTRODUCCIÓN:** La manía de inicio tardío presenta una clínica más difusa y oscilante con mayor prevalencia de síntomas confusionales y formas mixtas. Presentamos el caso de un varón de 68 años con un cuadro de estas características que mejora con tratamiento con risperidona.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un varón de 68 años que ingresa en psiquiatría desde Neurología donde había ingresado previamente por un cuadro de inestabilidad en la marcha, incontinencia urinaria y alteraciones conductuales que se descarta como orgánico y se filia como episodio maniaco con síntomas psicóticos y alteración de la conducta. Presenta antecedentes de consultas en psiquiatría desde la juventud por trastorno de crisis de angustia con agorafobia, un episodio hipomaniaco autolimitado un año antes del episodio actual y abuso de alcohol.

**RESULTADOS:** El cuadro remite tras instaurar tratamiento con Risperidona y un mes después, en seguimiento ambulatorio, se le encuentra hipotímico, apático, bradipsíquico y con discurso empobrecido. Se añade al tratamiento Lamotrigina con mejoría.

**DISCUSIÓN:** El principal problema que se plantea es el diagnóstico diferencial con un proceso de deterioro cognitivo, por su presentación más vaga y la presencia de síntomas confusionales. El abordaje es similar a la manía clásica solo que se debe poniendo atención al perfil de seguridad de los fármacos.

**BIBLIOGRAFIA:** Carrion exposito et al. Mania de debut tardío. Psiquiatría.com 2012 (consultado el 22/01/2017)

#### Otros autores

María Aranzazu Gutierrez Ortega. MIR Psiquiatría

Alina Havrylenko. MIR Psiquiatría

### • La importancia del diagnóstico diferencial en el paciente anciano. A propósito de un caso.

#### Autor principal

Nazaret Cantero Rodríguez. Psiquiatra Hospital Regional Universitario Málaga.

**INTRODUCCIÓN:** Los ancianos con trastornos mentales constituyen un subgrupo relevante de la población anciana. Al aumentar el envejecimiento

poblacional ha aumentado considerablemente los pacientes en edad geriátrica en nuestras consultas. La depresión se asocia con un deterioro funcional similar o mayor que muchas enfermedades médicas de ahí su correcto diagnóstico diferencial y tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Descripción de un caso clínico. Paciente 75 años sin antecedentes psiquiátricos con importante comorbilidad física asociada incluida hiponatremia por la que ha precisado en repetidas ocasiones hospitalización, que es derivada por sospecha de cuadro depresivo.

Revisión bibliográfica actualizada.

**DISCUSIÓN:** El correcto diagnóstico diferencial de los cuadros afectivos con sintomatología propia de procesos somáticos es primordial en los pacientes geriátricos, sobre todo por la gran comorbilidad física y la polifarmacia que suelen llevar asociados. En el caso relatado no se planteó previa a la derivación la posibilidad de que la sintomatología relatada por la paciente (decaimiento, astenia) fuese consecuencia de alguno de las enfermedades o tratamientos que venía tomando y se inició por parte de Atención primaria tratamiento antidepresivo que agravó aún más la hiponatremia de base de la paciente y con ello la sintomatología que ya venía presentando y por la que consultó.

#### Otros autores

María Macías Sánchez. Psiquiatra

Enrique Trujillano Fernández. Psiquiatra

### • Demencia Frontotemporal: A propósito de un caso.

#### Autor principal

Marina Perez Herrera. Médico Mir Psiquiatría. Hospital Universitario

Marqués de Valdecilla, Santander.

**INTRODUCCIÓN:** La presentación clínica de la demencia frontotemporal es muy heterogénea y sus manifestaciones clínicas al comienzo pueden ser tan sutiles o aparecer de una forma tan insidiosa, que resulta difícil su diagnóstico así como precisar el inicio del proceso.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 81 años, sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares previos, remitido por su médico de atención primaria por alteración de conducta, desconociendo el paciente el motivo por el cual acude. La familia describe conductas desinhibidas, hipersexualidad, inadecuación social con conductas de riesgo e hiperactividad física, más llamativas en los últimos 8 meses, tras fallecimiento de su mujer. El paciente presenta un elevado nivel cultural y a la exploración no se objetiva ningún déficit mnésico significativo. No se observa ningún hallazgo clínico relevante en las pruebas de imagen que lo justifique. Finalmente el diagnóstico viene apoyado por tomografía por emisión de positrones (PET) C11PIB.

**CONCLUSIONES:** Exponemos la dificultad de diagnosticar este tipo de deterioro cognitivo, que supone un gran reto. Se descartan síntomas afectivos y otros trastornos neurológicos. Se plantean como dificultades la coordinación con familiares para la recogida de datos, en un paciente que vive sólo y ha sido autónomo e independiente hasta la fecha, y la adherencia al seguimiento. Resulta de especial interés establecer un vínculo de confianza con el paciente para que evite el abandono.

#### Otros autores

Enrique Lopez Garcia, Medico Residente Mir Psiquiatría

Miguel Angel Martinez Anton. Psiquiatra F.E.A.

Raquel Medina Blanco. Medico Residente Mir Psiquiatría

Jesus Artal Simon. Psiquiatra F.E.A.

• **El difuso límite entre psiquiatría y neurología (a propósito de un caso).**

**Autor principal**

María Macías Sánchez. Psiquiatra Hospital Regional Universitario Málaga, Málaga.

La depresión en ancianos se considera un importante problema de salud pública debido a sus devastadoras consecuencias. Debe diferenciarse de una serie de trastornos psicoemocionales y orgánicos con sintomatología depresiva, caracterizados por deterioro cognitivo en diferentes grados y cambios en el comportamiento. El diagnóstico diferencial puede resultar complejo ya que puede presentarse la coexistencia de ambos trastornos, o ser uno de ellos el estado previo para el desarrollo de una depresión mayor en el anciano, o el inicio de una demencia<sup>1</sup>.

En este campo, apareció el concepto de pseudodemencia, haciendo referencia a aquellos cambios cognitivos reversibles que surgían en un proceso psiquiátrico, frecuentemente en contexto de un trastorno afectivo. A pesar de lo necesario que sería delimitar claramente estos diagnósticos, la pseudodemencia no se ha validado como subcategoría específica dentro del anciano y ha de considerarse como forma clínica de la misma enfermedad depresiva<sup>2</sup>. Presentamos el caso de una paciente de 74 años pluripatológica y con diagnóstico de parkinsonismo farmacológico, donde se ve reflejada la amplia variedad psicopatológica que puede presentar una persona en la vejez, lo que nos hizo plantearnos diversos diagnósticos y coordinarnos estrechamente con el Servicio de Neurología. Finalmente, llegamos al diagnóstico de pseudodemencia, mejorando notablemente el estado global de la paciente con clomipramina 50 mg/día, así como los resultados de los test ne

**Otros autores**

Clara Provenza Tomás. MIR-3 Psiquiatría  
Angela De Urquía Palacios. MIR-2 Psiquiatría  
Nazaret Cantero Rodríguez. Psiquiatra

• **Esquizofrenia de inicio tardío. A propósito de un caso.**

**Autor principal**

María Macías Sánchez. Psiquiatra Hospital Regional Universitario, Málaga.

El envejecimiento de España es imparable. La estadística aporta nuevos máximos históricos. Si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, se calcula que en 2064 España contaría con cerca de un 40% de población mayor de 65 años. En la actualidad, se estima que el 0,1% de la población anciana mundial está diagnosticada de Esquizofrenia de inicio tardío.

Presentamos un caso de una mujer de 76 años derivada a Salud Mental por cuadro de 2 años de evolución consistente en: voces alucinatorias que la someten a insultos vergonzantes, ideación delirante de perjuicio en relación a sus vecinos, angustia e hipotimia secundarias. Paralelamente es estudiada por Neurología, que descarta proceso neurológico subyacente mediante la realización de TC, analítica de sangre completa y test de deterioro cognitivo (MIS). A su vez realizamos un amplio diagnóstico diferencial con otras entidades psiquiátricas. Actualmente la paciente presenta evolución favorable tras iniciar tratamiento antipsicótico con Quetiapina 25mg/día.

Basándonos en la descripción previa, nos inclinaríamos por un cuadro compatible con Esquizofrenia de inicio tardío. Sin embargo, esta patología no está recogida como entidad propia dentro de las clasificaciones internacionales diagnósticas (DSM-5 y CIE-10). Incluso existe controversia sobre si constituye un pródromo de demencia tipo Alzheimer. La escasa bibliografía encontrada al respecto indica la necesidad de más estudios para determinar su estado nosológico.

**Otros autores**

Bárbara Martín Carrasco. MIR-3 Psiquiatría  
Angela De Urquía Palacios. MIR-2 Psiquiatría  
Nazaret Cantero Rodríguez. Psiquiatra

• **Síndrome de Ekbom: Un caso clínico.**

**Autor principal**

María Rosa de Alba Carballo. Médico adjunto en Psiquiatría Unidad de Salud Mental. Hospital da Costa, Burela. Lugo.

**SÍNDROME DE EKBOM: Un caso clínico**

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Ekbom es un trastorno de ideas delirantes persistentes poco frecuente, que aparece en la edad media o avanzada de la vida. El paciente tiene la convicción extraordinaria e irreductible de estar infectado por parásitos, estando preservado el curso del pensamiento y el resto de sus aspectos de personalidad.

**OBJETIVO:** Describir este tipo de trastorno y su diagnóstico diferencial con la esquizofrenia y con los trastornos afectivos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de un caso clínico y pequeña revisión bibliográfica, no sistemática de los últimos 10 años.

**RESULTADOS:** Los estudios son escasos y discrepantes, quizás por las diferencias en los criterios diagnóstico y porque este tipo de pacientes suelen acudir antes a otros profesionales, médicos (generalistas, dermatólogo...) que a los psiquiatras.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** es un delirio que aparece de forma indolosa, progresiva comprensible desde una personalidad previa, de rasgos paranoides. Está bien sistematizado es coherente no tiene contradicciones internas y las ideas no son extrañas y se viven con alta carga afectiva, lo que lo hace creíble (delirio contagioso) y puede extenderse a familiares y amigos (Folié ádeux, folié atrois). Además del tratamiento farmacológico es imprescindible el trabajo de la conciencia de enfermedad.

**BIBLIOGRAFÍA:** Delirium of infestation a case series from a university dermatology center in sao paulo, Brasil Martin AC, Mendes

**Otros autores**

Giovana Julieta Tineo Rojas. Médico residente Medicina familiar y comunitaria

• **Trastornos del movimiento: distonía psicógena.**

**Autor principal**

Helena Becerra Darriba. MIR 4 Psiquiatría. Hospital San Jorge, Huesca.

**INTRODUCCIÓN:** La distonía psicógena es un diagnóstico de exclusión, caracterizado por un trastorno infrecuente del movimiento con síntomas inconsistentes e incongruentes, asociando alteraciones psicopatológicas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de dos casos clínicos mediante análisis descriptivo y retrospectivo.

**RESULTADOS:** Se presentaron dos mujeres con una edad media del diagnóstico de 78 años. Las comorbilidades psiquiátricas en el primer caso fueron un trastorno histriónico de personalidad y un trastorno de ansiedad generalizada; mientras que en el segundo, se objetivaron una demencia tipo Alzheimer GDS 4-5 y un trastorno depresivo recurrente. Los síntomas se caracterizaban por temblor grosero distal de reposo, movimientos anormales orofaciales, extensión dolorosa de manos con impotencia funcional variable o resistencia a movimientos pasivos. La psicobiografía compleja comprendía acontecimientos familiares estresantes que precipitaban la clínica en ambas, cuya remisión intermitente se observó con maniobras de extinción y distracción. Las pruebas complementarias no mostraron hallazgos significativos. El tratamiento con gabapentina y mirtazapina contribuyó a la mejoría del cuadro.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Los trastornos del movimiento psicógenos se engloban en los trastornos de conversión o somatomorfos. Su fisiopatología es incierta, siendo más prevalentes en el género femenino.

**BIBLIOGRAFÍA:** Voon V. Diagnosing psychogenic movement disorders. *Nat Clin Prac Neurol* 2007; 3: 134-5.

#### Otros autores

Ainhoa Irune Ojeda Martínez. MIR 3 PSIQUIATRÍA. (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA)

Almudena Pueyo Artieda. ENFERMERA ESPECIALISTA EN GERIATRÍA. (HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, HUESCA)

José Galindo Ortiz De Landazuri. JEFE DE SERVICIO DE GERIATRÍA. (HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, HUESCA)

Francisco Javier Olivera Pueyo. F.E.A. PSIQUIATRÍA (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA)

Carmelo Mariano Pelegrín Valero. JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA)

#### • Trastorno afectivo, demencia y otras comorbilidades.

##### Autor principal

Isabel Valríberas Herrero. MIR de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

**RESUMEN:** Mujer de 61 años con trastorno afectivo y psicótico recurrente desde los 25, en tratamiento con neurótipicos y estabilizadores del ánimo. Como única comorbilidad orgánica hipoacusia. Ingresó en UHB Psiquiatría por episodio maníaco con síntomas psicóticos, con estado de ánimo hipertímico y expansivo, hiperprodigalidad, alucinaciones auditivas e ideas delirantes erotomaniacas, megalomaniacas y autorreferenciales. El ingreso dura 60 días, ya que, tras la estabilización del cuadro maníaco, la paciente presenta un cuadro de gran desorientación en las tres esferas, atención fluctuante y dificultad para la nominación con discurso en ocasiones inteligible. Esta situación requiere prolongar el ingreso debido a un círculo socio familiar limitado, además de la realización de pruebas complementarias (analíticas, TAC, RM y SPECT cerebrales) además de interconsultas a medicina Interna y Neurología.

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** Trastorno mental orgánico. Deterioro Cognitivo tipo Neurodegenerativo. Diagnóstico secundario: Trastorno Bipolar (episodio maniaco con síntomas psicóticos).

**CONCLUSIÓN:** La coordinación entre los profesionales implicados y los diferentes recursos asistenciales es necesaria para una atención adecuada del paciente psicogeriatrico, en muchas ocasiones, pacientes de difícil diagnóstico y tratamiento, en parte, debido a la comorbilidad.

#### Otros autores

Aida Alvarez Pedreiro. Médico Adjunto de Psiquiatría

Ana Ojeda Escuin. PIR

Rafaela De La Mata Hidalgo. MIR de psiquiatría

Javier De La Iglesia Larrad. MIR de psiquiatría

Nerea Casado Espada. MIR de Psiquiatría

#### • Epilepsia bipolar: ¿el huevo o la gallina?

##### Autor principal

Joan Marc Vidal Martínez. MIR Psiquiatría (3r año). Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

#### EPILEPSIA BIPOLAR: ¿EL HUEVO O LA GALLINA?

Joan M. Vidal Martínez; Violeta Pérez Rodríguez; Josep Salavert Jiménez;

Abderraman Esojo Jiménez

**INTRODUCCIÓN:** La epilepsia puede cursar con alteraciones del ánimo y de la conducta. Hay pocos estudios sobre la prevalencia de trastorno bipolar y epilepsia en ancianos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Caso clínico descriptivo con revisión de literatura.

**RESULTADOS:** Mujer de 70 años con trastorno bipolar tipo II desde los 30 y epilepsia focal criptogénica, llevada a Urgencias por disforia, reducción de las horas de sueño y alteración conductual de 4 días de evolución. Tras cribar organicidad se remite a psiquiatría, se inicia quetiapina y se da el alta. Reconsulta a los 2 días por empeoramiento, llegando a sufrir crisis tónico-clónica. Se diagnostica y trata epilepsia activa e ingresa en unidad de agudos con estabilidad en 18 días con valproato, quetiapina, haloperidol y lacosamida.

**DISCUSIÓN:** Las causas orgánicas pueden provocar síntomas maniformes. Siempre debe primar su exclusión.

**CONCLUSIONES:** Algunos estudios señalan prevalencias de hasta un 12% de síntomas bipolares en pacientes comunitarios con epilepsia.

**BIBLIOGRAFÍA:** Ettinger, A.B., Reed, M.L., Goldberg, J.F., Hirschfeld, R.M. Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic health disorders. *Neurology*. 2005;65:535-540.

Mula, M., Jauch, R., Cavanna, A. et al, Clinical and psychopathological definition of the interictal dysphoric disorder of epilepsy. *Epilepsia*. 2008;49:650-656.

#### Otros autores

Violeta Pérez Rodríguez. MIR Psiquiatría (2º año)

Josep Salavert Jiménez. Psiquiatra

Abderraman Esojo Jiménez. Psiquiatra

#### • Aplicación de TEC pacientes con parkinson y EDM con síntomas psicóticos (a propósito de un caso).

##### Autor principal

Javier Ignacio de la Iglesia Larrad. MIR I Psiquiatría Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

Se presenta un caso de una paciente de edad geriátrica con antecedentes de enfermedad de Parkinson que presenta clínica anímica y psicótica refractaria al tratamiento que se resuelve mediante TEC.

**METODOLOGÍA:** revisión del caso clínico por historial hospitalario, revisión bibliográfica.

**CASO:** Paciente de 78 años con antecedentes de episodios depresivos recurrentes de 30 años de evolución ingresada en múltiples ocasiones en la unidad de Agudos. Presenta clínica psicótica consistente en ideas delirantes de persecución y alucinaciones auditivas.

**EPP:** hipotimia marcada, apatía. Anhedonia y astenia. Ideación delirante de vigilancia. Autorreferencial. Alucinaciones auditivas con repercusión en el ánimo y en la conducta. Ideas de muerte pasivas. Insomnio de mantenimiento. Apetito disminuido. Buen apoyo familiar. Nulo insight.

Se optimiza medicación sin objetivarse mejoría de la clínica psicótica y evidenciándose empeoramiento de su parkinsonismo. Se aplica TEC, tras lo cual se objetiva mejoría de la clínica motora, anímica y psicótica.

**Discusión/conclusiones:** Se ha demostrado la eficacia de la utilización de TEC en pacientes ancianos frente a síntomas depresivos, psicóticos y/o motores.

##### BIBLIOGRAFÍA PARCIAL:

1. Nishioka K, Tanaka R, Shimura H, Hirano K, Hatano T, Miyakawa K et al. Quantitative evaluation of electroconvulsive therapy for Parkinson's disease with refractory psychiatric symptoms. *Journal of Neural Transmission*. 2014;121(11):1405-1410.

#### Otros autores

Aida Álvarez Pedrero. Médico Adjunto de Psiquiatría  
M<sup>a</sup> Carmen Martín Gomez. Médico Adjunto de Psiquiatría  
Ángela Perez Laureano. PIR I  
Nerea Casado Espada. MIR I Psiquiatría  
Ruben De Alarcón Gomez. MIR I Psiquiatría

#### • Terapia electroconvulsiva en el anciano: alternativa o primera elección?

##### Autor principal

Nagore Salcedo Martínez. Médico Psiquiatra Hospital de Galdakao/Usansolo, Galdakao. Vizcaya (Bilbao).

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento biológico de eficacia probada en indicaciones clínicas precisas. Su uso está aumentando como tratamiento de primera línea en el anciano ante determinadas situaciones clínicas, como la presencia de patología somática concomitante e intolerancia a tratamientos farmacológicos, con índices crecientes de efectividad y evidencia científica disponible que lo avala.

**CASO:** Varón de 84 años que ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría por primera vez, debido a alteraciones conductuales en contexto de reagudización depresiva y posible síndrome confusional derivado de infección urinaria. Antecedentes de insomnio tratado por Médico de Atención Primaria en 2015. En 2016 derivado a Salud Mental por depresión, se inicia antidepresivo, que requiere modificación por intolerancia.

**EXPLORACIÓN:** Facies hipotímica, enlentecimiento psicomotor, dificultades en la deambulación, empeoramiento de incontinencia urinaria, deterioro cognitivo. Discurso hipofónico, parco, ideas de desesperanza, minusvalía y ruina, de características delirantes. Ánimo depresivo con ideas de muerte presentes, sin clara estructuración ni intencionalidad autolítica. Hiporexia e insomnio. Tras ajuste farmacológico, sin respuesta y con evolución tórpida. Se inicia TEC hasta 20 sesiones. Además de modificar tratamiento farmacológico. Con buena tolerancia y mejoría a nivel cognitivo, expresividad, ánimo y autonomía.

**I.D:** Trastorno Depresivo Mayor con síntomas psicóticos.

#### Otros autores

Jessica Lorena Talavera Palacios. MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA (R4)

#### • La estrecha línea entre depresión y demencia incipiente en el paciente anciano y el papel de la TEC. A propósito de un caso.

##### Autor principal

Nerea M. Casado Espada. MIR I Psiquiatría HUSA. Salamanca.

**INTRODUCCIÓN:** Los ancianos conforman un grupo poblacional en el que es indispensable hacer el diagnóstico diferencial entre la depresión y la demencia incipiente de acuerdo a la estrecha relación entre ambos diagnósticos en este rango de edad. La TEC se considera un tratamiento útil en este colectivo aunque su papel en el detrimento de las funciones cognitivas ha sido muy cuestionado.

**OBJETIVOS:** Ilustrar con un caso clínico la dificultad en el DD entre estas patologías, acentuada en los pacientes con AP psiquiátricos y esclarecer el papel de la TEC cómo posible contribuyente al deterioro cognitivo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** recogida retrospectiva de datos de la HC de una paciente y revisión bibliográfica en los principales motores de búsqueda: PUBMED y COCHRANE.

**RESULTADOS:** Existe una alta probabilidad de solapamiento entre la depresión y el inicio de un cuadro demencial. En ambos casos la TEC ha demostrado mejoría clínica por lo que se considera una herramienta terapéutica eficaz cuando está indicada. Aunque la mayoría de las investigaciones concluyen que la TEC no precipita el deterioro cognitivo, algunos sí que apoyan esta hipótesis por lo que sería recomendable profundizar en el estudio debido a lo contradictorio de los resultados.

#### Otros autores

Aida Alvarez Pedrera. Psiquiatra  
Rubén De Alarcón Gómez. MIR I Psiquiatría  
Javier I. De La Iglesia Larrad. MIR I Psiquiatría  
Ángela Perez Laureano. PIR I Psiquiatría  
Lucía Sánchez Pernas. MIR III Psiquiatría

#### • La adaptación del entorno y las rutinas de avd, en un adulto mayor con demencia de tipo frontal: caso clínico desde un abordaje no farmacológico.

##### Autor principal

María Micaela Bozzi. Licenciada en Terapeuta ocupacional. Responsable del Área de Demencia de un Centro Residencial y Centro de Día en Girona. Catalunya. Centro Residencial de Larga Estadia Sanitas, Girona.

**INTRODUCCIÓN:** El proceso de transición demográfica tiene como consecuencias un cambio epidemiológico que incide en el incremento de la prevalencia de patologías vinculadas con la edad avanzada. La demencia es el síndrome con mayor prevalencia en la población de adultos. La demencia, los trastornos cognitivos inherentes a la misma y los síntomas psicológicos y conductuales, tienen un alto impacto en el bienestar individual y familiar ya que afectan el grado de autonomía de la persona, por el compromiso en las áreas cognitivas, funcionales, comunicaciones y su interacción con las características físicas y sociales del ambiente. La inexistencia de tratamiento curativo de dicha enfermedad determina que las intervenciones busquen una mejor calidad de vida de quienes padecen la enfermedad y de sus cuidadores. Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas centradas en la persona para el manejo de estos síntomas, son un eje relevante de acción y un desafío para los profesionales involucrados en el área de sanitaria. Este proyecto propone un estudio de caso que tiene como objetivo valorar como la adaptación del entorno y las rutinas de AVD's contribuyen a reducir los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia de tipo frontal en una persona que asisten a un centro de día de Adultos mayores. Para la concreción de dicha meta se realizará un seguimiento pormenorizado de un caso. Se considera que el mismo contribuirá a consolidar aportes sobre los recursos asistenciales y terapéuticos.

#### Otros autores

Nahuel Ezequiel Bozzi Favro. Estudiante Avanzado de Psicología por la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP-Argentina) y miembro de grupo de investigación sobre evaluación psicológica (GIEPSI-UNMDP).

#### • Expresión clínica polimorfa de patología vascular cerebral en una paciente de 73 años: a propósito de un caso.

##### Autor principal

Eduardo Delgado Parada. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. MADRID.

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad cerebrovascular de instauración subaguda sin clínica motora focal genera dificultades diagnósticas.

**OBJETIVO:** Presentamos el caso de una mujer de 73 años, fumadora activa y con antecedentes familiares de bipolaridad, que debuta con sintomatología maniforme mixta.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 73 años con antecedente de un único episodio depresivo de inicio tardío, ingresa en psiquiatría por irritabilidad extrema de días de evolución, autonegligencia y aislamiento. En la evaluación inicial destacan taquipsiquia, presión del habla, expansividad e inadecuación conductual. Meses antes presenta preocupaciones hipocondríformes y cambios en los hábitos alimentarios. Ante la clínica maniforme y antecedentes personales y familiares se inicia tratamiento con antipsicóticos y estabilizantes (aripiprazol y oxcarbamacepina) y se continúa despistaje orgánico. Con el tratamiento presenta una mejoría progresiva de su cuadro afectivo dejando entrever importante empobrecimiento ideoaectivo como expresión de un deterioro cognitivo multidominio con disfunción ejecutiva y rigidez cognitiva. Se realiza resonancia magnética craneal que evidencia lesiones vasculares subagudas en territorio temporoinsular y frontal prefrontal derechos y hemisfero izquierdo.

**CONCLUSIONES:** El debut de clínica afectiva mayor en este grupo etario orienta hacia una etiología vascular. La patoplastia de la expresión psicopatológica dificulta la orientación etiológica.

#### Otros autores

Victoria Garay Airaghi. Médico Interno Residente Geriatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Marina Montero Magán. Médico Interno Residente Geriatría. Hospital Meixoeiro. Vigo

María Isabe Ramos García. Médico adjunto. Servicio de Psiquiatría. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HCSC. Madrid.

#### • Complex visual hallucinations: Charles Bonnet Syndrome.

##### Autor principal

Marta Gutiérrez Rodríguez. Médico Psiquiatra Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid.

**INTRODUCTION:** Charles Bonnet Syndrome (CBS) is a condition characterized by the presence of visual hallucinations, mainly complex, in patients with significant vision loss, keeping partial or full insight that the hallucinations are not real and, maintaining intact intellectual functioning.

**METHODS:** Case report and review of literature sources were obtained through electronic search in PubMed database and published during the last 5 years.

**RESULTS:** We describe a case of 89-years-old man who had developed macular degeneration developing secondary significant visual loss. He experienced complex visual hallucinations. This review of the literature will identify other etiologies of visual hallucinations, pathophysiology, differential diagnosis and effective management strategies of CBS.

**CONCLUSIONS:** CBS is a complex disorder that requires a multidisciplinary approach from neurologists, psychiatrists, general practitioners and ophthalmologists. New studies are needed in order to understand its clinical presentation and behavior, and thus improve its management.

**BIBLIOGRAPHY:** Hartney KE, Catalano G, Catalano MC. Charles Bonnet syndrome: are medications necessary? *Journal of Psychiatric Practice*. 2011; 17:137-141. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Rodríguez-Gómez O, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J, García-Sánchez J. Charles Bonnet syndrome. A 45-case series. *Rev Neurol*. 2015 Apr 16;60(8):337-40. Tiffany Jan, MD\*. Jorge del Castillo, MD, MBA\*. *Visual Hal*

#### Otros autores

Carmen Moreno Menguiano. Médico Psiquiatra

Fernando García Sánchez. Médico Psiquiatra

Natalia Rodríguez Criado. Médico Psiquiatra

#### • Depresión enmascarada: el caso del paciente sin tristeza que se ahorcó.

##### Autor principal

Marina Pérez Herrera. MIR Psiquiatría Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Una forma frecuente de presentación de la depresión en el anciano es la llamada depresión enmascarada, en la que los síntomas afectivos quedan ocultos por una constelación de síntomas somáticos, lo que frecuentemente lleva a un error diagnóstico y terapéutico.

Varón de 81 años que ingresa en Psiquiatría desde la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se ha estabilizado orgánicamente tras ahorcamiento frustrado. Consultas previas con varios psiquiatras tras fallecer su mujer, sin adherencia a ningún terapeuta ni tratamiento. Atención en distintos recursos sanitarios con quejas de tipo álgico y malestar digestivo que no ceden a pesar de tratamiento dirigido. Estando sólo en casa y sin previsión de ayuda, se ahorcó en un árbol de su recinto, siendo hallado de forma casual por un hijo que regresó antes de tiempo.

En el caso expuesto queda reflejada la gravedad que pueden alcanzar estos casos. Resulta de vital importancia una adecuada detección e intervención, para además de prevenir un posible resultado fatal, evitar la polifarmacia que generan las quejas somáticas en los mayores.

#### Otros autores

Miguel Ángel Martínez Antón Médico. Psiquiatra

Enrique López García. MIR Psiquiatría

Raquel Medina Blanco. MIR Psiquiatría

María Isabel Bolado Alonso. Médico Psiquiatra

Javier de la Dehesa de los Terreros. Médico Psiquiatra

#### • El caso de la mujer que vino al hospital con una pancreatitis aguda y se fue con una depresión.

##### Autor principal

Marina Pérez Herrera. MIR Psiquiatría Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

La patología pancreática se relaciona desde hace años con la depresión, cuya posible vía fisiopatológica común postulada es la inmunológica. A su vez, el sistema inmune también se ve alterado en el envejecimiento.

Mujer de 82 años que acude a urgencias por dolor abdominal agudo, siendo diagnosticada de pancreatitis aguda, por lo que ingresa en Digestivo con sueroterapia y dieta absoluta. La pancreatitis se resuelve sin dificultad en el ingreso, durante el cual, la paciente inicia de manera aguda clínica depresiva de intensidad grave y notable pérdida de su independencia. Al alta, la pancreatitis está resuelta, pero la paciente está deprimida. En análisis hematológicos posteriores, desde el ingreso, destaca una disminución en el recuento total de linfocitos prácticamente constante a lo largo del episodio afectivo.

Discutiremos sobre la posibilidad de una vía fisiopatológica común, a través del sistema inmune, entre la patología pancreática, la depresión y el envejecimiento. Más estudios serían necesarios para confirmar esta hipótesis.

#### Otros autores

Miguel Ángel Martínez Antón. Médico Psiquiatra

Enrique López García. MIR Psiquiatría  
Raquel Medina Blanco. MIR Psiquiatría  
Javier de la Dehesa de Los Terreros. Médico Psiquiatra  
María Isabel Bolado Alonso. Médico Psiquiatra

• **Bloqueo conversivo de la marcha. A propósito de un caso clínico.**

**Autor principal**

María Amparo González Yago. Psiquiatra. Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

El síntoma histérico encarnado en el cuerpo ha sido desde la antigüedad un enigma que intenta ser resuelto. Entre un 4 y un 30% de los pacientes cuyos síntomas neurológicos no se correlacionan con una lesión neurológica u orgánica son diagnosticados de trastorno psicógeno o funcional y derivados a Salud Mental. Se han considerado varias perspectivas etiológicas, siendo la psicoanalítica la teoría explicativa dominante. Se presenta un caso clínico de una mujer de 65 años de edad, con un bloqueo conversivo de la marcha persistente a pesar del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico. El diagnóstico de "trastorno de conversión" es un reto clínico, pues además de complejo, implica establecer una línea de entendimiento entre los aspectos psicológicos y neurológicos. Pero más lo es, aún si cabe, su tratamiento. Para el adecuado abordaje de este trastorno es necesario desarrollar estudios bien diseñados y seguir trabajando para unificar las diferentes perspectivas explicativas y terapéuticas (biológica, psicológica y social) que se contemplan en la actualidad.

**Otros autores**

Elena Díaz Miranda. Psiquiatra  
Encarnación Muñoz Díaz. MIR Psiquiatría  
Jorge Lázaro Archilla. Psiquiatra

• **La ventana temporal de lo micro a lo macroscópico. De neurología y psiquiatría. A propósito de varios casos.**

**Autor principal**

María Amparo González Yago. Psiquiatra. Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Con mucha frecuencia nos encontramos pacientes con un proceso neurológico degenerativo que inicia el contacto especializado en la consulta del Psiquiatra. Un diagnóstico de dificultad, a este respecto, es el de Demencia Frontotemporal. Proponemos, después de una revisión bibliográfica, varios aspectos a tener en cuenta con respecto a esta patología. Estos casos se presentan con cambios emocionales y comportamentales no específicos y difíciles de reconocer como primeras manifestaciones de una demencia, y que priman frente a los déficits cognitivos, donde, la exploración neurológica es normal y las pruebas de imagen complementarias normales o inespecíficas. Es el inicio de la ventana temporal que resulta de la progresión de las alteraciones cerebrales microscópicas a las macroscópicas. Un periodo de tiempo muy valioso de cara al tratamiento y al pronóstico. Esta fase incipiente de la demencia es la que expone un mayor riesgo de conductas suicidas. Entender la demencia, y especialmente esta variante, como una alteración cognitiva difusa (restando interés al componente psiquiátrico y conductual) dificulta el diagnóstico de los síndromes degenerativos focales. Es importante que los psiquiatras estemos familiarizados con esta patología. Un diagnóstico y tratamiento correcto lo más precozmente posible y un abordaje multidisciplinar es fundamental para el control de los síntomas, evitar los riesgos asociados y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

**Otros autores**

Elena Díaz Miranda. Psiquiatra  
Jorge Lázaro Archilla. Psiquiatra  
Encarnación Muñoz Díaz. MIR Psiquiatría

• **Nosología del síndrome de Cotard. A propósito de un caso clínico.**

**Autor principal**

María Amparo González Yago. Psiquiatra. Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

El Dr. Jules Cotard entró en la historia de la psicopatología como epónimo de uno de los síndromes característicos de las formas graves de la melancolía, el "delirio de negación", en cuyo estudio abundó describiendo también el "delirio de enormidad". A través de sucesivas publicaciones, fue precisando progresivamente el cuadro clínico cuya principal característica es la presencia de un delirio nihilístico que, cuando se configura del todo, conduce al paciente a la negación de su propia existencia y del mundo exterior, o por el contrario, al desarrollo de temas delirantes de enormidad corporal, de culpa anonadante y de inmortalidad dolorosa.

El objetivo del presente poster es reportar un caso clínico encuadrable con un Síndrome de Cotard en una paciente anciana de 70 años de edad, efectuándose una revisión bibliográfica acerca del mismo centrándonos en su ubicación nosológica.

El gran debate en torno al síndrome de Cotard se centra en determinar si el cuadro solo existe como síndrome – y por tanto es siempre sintomático de otra enfermedad mental– o si, en algunos casos, se puede considerar una entidad...

**Otros autores**

Elena Díaz Miranda. Psiquiatra  
Encarnación Muñoz Díaz. MIR psiquiatría  
Silvia Cañas Jiménez. MIR Psiquiatría

• **El síndrome disautonómico, a propósito de un caso.**

**Autor principal**

María Aránzazu Gutiérrez Ortega. MIR PSIQUIATRÍA. Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

**INTRODUCCIÓN:** La disfunción autonómica simpática/disautonomía, puede ser confundida a menudo por un cuadro psiquiátrico o por otra enfermedad médica. A veces la persona con Disautonomía se siente débil, sin energía, sin ánimo, y permanece aislada por la dificultad para relacionarse con los que le rodea.

**MÉTODO:** Presentamos el caso de un paciente de 72 años que durante 8 años se mantuvo en seguimiento con Psiquiatría por sintomatología ansioso-depresiva con mala evolución y modificación de forma reiterada el tratamiento farmacológico sin conseguir una remisión de la clínica. Mientras permanece ingresado por clínica que se piensa deberse a consecuencia de gesto autolítico se diagnostica de Síndrome Disautonómico remitiendo la sintomatología al completo de forma rápida.

**RESULTADOS:** Se retiran fármacos hipotensores, bradicardizantes, y el tratamiento antidepressivo. Durante el ingreso remite sintomatología que se mantiene hasta la actualidad.

**DISCUSIÓN:** El síndrome disautonómico a pesar de su prevalencia y a sus múltiples síntomas puede pasar inadvertido ante un especialista. Es necesario reconocer estos síntomas premonitores para comenzar cuanto antes con un tratamiento adecuado y evitar las graves consecuencias.

**CONCLUSIÓN:** Hay que tener presente el síndrome disautonómico ante aquellos pacientes con síntomas vegetativos no respondedores.

**BIOGRAFÍA:** Meijer A, Hovne R. Child psychiatric problems in "autonomous dysfunction" Child Psychiatry Hum Dev. 1981 Winter;;12(2):96-105

#### Otros autores

Angela Osorio Guzman. MIR PSIQUIATRÍA

María Dolores Díaz Piñeiro. MIR PSIQUIATRÍA

Sara Mayo Gonzalez. MIR PSIQUIATRÍA

### • Uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) en paciente con trastorno bipolar tipo II y posible enfermedad neurodegenerativa.

#### Autor principal

Sandra Molins Pascual. Médico Interno Residente de Psiquiatría Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** el trastorno bipolar tipo II se caracteriza por la presencia de episodios depresivos recurrentes y al menos un episodio hipomaniaco.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** paciente de 68 años diagnosticada de trastorno bipolar tipo II en seguimiento en la Unidad de Trastornos Bipolares del Hospital La Fe, que presenta un episodio depresivo grave con características melancólicas resistente al tratamiento farmacológico (litio, lamotrigina, quetiapina, desvenlafaxina, bupropion, clorazepato dipotásico y galantamina).

**RESULTADOS:** se decide el ingreso en una unidad de psiquiatría. El SPECT muestra un hipometabolismo parietotemporal izquierdo compatible con una posible enfermedad neurodegenerativa. Se mantiene el tratamiento psicofarmacológico durante tres semanas sin respuesta, optándose por la aplicación de TEC. La paciente se encuentra eufórica tras 8 sesiones.

**CONCLUSIONES:** la resistencia al tratamiento farmacológico constituye una indicación de TEC; es eficaz en el tratamiento de la depresión bipolar con mayor rapidez sin aumentar el riesgo de viraje. Las características melancólicas son un predictor de buena respuesta. Las enfermedades neurodegenerativas no contraindican su uso. La administración de galantamina concomitante puede tener un efecto protector sobre la amnesia anterógrada.

#### Otros autores

Pilar Sierra San Miguel. Facultativo Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia)

Leire Hernández Plaza. Médico Interno Residente de Psiquiatría

Eduardo Delgado Parada. Médico Interno Residente de Psiquiatría

Sandra Martínez Larumbe. Médico Interno Residente de Psiquiatría

Marta Rodríguez De Lorenzo. Médico Interno Residente de Psiquiatría

### • Uso de clozapina para control conductual en paciente con demencia con cuerpos de Lewy (DCL).

#### Autor principal

Leire Hernández Plaza. Médico interno residente Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** La DCL es un trastorno neurodegenerativo caracterizado por deterioro cognitivo, síntomas psicóticos (alucinaciones visuales recurrentes), parkinsonismo y sensibilidad a neurolépticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** paciente octogenario inicialmente diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer, que ingresa en Unidad de Psicogeriatría de Fundación Matía por presentar insomnio, episodios de agitación y agresividad.

**RESULTADOS:** durante los sucesivos ingresos se aprecia déficit de atención,

falta del control de impulsos, ideas delirantes de perjuicio y falsos reconocimientos que generan episodios de agresividad y sueño fragmentado. No se detectan alucinaciones visuales. A nivel motor presenta marcha parkinsoniana. Muestra hipersensibilidad a neurolépticos, presentando cuadro sincopal con 25mg de quetiapina e hipersomnia con 6,25mg de clozapina.

**CONCLUSIONES:** dada evolución y la sensibilidad a neurolépticos, se plantea el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy y se ajusta el tratamiento de forma paulatina a: clozapina (18,75mg/día), pregabalina y rivastigmina transdérmica (13,3mg), con lo que se consigue el control conductual con buena tolerancia.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. Martín Carrasco M. Las demencias. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. Editores. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona:Masson; 2002. P 201-311.

#### Otros autores

Elena Fernández Arin. Geriatra

Sandra Molins Pascual. Médico interno residente Psiquiatría

Eduardo Delgado Parada. Médico interno residente Psiquiatría

Carmen Aldara Carrajo García. Médico interno residente Psiquiatría

Elena Begoña Alonso Sánchez. Médico interno residente Psiquiatría

### • Síntomas de demencia en paciente anciano con toc previo no diagnosticado. Respuesta a vortioxetina.

#### Autor principal

María José Márquez Márquez. Médico Psiquiatra UGC Salud Mental. Virgen Macarena, Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** La presencia de síntomas obsesivos en ancianos no suele constituir motivo de consulta psiquiátrica. Sin embargo la comorbilidad con otros trastornos desencadena su asistencia y permite detectar trastornos no diagnosticados, pero sí, existentes, previamente.

La aparición de antidepresivos con un mejor perfil de seguridad y efectos secundarios que los anteriores, abre un nuevo horizonte en el abordaje de estos pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Exposición de un caso clínico donde concurren síntomas obsesivo compulsivos ( entre otras conductas, el paciente canta, desde hace años, fragmentos de zarzuelas antes de poder iniciar la jornada ) con síntomas depresivos y de demencia. Estudiamos la respuesta al tratamiento con Vortioxetina.

**RESULTADOS:** Tras 6 semanas de tratamiento con 5 mgrs de vortioxetina / día se aprecia mejoría de clínica ansiosa, obsesiva y cognitiva con aumento de 2 puntos en MMSE.

**DISCUSIÓN:** La vortioxetina ha mejorado los síntomas cognitivos derivados de la depresión, ¿estamos ante un caso de pseudodemencia depresiva?

**CONCLUSIONES:** En el MMSE se mantienen las alteraciones de la memoria de fijación y evocación, cálculo y pensamiento abstracto. Cognitivamente ha mejorado con el tratamiento pero persisten los síntomas de demencia. El uso de vortioxetina en nuestro caso coincide con los estudios: existe una mejoría de los síntomas de ansiedad y afectivos y de la función cognitiva derivada del trastorno del humor.

#### Otros autores

Encarna Domínguez Ballesteros. Médico Psiquiatra

Cristina García Román. Médico Psiquiatra

Paloma Aguilar Valseca. Médico Psiquiatra

Antonio Manuel Ramírez Ojeda. Médico Psiquiatra

• **Demencia rápidamente progresiva, un caso de degeneración corticobasal con presentación atípica.**

**Autor principal**

Elisa Martín De Francisco Murga. Médico especialista en Geriátría Hospital Infanta Elena, Valdemoro. Madrid.

Mujer de 72 años, con HTA y FA. Situación basal: ayuda parcial para ABVD, deambulación autónoma, doble continente. Hace un año inicia déficits de memoria reciente, desorientación, anomia, praxias y disfunción ejecutiva. Analítica normal y TAC craneal con leucoencefalopatía periventricular. Se inició Rivastigmina. A los 4 meses era dependiente para todas las ABVD, con alteración severa del lenguaje, empeoramiento llamativo en los tests neuropsicológicos y trastorno de la marcha con caídas, sin trastorno conductual. Se rotó IACE a Memantina. Dos meses después ingresa en el Hospital con infección urinaria y UPP sobreinfectadas, mutista, con nivel fluctuante de conciencia y rigidez axial, no movimientos involuntarios. Se diagnosticó de sepsis mixta y fue tratada con antibióticos de amplio espectro basados en cultivos sin respuesta, persistiendo fiebre de origen desconocido y delirium hipoactivo. RMN craneal: múltiples lesiones hiperintensas en hemisferios y protuberancia y atrofia cortico-subcortical difusa. EEG: actividad fronto-temporal ralentizada. Punción lumbar: bioquímica normal, proteína 14-3-3 negativa. Ecocardiograma: no realizado por evolución tórpida y fallecimiento. Necropsia: tauopatía sugestiva de Degeneración corticobasal.

**DISCUSIÓN:** Nuestra paciente desarrolló una presentación atípica de esta entidad, ya que DCB es una enfermedad rara caracterizada por parkinsonismo progresivo asimétrico con afectación mnésica posterior y una esperanza de vida media de 8 años.

**Otros autores**

Berta Alvira Rasal. Médico especialista en Geriátría  
Elena García Gomez. Médico Especialista en Geriátría  
Augusto Malanga Ferrari. Médico especialista en Geriátría

• **Estimulación multisensorial (SMS) en sala snoezelen en un caso con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).**

**Autor principal**

Miren Zuriñe García Villanueva. Psicóloga. Residencia San Andres Galdakao, Vizcaya (Bilbao).

**INTRODUCCIÓN:** mujer 83 años, diagnóstico demencia, GDS6, afasia, broncoespasmos. SPCD: agitación. Quetiapina 25mg marzo 2015, antes-lorazepam 1mg

**MATERIAL:** Estímulos sensoriales

**MÉTODO:** Consultar su estado. No SMS: si no desea, agitación severa o diagnóstico contrario. Sesión: individual, 20min. Registro: objetivos, materiales, orden, tiempo de uso y resultados. 27 sesiones (febrero-diciembre 2016)

**RESULTADOS:** Desaparición-agitación continua durante el día. Disminución-medificación por agitación. 5 meses continuados sin ella. Anterior a SMS, tras cambio de medicación, se mantuvo un estado agitación continuo y necesidad de administrar medicación, 82 veces, tras SMS solo 7 veces. En todas las sesiones, menos una, se ha relajado. Disminución: tono muscular, ritmo, tono de voz y movimientos nerviosos. Aumento: concentración, curiosidad y afectividad. Se mantienen los resultados, salvo un día.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:** indicios de que la SMS mejora los SPCD. Resultados de un caso por lo que no es posible generalizar, ni si se mantendrán los resultados. Se necesita más investigación por características personales y diferencias en progresión de enfermedad. Posible que otros factores hayan

influido. No se ha contrastado con otra terapia para determinar la de mayor efectividad.

**BIBLIOGRAFÍA:** Olazarán J, Agüera LF, Muñiz R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012; 55: 598-608. López A, Gómez A. Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial. Elsevier. Fisioterapia 2011; 33(2): 79-88

**Otros autores**

Ilargia Hernandez Zarrabeitia. Terapeuta ocupacional

• **Demencias vasculares con síntomas neuropsiquiátricos.**

**Autor principal**

Rafaela de La Mata. MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Salamanca, Salamanca.

**INTRODUCCIÓN:** mujer 83 años, diagnóstico demencia, GDS6, afasia, broncoespasmos. SPCD: agitación. Quetiapina 25mg marzo 2015, antes-lorazepam 1mg

**MATERIAL:** Estímulos sensoriales

**MÉTODO:** Consultar su estado. No SMS: si no desea, agitación severa o diagnóstico contrario. Sesión: individual, 20min. Registro: objetivos, materiales, orden, tiempo de uso y resultados. 27 sesiones (febrero-diciembre 2016)

**RESULTADOS:** Desaparición-agitación continua durante el día. Disminución-medificación por agitación. 5 meses continuados sin ella. Anterior a SMS, tras cambio de medicación, se mantuvo un estado agitación continuo y necesidad de administrar medicación, 82 veces, tras SMS solo 7 veces. En todas las sesiones, menos una, se ha relajado. Disminución: tono muscular, ritmo, tono de voz y movimientos nerviosos. Aumento: concentración, curiosidad y afectividad. Se mantienen los resultados, salvo un día.

**DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:** indicios de que la SMS mejora los SPCD. Resultados de un caso por lo que no es posible generalizar, ni si se mantendrán los resultados. Se necesita más investigación por características personales y diferencias en progresión de enfermedad. Posible que otros factores hayan influido. No se ha contrastado con otra terapia para determinar la de mayor efectividad.

**BIBLIOGRAFÍA:** Olazarán J, Agüera LF, Muñiz R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012; 55: 598-608. López A, Gómez A. Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial. Elsevier. Fisioterapia 2011; 33(2): 79-88

**Otros autores**

Manuela de La Mata. Estudiante de medicina  
Roberto Correa. Adjunto Radiología  
Isabel Valriberas. MIR Psiquiatría  
Laila Al Chaal. MIR Psiquiatría  
Nerea Casado. MIR Psiquiatría

• **Síndrome de Gánser de origen orgánico.**

**Autor principal**

Margarita Pérez-Fominaya. PSQUIATRA Hospital Universtario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** Paciente de 66 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos de interés hasta 2012, fecha en la que ingresa en UVI por TCE severo por accidente en su puesto de trabajo.

Tras el ingreso, no quedan secuelas reseñables hasta que, meses después, coincidente con citación judicial para la depuración de responsabilidades sobre el accidente, desarrolla de forma subaguda un cuadro ganseri-

forme: conductas extravagantes y regresivas, la desorganización del discurso y las respuestas por aproximación.

Las pruebas complementarias realizadas arrojan: TAC craneal con muy leve atrofia frontal sin otras alteraciones parenquimatosas y DTASCAN con hipocaptación de ambos núcleos caudados.

Desde 2012 hasta la actualidad, la situación del paciente se ha mantenido estacionaria, hasta el punto que el paciente ha debido ser institucionalizado por ser completamente DAVD.

La impresión diagnóstica es que podríamos encontrarnos ante un síndrome de Gánsler (CIE 10, F44.80), de probable origen orgánico (TCE, hipocaptación de ambos núcleos caudados), ya que existe:

1. Debut tras un evento altamente traumático
2. Producción involuntaria e incontrolable de síntomas psiquiátricos graves
3. Estudios asocian la presencia del síndrome de pérdida de autoactivación psíquica (ocasionado por la lesión de ganglios basales) se ha asociado a la presencia de síntomas compatibles con síndrome de Gansler, El hecho de que el mecanismo causal sea permanente puede explicar la irreversibilidad del cuadro.

### • ¿Es funcional? A propósito de un caso.

#### Autor principal

Sandra Cepedello Pérez. MIR 4. Psiquiatría Hospital Clínico Universitario Valladolid.

**INTRODUCCIÓN:** Mujer de 76 años, que ingresa en UVI por vómitos y pérdida de conciencia. Descartan patología orgánica desencadenante y solicitan interconsulta para descartar patología conversiva. En cuanto a antecedentes: NAMC, HTA, bocio multinodular. Ingreso en UHB de Zamora en 1993 por "Depresión endorreactiva" sin tratamiento ni seguimiento posteriores en el que se hablaba de personalidad dominante e histérica. Los familiares relatan episodios previos de "hacerse la muerta" en el contexto de fuertes discusiones con su marido. La paciente se encuentra con ojos cerrados realizando fuerza de manera aparentemente activa. Responde órdenes verbales y balbucea en respuesta a preguntas.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Realizamos una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos a raíz de este caso.

**RESULTADOS:** Solicitamos un RMN cerebral, en la que finalmente se objetivó lo que se denomina como Síndrome de Percheron.

**DISCUSIÓN:** ¿Los despistajes orgánicos o neurológicos se hacen SIEMPRE adecuadamente? ¿O nos dejamos guiar a veces por nuestros propios prejuicios o los de otros profesionales?

**CONCLUSIONES:** Existen multitud de trastornos neurológicos sin filiar, o filiaados pero raros y complejos en los que no se piensa habitualmente, por lo que muchas veces, sobre todo cuando parece que los antecedentes y la clínica acompañan e invitan a lo psicopatológico, nos conformamos con un despistaje en menor profundidad, sobrediagnosticando patología conversiva, facticia o somatomorfa.

#### Otros autores

Ewa Rybak Koite LE. Psiquiatría  
Enrique Martínez Pías. MIR Neurología  
Fernando Uribe Ladrón de Cegama. Jefe Servicio Psiquiatría  
Rebeca Hernández Antón. MIR Psiquiatría  
Claudia Noval Canga. MIR Psiquiatría

### • Utilidad de antipsicóticos inyectables de liberación sostenida desde el episodio agudo en la psicosis crónica del anciano: a propósito de un caso.

#### Autor principal

Eduardo Delgado Parada. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** La evidencia del abordaje terapéutico de la esquizofrenia en épocas tardías de la vida es escasa.

**OBJETIVO:** Presentación del caso clínico de una paciente octogenaria con esquizofrenia de inicio tardío, difícil manejo terapéutico y respuesta satisfactoria con palmitato de paliperidona desde la fase aguda.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 83 años que ingresa involuntariamente en la Unidad de Psicogeriatría por alteraciones conductuales. Al ingreso presenta ideación delirante de perjuicio, persecución y suplantación de identidad muy sistematizadas. Describe alucinaciones auditivas en forma de voces comentaristas de actividad con poca repercusión emocional. No presenta alteración afectiva ni cognitiva relevante. La conducta es desorganizada y la conciencia de enfermedad nula. Se encuentra en situación de fragilidad biopsicosocial extrema. Durante todo el ingreso tiende a aislarse y rechaza cualquier medicación por vía oral siendo preciso la aplicación continuada de antipsicóticos vía parenteral de acción inmediata. A las dos semanas se inicia tratamiento con palmitato de paliperidona con buena tolerancia y respuesta clínica lo que permite su alta y traslado a centro residencial geriátrico.

**CONCLUSIÓN:** El palmitato de paliperidona puede constituir una opción a tener en cuenta en casos de psicosis en ancianos con grave negatividad y rechazo a la toma vía oral y necesidad de una respuesta rápida.

#### Otros autores

Victoria Garay Airaghi Médico. Interno Residente Geriatría. Hospital Clínico San Carlos  
Marina Montero Magán Médico. Interno Residente Geriatría. Hospital Meixoeiro. Vigo  
María Isabel Ramos García. Médico adjunto. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos. Madrid

### • Peritaje psiquiátrico de varón de 80 años imputado por asesinato.

#### Autor principal

Sandra Molins Pascual. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** El peritaje psiquiátrico consta de las diferentes actuaciones periciales realizadas por un perito médico especialista en psiquiatría para emitir un informe médico-legal sobre el estado mental de una persona involucrada en un proceso judicial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se realiza el peritaje psiquiátrico de un varón de 80 años, con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo y gestos autolíticos, imputado por el asesinato de su exmujer. Las fuentes de información para la elaboración del informe médico-legal utilizadas son la evaluación psicopatológica mediante entrevista psiquiátrica semiestructurada, el examen de la documentación médica, el análisis de las actuaciones judiciales y la entrevista con la hija y una hermana de la víctima. Como pruebas complementarias se realiza el Inventario Clínico Multiaxial de Millon puntuando de forma significativa (>75/115) en las escalas trastorno de ansiedad, dependencia de alcohol y trastorno delirante; y de forma relevante (> 70/115) en las escalas paranoide y trastorno del pensamiento.

**RESULTADOS:** tras la exploración, se diagnostica un trastorno mixto de personalidad, enmarcando el cuadro ansioso-depresivo en el contexto de una relación disfuncional de pareja de larga data.

**CONCLUSIONES:** se concluye que a pesar de la presencia de un síndrome ansioso-depresivo, ni sus capacidades cognitivas para conocer y comprender las conductas que son lícitas ni su voluntad, se encontraban afectadas en relación al delito que se juzga.

#### Otros autores

María Teresa Elegido Fluiters. Médico Forense especialista en Psiquiatría.

Clínica Médico Forense de Madrid.  
Eduardo Delgado Parada. Médico Interno Residente de Psiquiatría  
Leire Hernández Plaza. Médico Interno Residente de Psiquiatría  
Rocío Paricio del Castillo. Médico Interno Residente de Psiquiatría  
Carmen Loeck De Lapuerta Médico Interno Residente de Psiquiatría

## CATEGORÍA C: Otras categorías en pacientes de edad avanzada

### •Residencias psicogeriatricas: ¿El siguiente paso obligatorio en el cuidado residencial de adultos mayores?

#### Autor principal

Michael Israel Castro García. Psiquiatra/ Estudiante de Master en Psicogeriatría. Estudiante de Master Psicogeriatría en Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Debido al aumento constante de la expectativa de vida, con las diferentes consecuencias que esto conlleva, como el aumento progresivo de la prevalencia de enfermedades como demencia conforme avanza la edad y la presencia de síntomas psicológicos y del comportamiento, debe ponerse una especial atención en mejorar la calidad de centros residenciales, los cuales son una opción de gran peso para el sostén y apoyo de los adultos de edad avanzada y sus familias. En este trabajo realizamos una revisión de la bibliografía existente respecto al desarrollo de las residencias como modelo asistencial actual y el uso de un equipo especializado, que logre cubrir las necesidades del adulto mayor con necesidad de uso de un servicio residencial, estableciendo la propuesta de Residencias psicogeriatricas, donde un equipo especializado pueda dar un soporte a los residentes con cierta constancia, lo que también genere un apoyo al equipo básico de prestadores de servicio dentro de las residencias convencionales, valorando las posibles ventajas que esto podría traer consigo.

Siendo así los puntos a desarrollar son los siguientes:

1. Introducción.
2. Desarrollo de la asistencia en residencias geriátricas.
3. Necesidades asistenciales del paciente psicogeriatrico en atención residencial.
4. Residencias Psicogeriatricas y otras nuevas perspectivas para el cuidado residencial.
5. Bibliografía.

#### Otros autores

Manel Sánchez Pérez. Psiquiatra  
Maitee Rosende. Neurologa

### • Duelo al final de la vida.

#### Autor principal

Jessica Lorena Talavera Palacios. Medico Residente de Psiquiatría.  
Hospital de Galdakao-Usansolo, Usanoslo, Vizcaya (Bilbao).

**INTRODUCCIÓN:** El duelo es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales.

Perder al cónyuge es particularmente traumático y unas de las experiencias más estresantes de la vida, especialmente si han dependido mucho el uno del otro (Holmes y Rahe, 1967). Se producen cambios en los roles y en las responsabilidades.

**MÉTODOS:** Se intenta analizar el duelo en la vejez según la bibliografía encontrada.

**CONCLUSIONES:** La viudedad es la causa de duelo más usual en los ancianos, aunque en la mayoría de los casos no se convierte en patológico. Está implicado en numerosos síntomas o conductas que van a aparecer por primera vez en estas personas. Supone una resituación en la vida de la persona. Gran importancia de las relaciones posteriores del duelo, el apoyo y las figuras sustitutivas.

#### Otros autores

Nagore Salcedo. Medico Psiquiatra

### • Marco teórico de referencia para la prestación de servicios sociosanitarios en centros geriátricos en España.

#### Autor principal

Leticia Pérez del Tío. Psicóloga lubilate SL/ Ballezol, Madrid.

En los últimos diez años los cambios en el perfil de las personas que viven en centros geriátricos se han hecho patentes en todas las sociedades desarrolladas. Los residentes tienen cada vez una edad más avanzada, en su mayoría octogenarios, nonagenarios y centenarios, un alto porcentaje presentan cuadros de fragilidad y demencia y son dependientes para las actividades de la vida diaria por lo que precisan atención las 24 horas del día. (Andersen et al 2014).

En paralelo a esta realidad, y en un menor porcentaje, sigue existiendo la demanda de centros residenciales de personas mayores de 75 años autónomas e independientes que buscan un recurso donde vivir con la mejor calidad de vida posible.

Ante esta realidad, se hace necesario, primero, un análisis de las necesidades heterogéneas de estos grupos de edad teniendo en cuenta las 5 C's, elementos definitorios de psicogeriatría: la complejidad, la cronicidad, comorbilidad, continuidad y el contexto (Sadavoy J 2009). En segundo lugar, una revisión de los modelos actualmente vigentes analizando sus pros y contras y por último una propuesta integradora e implementable que permita una respuesta óptima a las expectativas de las personas mayores y sus familias. En esta comunicación se presenta un resumen de esta propuesta.

### • Programa de prevención de riesgos en el domicilio para pacientes ingresados en un hospital de día psicogeriatrico.

#### Autor principal

Lucía Martín de Francisco Murga. Médico especialista en Psiquiatría.  
Hospital de Día Psicogeriatrico, Pamplona.

**INTRODUCCIÓN:** Las caídas son una causa importante de morbimortalidad en las personas mayores. Su riesgo, así como el de accidentes, puede aumentar en la población geriátrica con patología psiquiátrica, lo que justificaría el desarrollo de programas preventivos y de actuación.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se desarrolla un programa "ad hoc", incluido dentro del plan de actividades terapéuticas grupales del Hospital de Día Psicogeriatrico. Se ofrece a todos los pacientes ingresados. Son sesiones psicoeducativas interactivas, con apoyo de medios audiovisuales, de frecuencia semanal y una hora de duración, dirigidas por Enfermería y Terapia Ocupacional.

**RESULTADOS:** Se utiliza una escala de satisfacción tipo Likert 5 que arrojó un grado de satisfacción del 90 % con respecto a los contenidos expuestos en el programa. La asistencia al mismo fue del 97,6%.

**DISCUSIÓN:** Existen pocos estudios que recojan actuaciones preventivas en contextos de Salud Mental en personas mayores. La evidencia sugiere intervenciones multifactoriales que incluyan entre otros aspectos la revisión del entorno, de la medicación psicotrópica y de la capacidad física.

**CONCLUSIONES:** Sistematizar una evaluación previa y diseñar un protocolo de actuación nos permitiría una intervención más eficaz en la reducción de riesgos.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. Bunn F, Dickinson A, Simpson Ch et al. Preventing falls among older people with mental health problems. BMC Nursing .2014, 13:4.

#### Otros autores

Maite Echeverría Echeto. DUE

Cristina Rubio Ortega. Terapeuta Ocupacional

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga Clínica

#### • Actividad asistencial de un hospital de día psicogeriátrico.

##### Autor principal

Lucía Martín de Francisco Murga. Médico especialista en Psiquiatría.

Hospital de Día Psicogeriátrico, Pamplona.

**INTRODUCCIÓN:** La población mayor de 65 años ha crecido significativamente en Navarra en las últimas décadas, también la prevalencia de trastornos mentales en este grupo. Ante la necesidad de adecuar los recursos asistenciales a la patología mental en mayores se crea en 2013 el Hospital de Día Psicogeriátrico de Salud Mental.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo de las personas atendidas en este recurso desde su inicio hasta la actualidad. Se describen indicadores de actividad y variables clínicas.

**RESULTADO:** El número de pacientes ingresados en el recurso ha aumentado lentamente: incremento del 30% en 2015 respecto a 2013. La estancia media actual es de 36 días, indicador que ha mejorado con el tiempo. El índice de ocupación ha aumentado un 43,2% en el último año respecto a 2013. Los diagnósticos más prevalentes han sido los trastornos afectivos (41%), las psicosis (18%) y los trastornos de ansiedad (12%).

**DISCUSIÓN:** Se estima que un 25% de los mayores de 60 años son diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico. Sin embargo, según datos de la Red pública de Salud Mental de Navarra, sólo se atiende en el circuito al 2,4% de la población geriátrica, cifra que dista mucho de lo señalado en la bibliografía.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de las personas mayores con trastornos mentales no pasan del primer nivel de acceso en la asistencia sanitaria.

**BIBLIOGRAFÍA:** Carbonell, C. (2000). La depresión en el anciano. Actas Españolas de Psiquiatría, 28(7-Mon 2), 1-2.

#### Otros autores

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga clínica

Maite Etxeberria Etxeto. DUE

Cristina Rubio Ortega. Terapeuta Ocupacional

Isabel Pérez De Ciriza Echeverría. Trabajadora Social

Margarita Zabala Baquedano. Psicóloga Clínica

#### • Test de Alusti abreviado: nuevo test de valoración funcional para la población psicogeriatrica.

##### Autor principal

Juan José Calvo Aguirre. Médico geriatra. Residencia de ancianos

Zorroaga, San Sebastián.

Desde nuestra experiencia profesional en el campo de la fisioterapia, enfermería y medicina, entendemos que es necesario disponer de una escala de valoración física que sea aplicable a todas las personas mayores, incluyendo como tales los niveles de máxima dependencia funcional y de máximo deterioro cognitivo. El diseño de una escala universal que permita una valoración física en mayores, debiera permitir realizar un seguimiento más adecuado de su capacidad y evolución funcional.

Presentamos el "test de Alusti abreviado", diseñado con este objetivo y su prueba de fiabilidad realizada con una valoración interobservadores en 60 usuarios (media de edad 84,7 años y niveles cognitivos diferenciados. Alfa de Cronbach = 0,998).

Se compone de 5 áreas de evaluación. Evalúa la movilidad articular pasiva, el tronco en sedestación, la bipedestación, la marcha y su radio de acción, ofreciendo una puntuación máxima de 50 puntos.

El test se ha aplicado posteriormente en 123 usuarios mayores (media de edad = 82,9 años), con diferentes niveles cognitivos, en 3 centros residenciales distintos. Se compara su aplicabilidad con el Índice de Barthel, SPPB, Tinetti, velocidad de la marcha y TUG y se analiza con el Índice de Pearson.

La fiabilidad, aplicabilidad y correlación con dichas escalas le hacen excelente para su utilización en la población psicogeriatrica. A ello se suman la rapidez en su administración (5 min/usuario) y la sensibilidad en la detección de cambios funcionales.

#### Otros autores

Josu Alustiza. Fisioterapeuta

Joana Uranga. Enfermera

Gema Louzao. Fisioterapeuta

Olga Bueno. Enfermera

Cristina Sarasqueta. Médico epidemiología

#### • Descripción de un programa de psicoterapia grupal para mayores de 65 años con depresión y ansiedad.

##### Autor principal

Andrés Felipe Correa Palacio. Psiquiatra Avances Médicos S.A. Bilbao.

En el contexto de una clínica psiquiátrica privada (Avances Médicos S.A, AMSA), con sede en Bilbao y dentro de un programa integral de Psicogeriatría que abarca urgencias, hospitalización y consulta externa, surgió en 2014 una experiencia de psicoterapia grupal con un varios pacientes mayores de 65 años, la mayoría diagnosticados de trastornos depresivos o ansiosos.

Así, se describe el programa de la Unidad de día de Psicogeriatría de AMSA y las características de los pacientes atendidos, durante el periodo desde Septiembre de 2014 a Septiembre de 2016. El programa consta de diferentes terapias grupales de tipo psicoeducativo, habilidades sociales, ocio y tiempo libre, arteterapia y grupos de temática libre.

Los criterios de inclusión son: personas mayores de 65 años, diagnosticados de depresión, ansiedad, trastorno adaptativo o duelo. Los criterios de exclusión aplicados son: presencia de deterioro cognitivo, antecedente de trastornos psicóticos crónicos con o sin sintomatología psicótica activa, enfermedades físicas graves, trastornos graves de la personalidad y otras condiciones que impidiesen el trabajo grupal. El grupo es abierto en cuanto a que pueden ingresar pacientes en cualquier momento del año. El alta se da por mejoría clínica o por voluntad del paciente, ya sea por su deseo de dejar la terapia o por limitaciones físicas o de otro tipo que impidan continuar asistiendo a las sesiones. Durante un periodo de dos años han sido atendidos un total de 45 pacientes.

#### Otros autores

Iñaki Galletero. Psicólogo

Rebeca. Adámez. Trabajadora Social

## • Uso de antidepresivos en el paciente anciano.

### Autor principal

Rafaela de La Mata. MIR Psiquiatría Hospital Clínico Salamanca. Salamanca.

**INTRODUCCIÓN:** La asociación entre clínica depresiva y deterioro cognitivo en ancianos parece cada vez más clara. Los pacientes geriátricos son la población más propensa a la aparición de efectos adversos medicamentosos debido principalmente a la prevalencia de la polimedicación, ya que carecen de reserva fisiológica para contrarrestar los efectos farmacológicos en exceso.

**OBJETIVOS:** Revisar la información disponible respecto a los condicionantes y precauciones que se han de adoptar en la prescripción de antidepresivos en ancianos con comorbilidades médicas, tanto relacionadas con el propio fármaco como con las posibles modificaciones que la enfermedad física puede imponer.

**METODOLOGÍA:** La información proviene de artículos publicados en revistas internacionales, revistas españolas y textos de psicofarmacología y psicogeriatría.

**CONCLUSIONES:** La prescripción psicofarmacológica en ancianos con enfermedades médicas concomitantes requiere una mayor atención en la elección, dosificación y seguimiento del tratamiento.

### Otros autores

Josefa Matías. Adjunto Psiquiatría  
Celia González. Mir Psiquiatría  
Lucía Sánchez. MIR Psiquiatría  
Rubén De Alarcón. MIR Psiquiatría  
Javier De La Iglesia. Mir Psiquiatría

## • El rol del psicogeriatra en la prescripción de antipsicóticos en centros geriátricos.

### Autor principal

Afonso Fernandes De Abreu Alves Chaves, Médico Psiquiatra, Fundación Hospital Manacor, Manacor, Baleares (Palma de Mallorca).

**INTRODUCCIÓN:** Desde la alerta en 2005 de la FDA, se ha aumentado la preocupación con el uso de antipsicóticos en población geriátrica. El rol del Psicogeriatra se revela así fundamental, por lo que se pretende evaluar las diferencias de prescripción no-urgente de antipsicóticos entre Psicogeriatra y otros prescriptores.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal/observacional en centros geriátricos de Zamora con recolección de datos a partir de registros clínicos. El análisis estadístico mediante la prueba X<sup>2</sup>, con el instrumento estadístico SPSS v.23.

**RESULTADOS:** En una muestra de 306 pacientes de 5 centros, el 47,4% tenía deterioro cognitivo. En estos, el uso de antipsicóticos atípicos por "Psicogeriatra" fue del 62,1% frente al 22,7% por parte "Otros" prescriptores. Ningún antipsicótico típico fue prescrito por "Psicogeriatra", frente al 10,8% en "Otros". La prescripción por "Psicogeriatra" tuvo un menor número de psicofármacos en simultáneo, y un mayor número de atípicos en deterioro grave frente a "Otros" (X<sup>2</sup> 0.5719 p=0.001).

**DISCUSIÓN:** Los resultados reseñan el rol del psicogeriatra en la adecuación terapéutica, en cuanto a la prescripción de antipsicóticos.

Se realizan observaciones positivas en cuanto al tipo, número de antipsicóticos, posibles efectos secundarios, pese al espacio muestral reducido.

**CONCLUSIONES:** La intervención de un equipo de Psicogeriatría contribuye a la adecuación terapéutica farmacológica en deterioro cognitivo.

### Otros autores

Juan Luis Muñoz Sanchez. Médico Psiquiatra

Jorge Valdes Moreno. Médico

Katherine Hernández de La Cruz. Médico

Fernando Martínez Abad. Docente Universitario. Área de Métodos

de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad Salamanca

Manuel Ángel Franco Martín. Médico Psiquiatra. Docente Universidad Salamanca.

