

**XXII Reunión
de la SEPG**

**De la investigación a la sociedad,
centrados en la persona**



SEPG
■■■■

ISSN (edición digital): 2013-1860

<http://www.viguera.com/sepg>

 **VIGUERA**

Psicogeriatría

Febrero 2016

Volumen 6, número 1

XXII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psicogeriatría

Tarragona, 11-13 de febrero de 2016

**De la investigación a la sociedad,
centrados en la persona**

- Conferencia inaugural:
'Efectos fractales en el diagnóstico
psicopatológico de la demencia'
Ponente: Germán E. Berrios
- Conferencia de clausura:
'Organización de los servicios
psicogeriátricos en los países desarrollados'
Ponente: Raimundo Mateos
- Resúmenes de ponencias y pósters



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

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*

Geriatria

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, *Río de Janeiro (Brasil)*
Carlos de Mendonça, *Oporto (Portugal)*
Jacques Richard, *Ginebra (Suiza)*

© Copyright 2016, 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.

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. Fax: +34 932 317 250. Precio del ejemplar suelto, sujeto a disponibilidad, 30 € más gastos de envío.



XXII Reunión de la SEPG

De la investigación a la sociedad, centrados en la persona

La Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) a través de su comité organizador, pone en marcha su XXII Reunión anual estrenando sede en la acogedora ciudad de Tarragona e inaugurando, también, nueva época del año, en febrero de 2016.

Los contenidos de la presente Reunión pretenden dar la oportunidad a los profesionales de la salud de poner al día lo más relevante que desde la investigación básica, la clínica y los avances terapéuticos podemos poner hoy día al servicio del paciente psicogerítrico, persona enferma que, al fin, es el objetivo de nuestro trabajo diario.

Al margen de los avatares socioeconómicos de estos últimos años, la demografía sigue poniéndonos constantemente ante el reto de atender a un mayor número de pacientes ancianos y con mayores complejidades de orden clínico, terapéutico y asistencial. Los sistemas de salud se ven sometidos a fuertes presiones en direcciones opuestas ante la escasez de recursos y el incremento exponencial de necesidades, dejando en el centro al profesional que debe dar lo mejor de sí, con lo que dispone, en beneficio de nuestros pacientes mayores, de sus familias y, en definitiva, de la sociedad de la que todos forman parte.

La SEPG pretende con esta nueva oportunidad, ofrecer una ocasión excelente para actualizar este necesario y creciente campo del conocimiento que es el de la salud mental de nuestros mayores. A este objetivo pretendemos llegar en esta cita de Tarragona con la ayuda de ponentes, asistentes y colaboradores, desde la investigación a la sociedad, centrados en la persona.

Pilar Azpiazu y Manel Sánchez
en representación del Comité Organizador

Comité de Honor

Dr. Jordi Tous
Vicerector d'Universitat i Societat
de la URV
Sra. M^a Antonia Francesch
Vicepresidenta 2^a del Colegio de Médicos
de Tarragona
Sra. Ana Santos
Teniente de Alcalde de Serveis a la Persona

Presidentes de la XXII Reunión de la SEPG

Pilar de Azpiazu Artigas
Manel Sánchez Pérez

Comité Organizador

Pilar de Azpiazu Artigas
Manel Sánchez Pérez
Francesca Amores Guevara
Xelo Casado Montañés
Anna Catalán
Pedro Roy Millán

Comité Científico

Luis Agüera Ortiz
Consol Almenar Monfort
David Almenta Gallego
Antonio Miguel Carrión Sánchez
Juan Carlos Cejudo Bolívar
Jorge A. Cervilla Ballesteros
M^a Dolores Claver Martín
Joan de Pablo Rabassó
Domènec Gil Saladié
M^a Dolores Franco Fernández
Manuel A. Franco Martín
Inmaculada Grau Joaquim
Manuel Martín Carrasco
Angel Moríñigo Domínguez
Javier Olivera Pueyo
Carmelo Pelegrin Valero
Jorge Pla Vidal
Joaquim Pujol Domènech
Sonia Quiñones Ubeda
Isabel Ramos García
Marcel Rosich Estragó
Joan Vilalta Franch

RESÚMENES DE
PONENCIAS

11 DE FEBRERO

09.00-17.00 h

CURSO PRECONGRESO Mejorando habilidades diagnósticas y terapéuticas en demencias | COORDINADOR: Manel Sánchez

- **Concepto y clasificación de las demencias: puesta al día**
Manuel Martín Carrasco
- **Exploración clínica del síndrome de demencia**
Luis F. Agüera
- **Pruebas complementarias en el diagnóstico de la demencia**
Marcel Rosich
- **Exploración neuropsicológica del deterioro cognitivo**
Sonia Quiñones, Xelo Casado
- **Tratamientos específicos para la demencia: presente y futuro**
Ramón Reñé
- **Valoración de los síntomas psicológicos y conductuales**
Pilar de Azpiazu
- **Papel de las terapias no farmacológicas**
Manel Sánchez
- **Psicofarmacología de las demencias: discusión práctica de casos clínicos**
Javier Olivera

17.00-19.00 h

SIMPOSIO I Epidemiología psiquiátrica y psicopatología comparadas en adulto joven vs anciano

COORDINADOR: Jorge Cervilla

RESUMEN: El simposium presentará comparaciones epidemiológicas (prevalencia), psicopatológicas y de perfiles de riesgo de los principales trastornos mentales. Todas las ponencias incluirán revisión sistemática del tema planteado y estudio empírico de datos obtenidos de estudios epidemiológicos desarrollados en muestras representativas españolas. Los temas serán: Trastornos de Ansiedad, Trastornos Afectivos y Trastornos Psicóticos. Las ponencias estarán precedidas de una breve alusión metodológica por parte del moderador.

- **Trastornos de Ansiedad**
Pilar Calvo Rivera

María Pilar Calvo Rivera*, Lidia Aguado Bailón¹, Alejandro Porrás Segovia¹, Jorge Cervilla Ballesteros²

¹ UDM Salud Mental Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

² UGC Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Departamento de psiquiatría, Universidad de Granada, Granada. CIBERSAM, Granada.

*Autora para correspondencia. Email: pilicordoba88@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El simposium "Epidemiología psiquiátrica y psicopatología comparadas en adulto joven vs anciano" presenta comparaciones epidemiológicas y psicopatológicas de los principales trastornos mentales entre la población adulta y la población anciana. Está compuesto por tres ponencias: "Trastornos Psicóticos", "Síndromes depresivos" y "Trastornos de ansiedad". Nuestros resultados provienen del estudio GRANADep, un estudio comunitario transversal realizado en la provincia de Granada.

La ponencia "Trastornos de ansiedad" está centrada en las diferencias encontradas en la prevalencia y sintomatología de los distintos trastornos de ansiedad entre dos grupos de edad: 18-65 años y mayores de 65 años.

Los trastornos de ansiedad constituyen un campo infraestudiado dentro de la psiquiatría del anciano¹. Sin embargo, los estudios acerca de la prevalencia de síntomas y trastornos de ansiedad en ancianos indican que, aunque son menos frecuentes que en adultos y jóvenes, se observan con relativa frecuencia en los adultos de edad avanzada. En cuanto a la clínica, ésta puede adoptar las formas clásicas que observamos en el adulto sobre las que actúan las modificaciones propias de la edad¹.

En relación a la epidemiología, algunos estudios han indicado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es menor en el anciano que en el adulto¹. Así algunos estudios han cuestionado la menor frecuencia en este grupo de edad aludiendo a que esto puede deberse a que los cuestionarios utilizados están diseñados para grupos de población más joven, por lo que los resultados estarían sesgados². En relación a estudios epidemiológicos nacionales en el anciano, uno de los más importantes hasta la fecha es el de ZARADEMP que exploró las distintas presentaciones psicopatológicas de patología neurótica entre las ciudades de Zaragoza y Liverpool³. Los resultados de este estudio arrojaron que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) era del 0,7%, la hipocondría del 1,8%, las fobias 0,1% y la ansiedad generalizada 2,4%³.

En cuanto a los factores de riesgo observados en los trastornos de ansiedad del anciano, pueden dividirse en factores relacionados con estrés (acontecimientos vitales, enfermedad crónica, etc) y factores de vulnerabilidad (sexo femenino, historia familiar de trastorno de ansiedad, etc). Siendo los primeros más importantes en los trastornos de ansiedad del anciano, salvo en TOC en el que los factores de vulnerabilidad, como puede ser la historia familiar previa, adquieren mayor importancia³.

Si nos acercamos a la etiología de estos trastornos en la población anciana encontramos que en su génesis pueden estar implicados factores biológicos, psicológicos, causas médicas así como medicación y otras sustancias. En cuanto a los factores biológicos, parecen no existir datos referidos específicamente a este grupo de población. Algunas teorías psicodinámicas apuntan que la ansiedad del anciano puede estar vinculada directamente a la pérdida de objetos psicológicos y de aportes externos tan frecuentes en este grupo de edad. Otros factores psicológicos que aparecen estrechamente relacionados con la presencia de ansiedad en el anciano sería la existencia de un tono interno o arousal alto, la existencia de eventos vitales adversos a lo largo de la vida así como la mayor introversión social. Por último, cabe mencionar que la ansiedad en este grupo de edad está muy vinculada a enfermedades médicas así como a sus respectivos tratamientos, por lo que en el anciano es necesario la realización de un exhaustivo despistaje médico ante la presencia de síntomas de ansiedad.

Teniendo en cuenta las distintas formas clínicas de los trastornos de ansiedad podemos apuntar a que el trastorno de pánico o angustia es poco frecuente en los ancianos, sobre todo el tipo de aparición tardía y se presenta más frecuentemente en la mujer. En el anciano las crisis de pánico suelen presentarse como mareo, dificultad respiratoria o temor a caer. El trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo más frecuente en el adulto que en el anciano con mayor presencia en el sexo femenino y normalmente se inicia en etapas más precoces de la vida. En cuanto a las fobias, su proporción parece no diferir mucho en relación a la del adulto con el que también parece compartir sus temáticas más frecuentes. El TOC también parece presentarse con menor frecuencia en el anciano, si bien su forma de presentación es similar a la del adulto. Por último, el trastorno por estrés postraumático puede

cronicarse y continuar hasta edad avanzada, si bien disponemos de escasos datos sobre este trastorno en este grupo de edad¹.

METODOLOGÍA: El GRANAD P es un estudio transversal de base poblacional realizado en la provincia de Granada. Participaron en el estudio ochocientos ocho (n=808) sujetos del medio comunitario con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria desde la base de datos del Sistema Andaluz de Salud, que cubre al 98% de la población andaluza.

La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2011 y septiembre de 2012, mediante entrevistas cara a cara realizadas por psicólogos entrenados. Se llevó a cabo un examen neuropsicológico y una evaluación psiquiátrica. El examen neuropsicológico se realizó mediante la entrevista SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry), que consta de cinco subtests: aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento.

Para la evaluación psiquiátrica, se empleó la entrevista diagnóstica estructurada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Además, incluye dos diagnósticos adicionales de depresión mayor (con síntomas melancólicos y con síntomas psicóticos), un diagnóstico del eje II del DSM-IV (trastorno antisocial de la personalidad) y un módulo de evaluación de la conducta suicida. La entrevista consta de unas preguntas iniciales de cribado para cada trastorno. Si este screening es positivo, se continúa con las preguntas de esa sección para confirmar el diagnóstico. En los estudios de validez y fiabilidad, la entrevista MINI ha mostrado un valor kappa aceptablemente alto al compararla con la SCID-P y la CIDI⁴.

RESULTADOS

	Prevalencia de punto		
	18-65 años	> 65 años	Total
Trastorno de ansiedad generalizada actual	3,8%	5,6%	4,1%
Trastorno de angustia actual	2,4%	1,4%	2,2%
Trastorno de angustia de por vida	6,6%	2,8%	5,9%
Agorafobia actual	3,6%	2,8%	3,5%
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,7%	0,7%	1,5%
Fobia social	3,8%	2,1%	3,5%

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN: A raíz de los resultados obtenidos se puede concluir que los trastornos de ansiedad en el anciano se presentan con menor frecuencia que en el adulto joven. Así, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el anciano es menor que en grupos de edad más joven en todas sus variantes, salvo en el trastorno de ansiedad generalizada actual, donde el anciano presenta una prevalencia discretamente superior al adulto, dato que contrasta con la bibliografía existente. Sin embargo, los resultados obtenidos de dicho estudio no fueron estadísticamente significativos.

El hecho de que en el anciano los trastornos de ansiedad se presenten con menor frecuencia puede estar propiciado por diversas causas. Una de ellas es la asociación de la ansiedad en este grupo de edad con diversas patologías

médicas (problemas cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, etc) así como con sus tratamientos, lo que puede hacer que, en ocasiones, la ansiedad quede oculta bajo una determinada enfermedad médica ocasionando su infradiagnóstico. Por otra parte, la ansiedad en el anciano suele presentar una variedad de síntomas (mareo, miedo a caer, negativa a salir del domicilio, entre otros) que pueden ser interpretados como síntomas asociados al proceso de envejecimiento pasando por alto que nos encontramos ante sintomatología de tipo ansioso. Por último, cabe mencionar que la ansiedad en este grupo de edad suele asociarse en gran proporción a cuadros depresivos, lo que ocasiona frecuentemente que la atención del clínico se centre en el cuadro afectivo, mientras que el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad queda relegado a un plano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera L, Cervilla J, Martín M. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona: Masson; 2006.
2. Krasucki C, Howard R, Mann A. The Relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatr* 1998; 13 (2):79-99.
3. Saz, P, Copeland JRM, De la Cámara C, et al. Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 18-22.
4. Beekman A, Bremmer M, Deeg D, et al. Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Geriatric Psychiatry* 1998; 13: 717-26.
5. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry* 1997; 12 (5): 232-241.

• Trastornos depresivos

Alejandro Porras Segovia

Alejandro Porras Segovia^{1*}, Lidia Aguado Bailón¹, Pilar Calvo Rivera¹, Jorge Cervilla Ballesteros².

¹ UDM Salud Mental Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

² UGC Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Departamento de psiquiatría, Universidad de Granada, Granada. CIBERSAM, Granada.

* Autor para correspondencia.

INTRODUCCIÓN: La ponencia "Síndromes depresivos" se centra en las distintas formas clínicas de la depresión, comparando la prevalencia y el perfil de síntomas mentales entre dos grupos de edad: 18 – 65 años y mayores de 65 años.

En una sociedad como la nuestra, que está sufriendo un claro proceso de envejecimiento, la atención médica a los ancianos cobra especial relevancia. La depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes e invalidantes que existen. Por ello, conocer la prevalencia de este trastorno en las personas de edad avanzada es crucial para llevar a cabo una correcta planificación sanitaria. Asimismo, la depresión en el anciano presenta particularidades que la diferencian de la observada en el adulto joven. La mayor frecuencia de presentaciones atípicas, la abundante comorbilidad con patologías orgánicas y las diferencias en el perfil clínico pueden dificultar el correcto diagnóstico y llevar a una infraestimación de la frecuencia de esta enfermedad. Conocer con detalle el perfil psicopatológico de la depresión en la última etapa de la vida puede ayudarnos a diagnosticarla, además de permitirnos diseñar mejores estrategias para su prevención y tratamiento.

La evidencia disponible hasta el momento sobre la epidemiología de la depresión en el anciano presenta una gran variabilidad que dificulta la extracción de conclusiones. En nuestro entorno, uno de los estudios que aportan información más fiable es el EURODEP, que exploró la prevalencia puntual

de depresión en los mayores de 65 años en varios países de Europa. La prevalencia global de todos los tipos de depresión fue del 12,3%. En España se encontró una prevalencia del 10,7%, ligeramente inferior a la media europea¹.

En cuanto al perfil clínico de la depresión en el anciano, clásicamente se han descrito una serie de síntomas de especial relevancia en este grupo de edad, como son un mayor componente de afectación cognitiva, una acentuación patológica de los rasgos de personalidad, una menor expresión franca de la tristeza y un mayor número de quejas somáticas².

METODOLOGÍA: El GRANAD P es un estudio transversal de base poblacional realizado en la provincia de Granada. Participaron en el estudio ochocientos ocho (n=808) sujetos del medio comunitario con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria desde la base de datos del Sistema Andaluz de Salud, que cubre al 98% de la población andaluza.

La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2011 y septiembre de 2012, mediante entrevistas cara a cara realizadas por psicólogos entrenados. Se llevó a cabo un examen neuropsicológico y una evaluación psiquiátrica.

El examen neuropsicológico se realizó mediante la entrevista SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry), que consta de cinco subtests: aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento.

Para la evaluación psiquiátrica, se empleó la entrevista diagnóstica estructurada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Además, incluye dos diagnósticos adicionales de depresión mayor (con síntomas melancólicos y con síntomas psicóticos), un diagnóstico del eje II del DSM-IV (trastorno antisocial de la personalidad) y un módulo de evaluación de la conducta suicida. La entrevista consta de unas preguntas iniciales de cribado para cada trastorno. Si este screening es positivo, se continúa con las preguntas de esa sección para confirmar el diagnóstico. En los estudios de validez y fiabilidad, la entrevista MINI ha mostrado un valor kappa aceptablemente alto al compararla con la SCID-P y la CIDI³.

RESULTADOS

	Prevalencia de punto		
	18-65 años	> 65 años	Total
Depresión mayor	9,5%	12,6%	10,0%
Depresión mayor recidivante	6,5%	9,7%	7,0%
Depresión mayor con síntomas melancólicos	4,8%	5,6%	4,9%
Distimia	3,6%	3,5%	3,6%

DISCUSIÓN: De los resultados obtenidos podemos extraer la conclusión de que la depresión es un trastorno frecuente en los mayores de 65 años. Aunque en nuestra muestra hallamos una mayor prevalencia de las distintas formas de depresión mayor en los ancianos con respecto a los adultos jóvenes, las diferencias no alcanzaron la significación estadística. Estos resultados pueden estar afectados por la distinta psicopatología hallada en la depresión del anciano con respecto al adulto joven. La particular forma de presentación de esta enfermedad a una edad avanzada puede dificultar el diagnóstico, ya sea por su confusión con otros trastornos (como la pseudodemencia depresiva) o porque los síntomas no se amoldan a los criterios establecidos por los sistemas de clasificación habituales. Asimismo, el padecer una depresión puede favorecer el internamiento en una residencia, ya sea por el propio trastorno o por sus comorbilidades, haciendo que esta enfermedad sea menos frecuente en el medio comunitario de lo que cabría esperar.

Con el fin de mejorar la asistencia a los pacientes ancianos, creemos que

es necesario prestar una mayor atención a la sintomatología depresiva, independientemente de que se cumplan o no los criterios diagnósticos de depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, et al. Depression in Europe: Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 312-21.
2. Agüera L, Cervilla J, Martín M. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2006.
3. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry* 1997; 12 (5): 232-241.
4. Luppá M, Sikorski C, Luck T, et al. Age and gender specific prevalence of depression in latest life. Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2012; 136: 212-221.
5. Martín M, Agüera L, Caballero L, Cervilla J, et al. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. *Psicogeriatría* 2011; 3 (2): 55-65.

• Trastornos Psicóticos

Lidia Aguado

Lidia Aguado Bailón¹, Alejandro Porras Segovia¹, Pilar Calvo Rivera¹, Jorge Cervilla Ballesteros².

¹ UGC Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

² UGC Salud Mental, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Departamento de psiquiatría, Universidad de Granada. CIBERSAM, Granada.

Autora: Lidia Aguado Bailón, Contacto: somoscromosomos@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: En la sección de Trastornos Psicóticos, dentro del simposium "Epidemiología psiquiátrica y psicopatología comparadas en adulto joven vs anciano", se presenta un estudio transversal comparativo, entre población adulta (18-65 años) y anciana (mayores 65 años), donde se evalúan diferencias epidemiológicas y psicopatológicas en los trastornos psicóticos. Los datos se recogen del estudio GRANADep, realizado entre 2011 y 2012 en la provincia de Granada.

La mejora en la atención sanitaria de los últimos tiempos, ha determinado que el número de personas con trastorno mental grave que alcanzan una edad avanzada sea cada vez mayor. La proporción de esquizofrénicos ancianos en comparación al total de personas con esquizofrenia, ronda el 13% con una previsión del 18% en el año 2020 (1). Estos estudios de prevalencia, sin embargo, no suelen tener en cuenta las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos de inicio tardío, siendo probable que estas enfermedades estén infradiagnosticadas. Una de las razones que pueden haber favorecido este hecho, es la controversia diagnóstica que ha supuesto la propia delimitación de las psicosis seniles a lo largo de la historia, en cuanto a su definición, etiología y manifestaciones clínicas.

Por todo ello, entendemos que en la población anciana, puede ser útil valorar la presencia de síntomas psicóticos aislados, independientemente de si llegan a determinar un diagnóstico, dado que parece ser que su presencia en esta edad, es mucho más elevada que la de los trastornos psicóticos en sí, según DSM-IV o CIE-10 (3), y estos suelen conllevar peores niveles de evolución y funcionalidad. Los estudios de prevalencia sobre síntomas psicóticos en la población anciana en la comunidad son relativamente escasos y muestran unas cifras que varían entre el 2,6% al 4,2%, siendo mucho más amplias en ancianos con demencia donde oscilan desde el 10% a más del 60% (4,5).

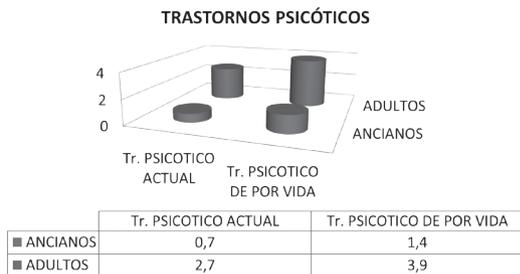
METODOLOGÍA: El GRANADep es un estudio transversal de base poblacional realizado en la provincia de Granada. Realizada en medio comunitario,

con una población n=809 sujetos, hombres y mujeres entre los 18 y los 80 años. Se utilizó una técnica de muestreo aleatorio de la base de datos del Sistema Andaluz de Salud, para la selección al azar de los participantes. Los datos se recogieron durante un año, entre octubre de 2011 y septiembre de 2012, mediante la realización de cuestionarios validados y entrevistas diagnósticas, que incluían la sección de trastornos psicóticos de la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Los entrevistadores fueron todos psicólogos que habían recibido entrenamiento específico para la realización de la entrevista. Se llevó a cabo un examen neuropsicológico y una evaluación psiquiátrica.

El examen neuropsicológico se realizó mediante la entrevista SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry), que consta de cinco subtests: aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento.

Para la evaluación psiquiátrica, se empleó la entrevista estructurada heteroaplicada MINI. Es una entrevista diagnóstica breve que cuenta con estudios de comparación con la SCID-P y la CIDI, donde se muestran unos valores de fiabilidad y validez aceptablemente altos, y además puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) (6). Explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, incluyendo un módulo para trastornos psicóticos. Diferencia entre estados actuales psicóticos o estados de por vida. Descarta aquellos que son secundarios a alteraciones del estado del ánimo (depresión o manía con síntomas psicóticos) o a creencias definidas culturalmente.

RESULTADOS



El 2,3% de la población evaluada (n=809, 666 adultos y 143 ancianos) presentaba un Trastorno Psicótico en ese momento (19 personas), de ellos 18 individuos eran adultos (2,7%) y uno anciano (0,7%). El 3,5%, un Trastorno Psicótico de por vida, 28 personas, entre ellas 2 ancianos (1,4%) y 26 (3,9%) adultos. Ningunas de las diferencias halladas fue estadísticamente significativa.

		ADULTO	ANCIANO	Total
		Total 666	Total 143	
TRASTORNO PSICOTICO ACTUAL	NO	648 97,3%	142 99,3%	790 97,7%
	SI	18 2,7%	1 0,7%	19 2,3%
TRASTORNO PSICOTICO DE POR VIDA	NO	640 96,1%	141 98,6%	781 96,5%
	SI	26 3,9%	2 1,4%	28 3,5%

DISCUSIÓN: En nuestro estudio se puede observar una mayor prevalencia de trastornos psicóticos entre la población adulta en comparación con la anciana. Se ha demostrado que las personas con esquizofrenia tienen peor salud que la población general, con un mayor riesgo de accidentes, padecer enfermedades físicas y sufrir efectos secundarios del tratamiento crónico con antipsicóticos, también mayor riesgo de suicidio y problemática social. Por

ello la esperanza de vida de los pacientes esquizofrénicos es entre 10-20 años menor que la población normal, presentando tasas de mortalidad de dos y cuatro veces mayores. Si bien estas tasas están disminuyendo en la última década, podrían ser aun determinantes y explicar los datos observados. Por otra parte, los trastornos psicóticos en la edad senil son frecuentemente infradiagnosticados. Suele haber una escasa tendencia de estos pacientes a referir sus síntomas y buscar ayuda profesional para ellos. También existe mayor tolerancia en el entorno de los ancianos hacia este problema, que en ocasiones se achaca a la edad, o la presencia de una demencia.

Dentro de las limitaciones del estudio no se puede descartar un sesgo de selección debido al método de recogida de datos. En ocasiones lo pacientes ancianos con síntomas psicóticos son reacios a informar sobre sus síntomas por lo que si se hubiera contado con la colaboración de informantes clave o con la evaluación de su historia clínica previa se podrían haber contrastado los resultados con el módulo de trastornos psicóticos de la MINI. Aunque se realizó una valoración clínica previa de posible presencia de deterioro cognitivo, éste no fue valorado por medios estandarizados lo cual también puede añadir otro componente de sesgo de selección en nuestra muestra, que hemos considerado no deteriorada cognitivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Cohen, C. I. (2000). Practical geriatrics: directions for research and policy on schizophrenia and older adults: summary of the GAP committee report. *Psychiatric Services*, 51(3), 299-302.
- Agüera L, Cervilla J, Martín M. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2006.
- Petraki E, Salazar-Montes AM, Kallert TW, Priebe S, Fiorillo A, Onchev G, et al. Acute psychopathology as a predictor of global functioning in patients with ICD-10 non-affective psychosis: A prospective study in 11 European countries. *Schizophrenia Research*. 2011; 131: 105–111.
- Östling S, Gustafson D, Blennow K, et al. Psychotic symptoms in a population-based sample of 85-year-old individuals with dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2011; 24:3-8.
- Henderson AS, Korten AE, Levings C, Jorm AF, Christensen H, Jacomb PA, et al. Psychotic symptoms in the elderly: A prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998; 13:484-492.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry* 1997; 12 (5): 232-24.

12 DE FEBRERO

9.00-11.00 h

TALLER Exploración Neuropsicológica básica en Demencias. Una aproximación práctica

Juan Carlos Cejudo

RESUMEN: Taller pensado para los profesionales que se dedican a las enfermedades que cursan con demencia desde un enfoque práctico que ayude a éstos a tener un instrumento de evaluación cognitiva breve, con material propio y gratuito, de fácil administración, normalizado en nuestro medio y que responda a las principales cuestiones clínicas; presencia de demencia, tipo de demencia y su aproximación etiológica posible.

Primera parte:

- Presentación de la escala BNB-D.
- Estructura y filosofía de la prueba
- Áreas cognitivas de exploración: ¿ por qué? y ¿ para qué?
- Administración del instrumento

- Cuantificación y semiología

Segunda parte:

-Escala BNB-D. Validez, fiabilidad y normalización

-Efecto de variables influyentes

-Perfiles cognitivos de la BNB-D en demencias

-Caso práctico al final de la sesión

9.00 - 11.00 h

TALLER Estimulación multisensorial (Snoezelen) en los trastornos de conducta de las Demencias | RESPONSABLE

Manel Sánchez

RESUMEN: Los problemas de conducta en las demencias son un motivo frecuente de atención sanitaria y también social. Su alta prevalencia y su gran capacidad disruptiva en el entorno de cuidados les convierten en objetivo de muchas terapias farmacológicas y no farmacológicas (TNF). Existe una gran variedad de TNF aplicadas a los trastornos conductuales en la demencia. La terapia de estimulación multisensorial se ha ensayado desde época reciente para este objetivo con resultados efectivos, aunque en nuestro medio todavía tiene una implantación escasa. Este taller pretende desarrollar los fundamentos de esta técnica, el estado actual de la cuestión y las bases prácticas para su uso en clínica en pacientes con demencias en fases moderadas o moderadas-severas.

• **Snoezelen en Demencias: desarrollo, técnica y efectividad en trastornos de conducta**

Manel Sánchez Pérez

• **Aplicación práctica de los elementos de estimulación multisensorial en pacientes con demencia**

Esther Romaguera Bosch

• **Software para evaluación en sala de Snoezelen de pacientes con demencia**

Xavier Aluja

9.00 -11.00 h

TALLER Terapia Asistida con animales en Psicogeriatría

Consol Almenar

RESUMEN: Desde hace 5 años se inició una actividad de terapia asistida con animales con la asociación Positivas Can; así como un estudio para proporcionar perros de compañía a pacientes con diagnóstico de pacientes con Alzheimer GDS 3-4. Estudio Ariadna.

Formato del taller

introducción general de terapias con animales

Experiencias con perros

Experiencias con caballos

Práctica con perros colaboración de Positivas Can

• **Concepto y evidencia científica con perros**

Consol Almenar

• **Concepto y evidencia científica de la equinoterapia**

Jesús Ruiz

• **Experiencia de la terapia con perros**

Anna Pujols

• **Experiencia con la equinoterapia**

Anna Sanmartín y David Bermúdez

• **Prácticas con POSITIVAS CAN**

Maribel Vila

9.00-11.00 h

TALLER Atención centrada en la persona: indicadores asistenciales

Josep Vila Miravent

Currículum Vitae: Licenciado en psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona, máster en gerontología clínica por la Universidad del Sur de California (USC), Los Angeles; máster en terapia familiar por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Durante su estancia en Los Angeles, California colaboró en el programa de formación de familias para la Alzheimer's Association de Los Angeles, y fue psicólogo en el centro Didi Hirsch de salud mental para personas mayores en Culver City, California.

Del 1995 al 2002 trabajó como psicólogo clínico en la residencia asistida para personas mayores y la unidad-centro de día para personas con demencia de Terrassa, Cataluña. Del 2002 al 2007, fue el responsable de los programas para personas mayores en IPSS (Instituto para la promoción social y de la salud) y director técnico de la residencia y centro de día La Sagrera de Barcelona, Cataluña.

Desde el año 1995, es colaborador en diversos proyectos de apoyo a las familias en Alzheimer Cataluña, y desde el año 2008, es el responsable de los programas de terapia de familia y del área de gestión del conocimiento de la Fundación, coordinador del DCM Dementia Care Mapping de la Universidad de Bradford en España y profesor asociado del departamento de psicología evolutiva de la facultad de psicología de la Universidad de Barcelona (UB). Actualmente desarrolla su práctica profesional en tres ámbitos principales: la atención psicológica de las personas y familias afectadas; la formación del personal de centros asistenciales y la docencia en la universidad.

PRESENTACIÓN: ¿Qué es la atención centrada en las personas?

El término atención centrada en las personas a menudo se usa en relación a los servicios de asistencia. Como ocurre con muchos otros términos que se usan con frecuencia, pero, hay una fuerte tendencia a interpretarlo de maneras diferentes, según sean las personas y los contextos. A raíz de conversaciones con trabajadores, investigadores, personas que padecen la enfermedad y sus familias, queda claro que el concepto de atención centrada en las personas no es fácil de captar ni de articular de una manera clara. Para algunos significa atención individualizada, para otros es una base de valores. Algunos profesionales los ven como un conjunto de técnicas para trabajar con personas que sufren demencia, mientras que, para otros, es una perspectiva fenomenológica y un medio de comunicación. La definición de atención centrada en las personas no es fácil.

A continuación os ofrecemos lo que se considera una definición contemporánea (Brooker, 2004 2):

- Primero, hay que respetar y valorar al individuo como miembro de pleno derecho de la sociedad. Hay que ver las personas con demencia como ciudadanos con todos sus derechos y cortar de raíz toda práctica discriminatoria hacia los que sufren demencia y los que trabajan.
- Segundo, hay que elaborar un plan de atención individualizado en sintonía con las necesidades cambiantes de las personas, con nuevos elementos de compensación y de reafirmación a medida que las discapacidades cognitivas aumentan.
- Tercero, hay que llegar a comprender la perspectiva de la persona que sufre demencia. ¿Qué sentido le da esa persona a su situación? ¿Qué

indicios tenemos sobre esto último?

- Cuarto, hay que ofrecer una psicología social de apoyo a fin de ayudar a las personas con demencia a vivir una vida en la que perciban un relativo bienestar.

Emulando el estilo de Kitwood de representar ideas complejas en forma de ecuaciones, esto lo podríamos expresar así:

ACP (atención centrada en las personas) = V + I + P + S.

Esta ecuación no presupone la preeminencia de algún elemento sobre los demás, ni su direccionalidad. Todos suman.

ACP = V + I + P + S

Dónde

V = V Alora las personas mayores y / o (con demencia);

I = Tratar las personas como I ndividuos;

P = P erspectiva de la persona mayor y / o (con demencia);

S = Psicología S ocial de apoyo.

Estos son los elementos clave de la atención centrada en las personas, la base de valores de la idea de persona, de la atención y la asistencia individualizadas, adoptando la perspectiva de la persona mayor y de la persona con demencia y ofreciendo una psicología social de apoyo. Evidentemente, el acrónimo VIPS también es el de Very Important Persons, que, quizás, es una manera más sencilla de definir las consecuencias de la atención centrada en las personas.

OBJETIVOS GENERALES DEL TALLER: Tomar conciencia del potencial de intervención en una residencia de personas mayores con demencia conociendo las características del atención centrada en la persona en contraposición de la atención centrada en la enfermedad; o en la tarea asistencial, o en la organización.

Identificar las estrategias de intervención que conlleva el trabajo de la atención centrada en la persona.

Evidenciar el proceso de cambio iniciado y necesario en el trabajo con personas con demencia para mejorar la calidad de vida de todos los que viven o trabajan en la residencia.

PRINCIPALES CONTENIDOS DEL TALLER: Marco teórico del abordaje "La atención centrada en la persona."

La identificación del potencial de estimulación desde el entorno de la persona:

- El Trabajo positivo con las personas con demencia
- La psicología social maligna del entorno de la persona
- La generación de implicación positiva y diversidad ocupacional en el entorno de la persona

La redefinición del rol profesional para atender a las personas en un centro residencial.

La elaboración de un plan de intervención individual desde las necesidades de las personas.

DIRIGIDO A: Personal que realiza funciones asistenciales de atención directa, así como personal de atención indirecta de centros residenciales, centros o hospitales de día, unidad de psicogeriatría. Profesionales con responsabilidades de coordinación de equipos de trabajo y dirección de los propios centros.

METODOLOGÍA: El taller tendrán una orientación teórico-práctica, basado en exposiciones teóricas, ejercicios prácticos, y visualizaciones de vídeos. Se facilitará el intercambio de experiencias y la interacción en la resolución de los ejercicios.

• Atención centrada en la persona: indicadores asistenciales

Josep Vila Miravent y Elena Fernández Gamarra

Currículum vitae Elena F. G.: Licenciada en psicología por la Universitat de Barcelona y Màster en gerontologia clínica per la Universitat del Sud de Califòrnia, Los Angeles, USA. Postgrado en Direcció d'empreses por EADA, Barcelona, en el año 2004. Ha participado en seminarios experienciales "autoridad, liderazgo y management".

Desde 1998 al 2000 trabajó como psicóloga en un centro residencial.

Desde 1998 colabora en diversos proyectos de Alzheimer Catalunya y desde el año 2000 es la directora. Actualmente ocupa el cargo de dirección estratégica y co-responsable del area de formación y consultoría. Las funciones realizadas en la Fundación han sido de coordinación y conducción de grupos de apoyo para familias, formación de profesionales y familiares, programas de reminiscencia y desarrollo del programa para personas que viven con demencia y no tienen familia.

Formadora certificada en Dementia Care Mapping por la Universidad de Bradford y responsable de la implementación del DCM en el estado Español.

Experta en el model d'Atenció Centrada en la Persona, habiendo colaborado en el desarrollo de organizaciones y equipos de trabajo. Miembro de la Red Europea de Reminiscencia.

Colabora como consultora en diversas organizaciones sin ánimo de lucro, en el desarrollo organizacional y de equipos.

11.30-13.00 h

SIMPOSIO II Depresión geriátrica: preguntas con res-

puesta | COORDINADOR Manel Sánchez | MODERADOR Jorge Pla Vidal



Currículum vitae Manel S.P.: Coordinador del Área Sociosanitaria y de la Unidad de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor de Martorell (Barcelona).

Profesor asociado de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Coordinador del Máster y Diplomatura de Postgrado en Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona

Coordinador de las Jornadas de Actualización en Psicogeriatría organizadas por el Hospital

Sagrat Cor, de Martorell (periodicidad anual desde 1996)

Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) desde 2000 (actualmente, Tesorero)

Miembro de la International Psychogeriatric Association (IPA)

Miembro del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)

Miembro del Consell Assessor en Psicogeriatría: Coordinador del Grup de Treball sobre Instrumentament (1996-2001). Servei Català de la Salut

Miembro del Grup de Treball sobre Salut Mental i Gent Gran (Pla Director en Salut Mental i Addiccions) 2010. Servei Català de la Salut

Director de la revista "Psicogeriatría", de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG)

Miembro del comité editorial de las revistas "Alzheimer, Realidades e Investigación en Demencias" y "Revista de Psiquiatría y Salud Mental".

Coordinador de la Guía Esencial de Psicogeriatría (Panamericana, 2011, 2014) de la SEPG

Colaborador en los Consensos de Demencias y Consensos de Depresión en el anciano de la SEPG

Coordinador del capítulo de Recomendaciones Terapéuticas en Psiquiatría Geriátrica en "Recomendaciones Terapéuticas en los trastornos mentales"

RTM-IV, 2012.

Actualmente investiga sobre los efectos de la terapia de estimulación multisensorial (Snoezelen) en los trastornos de conducta de los pacientes con demencia.



Currículum vitae Jorge P. V.: Nació en Barcelona. Estudió la carrera de Medicina en la Universidad de Navarra, hizo la especialidad de Psiquiatría en la Clínica Universidad de Navarra en 1994, y se doctoró en Medicina en el año 2003. Es Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina desde el año 2003. En 1994 fue contratado como Colaborador Clínico en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la CUN, en 2004 fue nombrado Consultor y desde abril de 2005 es Co-Director

del citado Departamento.

Su área de interés investigador es la depresión del anciano. Para su formación en este campo realizó una estancia como Profesor Visitante en el Centro de Estudio de la Depresión en la edad avanzada en la Universidad de Pittsburgh, y es Máster en Psicogeriatría por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha constituido el Grupo para el Estudio y la Investigación de la Depresión en Personas de Edad Avanzada, que desarrolla su labor desde hace cinco años y que centra su actividad en la prevención de los trastornos depresivos en este grupo de edad.

Es Secretario de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría, y Presidente del Foro de investigación y Docencia para la Calidad de Vida en Personas de Edad Avanzada.

• ¿Es diferente la depresión resistente en el anciano?

Mikel Urretavizcaya Sarachaga

Currículum vitae: Facultativo Especialista del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Profesor Asociado del Departamento Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad Barcelona.

Responsable de asistencia psico-geriátrica, del programa de depresiones resistentes y del programa de terapias físicas aplicadas a la depresión. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Consultor vinculado a la Unidad de Diagnóstico de Trastornos Cognitivos y de la Conducta. Fundación ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades. Barcelona.

Miembro del grupo de investigación CIBER-SAM del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio Sanidad y Consumo).

Realiza su actividad asistencial centrada principalmente en psico-geriatría y en depresiones resistentes.

PUBLICACIONES

Es coautor de 3 libros/monografías y 48 capítulos de libro. Ha realizado más de 42 artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales.

En la sección de enfoque terapéutico pueden ver cómo estas aportaciones científicas se reflejan en los tratamientos del Gabinete de Psiquiatría.

ESPECIALIDAD

Experto en Depresión y Psico-Geriatría (personas ancianas).

RESUMEN: En esta ponencia se abordará el concepto de depresión resistente, las causas de resistencia en la depresión unipolar y aspectos clínicos prácticos en el manejo de la depresión resistente en el anciano. Dentro del concepto de depresión resistente se discutirá la definición de resistencia utilizado en la literatura científica así como el tipo de información derivado de los estudios clínicos de depresión resistente. Entre los factores implicados

en la resistencia de las depresiones se discutirán factores de vulnerabilidad biológica, factores de comorbilidad, factores de personalidad (respuesta diferencial al estrés) y factores ambientales. La influencia de estos factores en la resistencia es variable y depende del momento cronológico del trastorno depresivo y del 'momento cronológico' del paciente con depresión. En este sentido, la edad puede conferir aspectos diferenciales a la resistencia en la depresión del anciano. Finalmente, como aspectos clínicos prácticos, se analizarán los posibles fenotipos de resistencia y las dificultades en la evaluación de las estrategias antidepressivas utilizadas para valorar la resistencia.

BIBLIOGRAFÍA

Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.

Kasper S and Montgomery S. Treatment-resistant Depression. Wiley-Blackell, 2013.

Ruhé HG, van Rooijen G, Spijker J, Peeters FP, Schene AH. Staging methods for treatment resistant depression. A systematic review. J Affect Disord. 2012 Mar;137(1-3):35-45.

• Finalmente, ¿existe realmente la depresión vascular?

Javier Olivera Pueyo



Currículum vitae: Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza en 1994 (Sobresaliente – MH).

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Huesca. 1998.

Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital "San Jorge" de Huesca, 2002.

Doctor en Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza, 2002 (Sobresaliente Cum Laude).

CURRÍCULUM ACADÉMICO:

- Estancia de Investigación en Psiquiatría Geriátrica, Hospital "Sainte Anne" de Paris (Francia). (Beca CAI y Gobierno de Aragón) 2002.
- Postgrado en Neuropsicología y Demencias. Instituto de Neurociencias de Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya (UOC), 2004.
- Profesor Asociado Practicum de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Desde 2014 - 2015.
- Profesor Colaborador del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), desde el curso 2004 – 2005.
- Profesor Colaborador del Máster Online de Gestión Clínica en Salud Mental. Universidad Pablo Olavide de Sevilla (UPO), curso 2009/10.
- Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), desde 2005.
- Director de varias Tesis Doctorales y trabajos Fin de Máster.
- Investigador Principal Proyecto Psicotard y Psicotard III. Beca de Investigación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005/8 y 2014/17.
- Miembro del Grupo de Investigación "Atención Primaria Huesca"

- Coordinador del Grupo de Investigación "Psiquiatría Geriátrica Social y Comunitaria" (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud – IACS)
- Premio de la Sociedad Española de Psicogeriatría a la mejor comunicación en 2001, 2005, 2007, 2012.
- Publicaciones en revistas nacionales e internacionales (Q1 y Q2) y participación en libros médicos en las áreas de Psicogeriatría y Demencias.
- Ponencias y conferencias en congresos nacionales e internacionales. Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad de Psicogeriatría en Lengua Francesa (SFPG), International Psychogeriatric Association (IPA).
- Vicesecretario de la Junta Directiva de la SEPG, desde el 2013
- Miembro del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
- Tesorero de la SEEP, desde 2010

ACTIVIDAD LABORAL:

- Médico Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental de Monzón y del Hospital de Barbastro (Huesca). De mayo de 2002 a marzo de 2003
- Médico Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico de Huesca. De marzo de 2003 a marzo de 2005
- Médico Psiquiatra en el Servicio de Psiquiatría del Hospital "San Jorge". Huesca. Desde marzo de 2005 hasta la actualidad.
- Coordinador de los servicios de Salud Mental del Sector de Huesca. Desde noviembre de 2006 hasta la actualidad.
- Co-responsable del Programa de Psicogeriatría y de Medicina Psicosomática. Desde enero de 2011 hasta la actualidad.

Programa de Psicogeriatría. Hospital San Jorge. Huesca

RESUMEN: Desde hace ya más de un siglo se planteó la asociación entre los estados depresivos en las personas mayores y la enfermedad cerebrovascular. Robert Gaupp cita la enfermedad depresiva arterioclerótica como un subtipo de depresión geriátrica en su artículo de 1905 (traducido por Berrios y Pomarol-Clotet) (1). Este concepto es retomado por Krishan en 1995 (2) y sirve de base para lo que Alexopoulos define en 1997 como Depresión Vasculosa (3). En la génesis de estas ideas y conceptos han sido determinantes también los estudios sobre las depresiones post-ictus. De tal manera que podemos admitir que entre las denominadas depresiones vasculares actualmente podríamos incluir tres subtipos distintos:

- Subtipo I: depresión post-ictus
- Subtipo II: depresión asociada a lesiones en la sustancia blanca
- Subtipo III: depresión y múltiples accidentes cerebrovasculares silentes o una combinación de los subtipos I y II

La importancia de esta asociación enfermedad vascular – enfermedad depresiva se acompaña de una posible aproximación a un modelo neuropsiquiátrico de la enfermedad, que supone:

- Una expresión clínico-fenomenológica particular: las depresiones vasculares suelen aparecer en mayores de 55 – 60 años, la ideación depresiva es limitada, no suelen existir antecedentes afectivos, es destacable el enlentecimiento psicomotriz y la apatía
 - Neuroimagen: hiperintensidades en sustancia blanca o gris, lesiones confluentes en sustancia blanca o infartos corticales y/o subcorticales
 - Neuropsicología: alteración de las funciones ejecutivas; es el síndrome disejecutivo que suele acompañar a las depresiones vasculares
- Se trata por tanto de una entidad clínica apoyada en los hallazgos en la neuroimagen y la neuropsicología.

A pesar de ello existen críticos ante este diagnóstico. Por un lado las lesiones hiperintensas en la sustancia blanca no son exclusivas de la depresión en los mayores. Solamente entre el 5% y el 10% de las personas mayores de 65 años no presentan lesiones de este tipo en la RMN (resonancia magnética nuclear) cerebral. Por otra parte otros autores afirman que los factores de riesgo vascular son tan frecuentes en las poblaciones geriátricas que si realmente fuesen precipitantes de un episodio depresivo deberíamos asistir a una verdadera "epidemia" de depresión en la población mayor de 50 años.

Pero el aspecto más controvertido de esta discusión es demostrar el mecanismo por el que la enfermedad vascular desencadena o empeora la sintomatología depresiva. Algunos autores critican que esta relación puede ser más asociativa que realmente causal. Los propios autores que definieron inicialmente la depresión vascular postulan la existencia de otros factores tan importantes en la fisiopatología de estos síndromes como los fenómenos inflamatorios cerebrales o la hipótesis de la desconexión entre los núcleos subcorticales y la corteza prefrontal (circuitos fronto-subcorticales).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaupp R, Berrios GE, Pomarol-Clotet E. Depressive states in old age (Classic text nº 42). *Hist Psychiatry*. 2000. 11(42 Pt 2): 213 – 225.
2. Krishnan KR, McDonald WM. Arteriosclerotic Depression. *Med Hypotheses*. 1995. 44(2): 111 – 115.
3. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. "Vascular Depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(10): 915 - 922

• ¿Por qué es importante la depresión geriátrica subsindrómica?

Manel Sánchez Pérez

RESUMEN : Los psicogeriatras conocen bien el valor pronóstico de los síntomas depresivos en el paciente anciano. Otra cosa es la fiabilidad con la que los actuales sistemas de clasificación pueden aproximarse a los denominados síntomas subsindrómicos de la depresión, especialmente cuando el mismo concepto de "síntoma subsindrómico" está lejos de una conceptualización ampliamente aceptada. En psicogeriatría clínica, no obstante, no resulta extraña esta disociación entre lo clínicamente relevante y lo categóricamente clasificable.

El interés clínico acerca de la depresión subsindrómica (DSS) en el anciano ha emergido durante las dos últimas décadas, principalmente bajo el paradigma de la sintomatología depresiva sin criterios de trastorno depresivo mayor. Los diferentes trabajos, motivo de revisión en esta presentación, han mostrado la elevada proporción de estos cuadros (prevalencia a un año de 11,8 %) que les ubican en un porcentaje de frecuencia superior al del trastorno depresivo mayor en estas edades.

La importancia de la presencia de estos cuadros afectivos subsindrómicos radica, fundamentalmente, en el mayor riesgo de los ancianos que los padecen, para desarrollar trastornos afectivos mayores, mayor riesgo de suicidio, mayor riesgo de comorbilidad física, reducción significativa de la calidad de vida o mayor frecuentación y utilización de los servicios de salud.

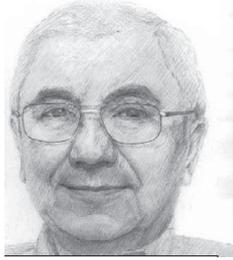
La correcta identificación de los cuadros afectivos subsindrómicos tiene interés práctico, por tanto, en la prevención de su evolución frecuente hacia otras comorbilidades, físicas, psiquiátricas o ambas, que condicionan finalmente el pronóstico global de los pacientes ancianos afectados de DSS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pilar Laborde Lahoz, Renée El Gabalawy, Jolene Kinley, Paul D. Kirwin, Jitender Sareen, Robert H. Pietrzak Subsyndromal depression among older adults in the USA: prevalence, comorbidity, and risk for new onset psychiatric disorders in late life *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; 30: 677–685
2. R. H. Pietrzak, J. Kinley, T. O. Afifi, M. W. Enns, J. Fawcett and J. Sareen. Subsyndromal depression in the United States: prevalence, course, and risk for incident psychiatric outcomes. *Psychological Medicine* 2013, 43, pp 1401-1414.
3. Kim, M. Decreased quality of life in elderly patients with subsyndromal depression *European Neuropsychopharmacology*, Volume 24, Supplement 2, October 2014, Page S476

13.00-14.00 h

CONFERENCIA INAUGURAL Efectos fractales en el diagnóstico psicopatológico de la demencia Profesor Dr. Germán E. Berrios.



Curriculum vitae: BA (Oxford); MA (Oxford); DPhilSci (Oxford); MA (Cambridge); MD; FR-CPsych; FBPsS; DPM (London); FMedSci
Retrato oficial (A R Tyley, 2000) comisionado por la Universidad de Cambridge para conmemorar 25 años de magisterio. En exhibición en la Upper Combination Room, Robinson College.
Córdoba (Argentina); Chile (Chile)

- Cátedra de psicopatología 'German Berrios' fundada en Universidad de Antioquia (2006) - Condecorado por el Gobierno Peruano

con la Orden del Sol, grado 'Gran Oficial' (2007) -Premio Ramón y Cajal, International Neuropsychiatric Association (2008)

- Fellow de Honor, Royal College of Psychiatrists, UK (2010)
- Otras 17 'Fellowships Honorarias' de Asociaciones Médicas y Psiquiátricas Mundiales.

Al Presente:

- Catedrático Emérito de la Epistemología de la Psiquiatría, Universidad de Cambridge - Fellow Vitalicio, Robinson College, Universidad de Cambridge
- Fellow de la Academia de Ciencias Médicas del Reino Unido
- Fellow del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido.
- Fellow de la Sociedad Británica de Psicología
- Director de la revista internacional "History of Psychiatry"

Hasta su jubilación:

- Jefe del Departamento de Neuropsiquiatría de la Universidad de Cambridge (31 años)
- Presidente del Comité de Investigación y Ética de la Universidad de Cambridge (20 años)
- Presidente del Comité de Medicina Psicológica del Hospital de Addenbrooke's (10 años)
- Bibliotecario Mayor del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido (10 años)
- Encargado del material de lectura de los residentes psiquiátricos del Reino Unido (10 años)

Honores recientes

- Dr. Medicina honoris causa, Universidades de: Heidelberg (Alemania); San Marcos (Perú); Barcelona (España); Buenos Aires (Argentina);

Educación

Medicina & Filosofía (San Marcos, Perú); Filosofía, Psicología, Neurología, Psiquiatría e Historia y Filosofía de la Ciencia de la Universidad de Oxford (bajo la tutela de G. Ryle, C. Webster, A. Crombie, R. Harré, E. Anscombe, B. Farrell, M Gelder, R Russell). Como Profesor Asistente en la Universidad de Leeds se entrenó en técnicas estadísticas y modelación matemática con el Profesor Max Hamilton y recibió psicoanálisis didáctico con el profesor Harry Guntrip. Por 10 años fue primer asistente del Profesor Sir Martin Roth en Cambridge.

Contribución académica

Ha publicado más de 440 artículos y 17 libros sobre neuropsiquiatría, psicopatología descriptiva, y la historia y epistemología de la psiquiatría. En 1997, su libro sobre la 'Historia de los síntomas mentales' ganó el premio nacional de la Asociación Médica Británica al mejor libro en psiquiatría (traducido al castellano en 2008 FCE, Coreano 2009, etc.). En 2011 publicó "Hacia una Nueva Epistemología de la Psiquiatría" (Buenos Aires, Polemos) (traducido al Portugués, Italiano, Francés). Para más detalles biográficos ver:

http://en.wikipedia.org/wiki/G_E_Berrios y <http://www.neuroscience.cam.ac.uk/directory/profile.php?berrios> <http://www.robinson.cam.ac.uk/academic/fellowdetailsfull.php?personid=117>

ABSTRACT: Based on the assumption that medical terms do name 'natural kinds', i.e. entities with heavy ontology like gold, orchids or horses, the search for a 'definitive' clinical profile for 'Dementia' continues. So far this task has shown that the meaning of dementia changes periodically. Given that neurobiological research needs to be 'guided' by a 'true' clinical profile, the impermanency of the definitional boundaries of dementia constitutes a problem. This lecture explores this state of affairs.

Researchers have responded to the instability of the definition of dementia: a) by giving up on their search; or b) by replacing the unitary view with subtypes (eponymic (AD), or based on putative neuropsychology (FTD; subcortical dementia), aetiology (prion disease, radiation dementia), neuropathology (Lewy-Body Disease;) or statistical description (MCI). The subgroups are based on different criteria and hence remain unclassifiable. This must be considered as an important obstacle to therapy. The origin of this confusion is partly empirical and partly conceptual. This lecture will explore only one of the conceptual reasons for this confusion, the 'fractal effect'.

It is often not recognized that clinical concepts and phenomena are subject to a fractal effect, that is, their features are seen systematic to vary according to the resolution power of the observation. Boundaries which are seen as homogeneous during a distant and perfunctory examination become fractal and complex at close quarters. The self-sameness is iterative and shows that depending upon the distance of the observer, disorders (phenotypes) may break up into symptoms, and symptoms into features (endophenotypes), and features into dimensions, etc., etc.. This phenomenon is called 'fractal effect' because all the new objects generated by each new level of observation seems to resemble each other in terms of their epistemological structure, that is they can be handled by the same set of epistemological tools: phenomenology, neuroscience, genetics, etc. For example, the same questions that are asked of a general mental disorder (say dementia) can be asked of each of its symptoms (say memory impairment, hallucination, etc) and of the features of each symptom, etc.

Given that there seem to be as many definitions of dementia as there are levels of description, two consequences follow: 1) The view that dementia is a 'natural kind' should be abandoned; and 2) a search should start for the level of description that is more useful and constructive for patients suffering from 'dementia'. Although the answer to this question is mostly empirical, it seems obvious that its success will depend upon clearing the terrain from all conceptual confusions. Knowing about how the fractal effect influences psychopathological research is a good start in this endeavour.

SELECCIÓN DE PÓSTERES

Ángel Moríñigo, M^a Dolores Claver



Curriculum vitae Ángel Moríñigo: Ángel Moríñigo se licenció en Medicina en la Universidad de Salamanca (1979) y es Doctor por la misma Universidad (1988). Tras su periodo de especialización, vía MIR, en el Hospital Universitario de Valladolid (1980-83), fue Becario de Investigación en el Instituto Max-Planck de Psiquiatría (Múnich, Alemania), realizando estancias posteriores en el Instituto Central de Salud Mental (Mannheim, Alemania) y en el Dpto. De Psiquiatría (Zucker-Hillside Hospital) del North

Shore Long Island Jewish Medical Center (Nueva York, USA). Ha trabajado (1986-2006) como Facultativo Especialista en el Servicio de de Psiquiatría del Hospital Universitario de Valme, Sevilla (excedencia vol.).

Actualmente ejerce la psiquiatría clínica privada en Sevilla (Estudio de Psiquiatría, www.e-psiquiatra.com) y es Profesor Asociado de Psiquiatría en la Universidad de Sevilla.

Su área de especialización es la Psiquiatría Geriátrica: Depresión en los mayores, Demencias, Síntomas Psiquiátricos en Demencias y Psicofarmacología Geriátrica. Es miembro del Consejo ejecutivo del International College of Geriatric Psychoneuropharmacology desde 2008 y desde Noviembre de 2013 es Presidente electo del International College of Geriatric Psychoneuropharmacology (ICGP); Junta Directiva de la ASEPP (Asociación Española de Psiquiatría Privada) y de la Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica (SEPG); en 2012 fue elegido International Distinguished Fellow de la APA (American Psychiatric Association), tiene en su haber 163 publicaciones nacionales e internacionales.



Currículum vitae Mª Dolores Claver:

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid. Especialista en Psiquiatría.

Desde el inicio, su trayectoria profesional ha estado centrada en el campo de la Psicogeriatría desde diferentes dispositivos y recursos asistenciales y preventivos.

En la actualidad trabaja en el Organismo Autónomo Madrid-Salud (Ayuntamiento de Madrid) en el ámbito de la Salud Pública y la Prevención

diseñando y desarrollando los Programas Preventivos de Psicohigiene y Envejecimiento Activo y saludable.

Formación psicoterapéutica de orientación dinámica. Trabaja en psicoterapia con mayores de forma individual y sobre todo grupal (grupos de psicogeriatría, de psicohigiene en mayores, de cuidadores, de entrenamiento de memoria....)

Miembro del equipo fundador de la Unidad de Memoria del Ayuntamiento de Madrid desde su puesta en marcha en 1994 participando en la elaboración, implantación y gestión del Programa de Evaluación y Entrenamiento de Memoria del Ayuntamiento de Madrid (Método UMAM). Actualmente mantiene una estrecha colaboración con el Centro de Prevención de Deterioro Cognitivo del Ayuntamiento de Madrid en tareas docentes y de investigación. Docente del Instituto de Formación y Estudios del Gobierno Local de Madrid, imparte cursos como: "Entrenamiento de Memoria. Método UMAM" (más de 40 ediciones), "Mejora de memoria para trabajadores del Ayuntamiento de Madrid", "Formación en Técnicas de grupo". También colabora en numerosos Cursos y Masters (Universidad Complutense de Madrid, Universidad Autónoma de Barcelona, etc) con temas de gerontología, neuropsicología y psicoterapia

Publicaciones en libros y revistas, tanto en solitario como formando parte de grupos de trabajo. Participación en las dos ediciones del tratado "Psiquiatría Geriátrica" (Ed Elsevier). Coautora del Método de Entrenamiento de Memoria UMAM del que se han publicado varias ediciones de libros y documentos. Ha realizado numerosas presentaciones de trabajos en congresos y reuniones científicas tanto de ámbito nacional como internacional con temas como: diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer, psicoterapia en los mayores, depresión geriátrica, atención sociosanitaria, etc

Ha participado en el Grupo de Expertos para la elaboración del Consenso Español de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría (2000) y Psicogeriatría (2005); Grupo de Psicogeriatría para la elaboración del Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid; elaboración del informe sobre Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores (2007); Consenso de Depresión en el anciano de la Sociedad Española de Psicogeriatría (2009). Actualmente forma parte del Grupo de Trabajo en Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría.

4.00-16.00 h

SIMPOSIO III Uso clínico del PET de amiloide I

COORDINADOR Luis F. Agüera



Currículum vitae: Doctor en Medicina y Cirugía y Médico Especialista en Psiquiatría. Realizó una formación específica en Psicogeriatría en la Universidad de Ginebra (Suiza) donde trabajó como Médico Adjunto en sus Servicios Universitarios de Psicogeriatría. A su vuelta a España trabajó como consultor de Psicogeriatría en el Massachusetts Institute de España y comenzó a trabajar en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, donde continúa en la actualidad como Jefe de

Sección. Ha ampliado su formación en diversas Universidades extranjeras de primer nivel como University of Columbia (New York), Karolinska Institute (Estocolmo), Massachusetts General Hospital (Boston), Stanford University (San Francisco), Universidad de

Berlín y Universidad de Oxford

En la Universidad Complutense de Madrid es Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina.

Es investigador Senior de la Unidad Multidisciplinar de Apoyo de la Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer de la Fundación Reina Sofía / Fundación CIEN

Respecto a la actividad científica, es autor de más de 200 ponencias en congresos nacionales e internacionales. Ha publicado numerosos artículos científicos en revistas nacionales y ex-tranjeras, más de 20 capítulos de libros y más de 10 libros como primero o único autor, fundamentalmente en el campo de la Depresión, la Psiquiatría Geriátrica y la Demencia

Es editor del tratado "Psiquiatría Geriátrica" de la Editorial Elsevier, que es el principal libro de la especialidad en lengua española y que ya conoce dos ediciones En el campo de la Demencia es autor de los libros: "Demencia. Una aproximación práctica" y "Alzheimer: 100 preguntas". También fue el fundador y primer director de la revista médica "Psicogeriatría" así como miembro del Comité Editorial de varias revistas médicas nacionales.

Como investigador ha participado o diseñado numerosos ensayos clínicos de nuevos tratamientos farmacológicos en fases II, III y IV y otros trabajos de investigación, fundamentalmente en el campo de la depresión, la psicogeriatría y las demencias. Es miembro del Centro de Investigación Básica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) en el grupo de Depresión.

Ha participado como ponente en diversas conferencias y publicaciones de consenso como el Internacional Consensus on Late-onset psychosis, Professional interest Group of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia, el Consenso de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría, y otros en conjunción con las de Neurología, Geriatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Ha sido el ponente de la redacción de la sección de atención Psicogeriátrica de las dos ediciones del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

En la actualidad es el presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG). Posee más de 25 años de experiencia en la atención clínica a pacientes adultos y ancianos en el campo de la Psiquiatría, tanto en el ámbito público como en el privado.

OBJETIVOS

Fundamentos de la PET AMILOIDE.

Aplicabilidad clínica

Experiencia multidisciplinar en el contexto del diagnóstico de las Demencias Estructura del Simposio

Los ponentes expondrán en la introducción los fundamentos que luego se aplicarán en la práctica clínica. En la primera parte, la introducción, hablarán de forma secuencial y posteriormente en la parte clínica y de conclusiones, se alternarán de forma fluida. Por último, en la parte final, se espera la participación del público.

INTRODUCCIÓN

Neuroimagen en Medicina Nuclear

Clínica: significado clínico del PET-amiloide como biomarcador en la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico diferencial con otras formas de demencia.

CASOS CLÍNICOS (APLICACIONES PRÁCTICAS)

- **Fundamentos de la prueba de neuroimagen**
- **Aplicación del PET de amiloide en la práctica clínica**
Antonio del Olmo
- **Resolución de casos clínicos: Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer y diagnóstico diferencial con otras demencias**
Pablo Sopena
- **Preguntas y respuestas**

16.00-17.00 h

DEBATE ¿De quién son las demencias? | COORDINADOR Pilar de Azpiazu | MODERADOR Antonio Bulbena

Joaquim Pujol, Neuropsiquiatra
Consol Almenar, Neuróloga
Enrique Arriola, Geriatra

Currículum vitae Pilar de Azpiazu: 1986 Licenciada en Medicina i Cirurgia. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Título de Especialista en Psiquiatría. Ministerio de Educación y Ciencia 2003. Reconocimiento de Suficiencia Investigadora. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. 1994.

1983 Alumno Asistente Hospital Karolinska. Estocolmo. Departamento de Geriatría, Rehabilitación y Laborterapia. Supervisor: Prof. I. Turesson i Prof. G. Notter.

1986-1987 Diploma de Geriatría. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Societat Catalana Balear de Geriatría. Con el reconocimiento de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Doctoranda: Trastornos de la conducta en las demencias. Valoración psicopatológica. Directores C. Gastó i Corporació clínic UBy Edith Pomarol. Directora de FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation. Fundació per a la Investigació i la Docència Maria Angustias Giménez. Pendiente publicaciones 2016.

Formación como Psiquiatra en el Hospital clínic de Barcelona formación 1987-1992 Subdivisión de Psiquiatría y Psicología.

Médico Adjunto 1, adscrito al Servicio de Psiquiatría. Corporació Sanitària Clínic. Barcelona 1992-94

1994-2005 Médico Adjunto nivel B Unidad de Psiquiatría Geriátrica. Responsable del proceso de demencias. Unidad Psiquiatría de Enlace. Fundació Hospital Asil de Granollers.

Médico adjunto nivel C en Área Psicogeriatría C.A.S.M. Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Hermanas Hospitalarias. desde 2005 hasta la actualidad

Experiencia docente: En 11 Masteres i Post Grados, entre ellos: Máster Psicopatología Legal y Forense U.I.C. Diagnóstico de los trastornos orgánicos cerebrales. Demencia, delirium

Curso 2008-2009; Curso 2009-2010; Curso 2010-2011

Máster y Diplomatura de postgrado en Psicogeriatría

Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. UAB Directores: Prof. Casas Dr. M. Sanchez. Curso Académico: desde 98 al 2016

Máster en envelliment i dependència de la UAB 2009-2011. Director: A. Sal-

va Institut de l'envelliment UAB. Valoració Psicoafectiva.

Máster en Gerontología Clínica. UAB. COMB. Director: Prof. M. Vilardell. Valoración del humor i de la conducta Cursos Académicos: 97-98 al 15-16.

Máster en Neuropsicología Neurología de la conducta UAB. Taller de psicomotricitat. Intervención cognitiva en la demencia desde 2001-2016

He participado en más de 50 cursos para médicos de atención primaria, psiquiatras, geriatras, residentes, etc, y en más de 150 ponencias relacionadas con la psiquiatría geriátrica, en reuniones y congresos Nacionales e internacionales.

He participado en el comité organizador del 6º congreso Europeo de Psiquiatría (EAP)

que tuvo lugar en Barcelona 92, y del comité científico de varios congresos de la SEGP, IV Congreso de la SEGP. Sitges 2005. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Gerontología psiquiatría y psicogeriatría. Barcelona 1996 Comité organizador International Joint Congress IPA/SEPG Santiago de Compostela 2007

He asistido desde la Reunión Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y

Psicogeriatría. Palencia 1989. en todas hasta la actual Tarragona 2016.

I Jornadas de Formación en grupos Psicoeducativos. P. Azpiazu, R. Cuevas, A. Ariño. Granollers 2004.

Miembro de la Junta directiva. Sociedad Española de Psicogeriatría. Tesorera. 1er Vocal 2006 al 2014

Comisiones de Expertos

Miembro del Consejo asesor para el tratamiento Farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. Generalitat de Catalunya desde 2006 hasta su disolución 2014.

Miembro del comité de redacción de la revista Alzheimer realidades e investigación en demencia Edit Glosa 2009- actualidad

Guía de Práctica clínica en demencias. Generalitat de Catalunya. Ministerio de Sanidad y consumo 2010-2011

Miembro del equipo asesor del proyecto interdisciplinar "Cuidant al cuidador"

Generalitat de Catalunya. Envelliment

Comité de expertos. Alzheimer realidades e investigación en demencia.

Consenso Español en demencias. Madrid 2000/ 2005

Planificación de las "Estades de convivència per a familiars i malalts d'Alzheimer"

He participado en múltiples trabajos de investigación clínica en psicogeriatría, quiero destacar el de las colonias para pacientes y familias con EA 96-97 Fundació "La Caixa" Area de Proyectos Sociales y Asistenciales. He participado en 6 ensayos clínicos, multicéntricos internacionales.

Actualmente mis áreas de interés en investigación clínica: trastornos psiquiátricos en la EA. Validación de instrumentos; tratamientos no farmacológicos en las demencias, grupos psicoeducativos para pacientes con demencia. Clozapina en la esquizofrenia resistente en ancianos.

17.30-19.00 h

SIMPOSIO IV Tercera edad y consumo de drogas, ¿una realidad desatendida? | COORDINADOR Pedro Roy

INTRODUCCIÓN: Es bien conocido que la estructura sociodemográfica europea está cambiando como resultado de una tasa de natalidad muy baja y un aumento de la longevidad. La proporción de la población de más de 65 años en 2050 estará en torno al 30%, y el 11% tendrá más de 80 años. Los trastornos de la salud mental son muy frecuentes en personas mayores, especialmente en aquello que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Todo ello tendrá consecuencias directas en la provisión de servicios, repercutirá en el mercado laboral, en los sistemas de asistencia de salud, en los cuidadores y en la sociedad en general.

Entre un 10 y un 15% de la población mayor de 65 años presenta un síndrome

me depresivo, aun teniendo en cuenta el infradiagnóstico habitual en estas edades. Una buena parte de estos cuadros depresivos, en especial en el colectivo masculino, está relacionado con consumo de alcohol. Los trastornos derivados del uso de alcohol son especialmente frecuentes entre las personas mayores, sobre todo en hombres y más aún en aquellos que presentan exclusión social, solteros, separados o divorciados. El abuso de alcohol en la edad senil viene de la mano de otros problemas, tanto sociales, como puede ser la violencia de género, o problemas de inadaptación social grave (sin techo), como orgánicos, como cognitivos; llegando en todos los casos a un deterioro funcional que puede suponer una pérdida de la autonomía en diferentes grados. Es muy difícil conocer la prevalencia de los trastornos derivados del consumo abusivo de alcohol en personas mayores puesto que los métodos de detección y notificación de datos de salud en estas edades se centran en la recogida del daño orgánico, pero se fija en un 3%, siendo éste dato seguramente la cima del iceberg.

La preocupación desde los organismos de salud de nivel europeo, estatal y autonómico es evidente, y conscientes de la relevancia de atajar los problemas de salud mental de la población mayor, plantean directrices en promoción, prevención y tratamiento cuya implantación y resultados en la sociedad en el momento actual tiene una penetrancia dispar.

En el ámbito de Cataluña existen diversas iniciativas desde el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y desde el Plan Director Sociosanitario, que de una forma integrada tratan de dar solución a lo anteriormente expuesto. Prueba de ello es el desarrollo de programas dirigidos a personas mayores con enfermedad mental y adicciones desde dispositivos especializados en Psicogeriatría y en concreto el respaldo a programas específicos de atención a personas mayores con abuso y dependencia de alcohol.

Queda ahora un trabajo a medio plazo, de implantación y diseminación territorial de aquellos programas que puedan dar soporte y estructura homogénea a aquello que ya se está realizando en este ámbito y a lo que pueda faltar para dar cobertura a todas las necesidades de este grupo de enfermos. La mesa de trabajo que se presenta a continuación tiene por objeto poner en evidencia el problema que se plantea, la situación asistencial en la que nos encontramos y los retos de futuro para poder dar solución a esta nueva realidad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Lang, G., Resch, K., Hofer, K., Braddick, F. & Gabilondo, A. (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older People. Luxembourg: European Communities. © European Communities, 2010
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569
- Mental health in older people consensus paper. La salud Mental de las personas mayores. Documento de consenso. ISBN-978-92-79-05189-0 ©European Communities, 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- La promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i dels problemes relacionats amb els consums de drogues. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. GENCAT, 2015
- ALTERNATIVES ASSISTENCIALS EN EL MARC D'UN SISTEMA INTEGRAT. Reordenació de la xarxa sociosanitària. Agost de 2012. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/front2_ss.pdf

• Introducción, estudios e importancia del tema. Directivas Europeas

Carlos Roncero

Jefe de Sección de Adicciones y Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.

RESUMEN: Tradicionalmente se ha asociado el inicio del consumo de drogas y las adicciones a la población infanto-juvenil y a los adultos. Existen pocas evidencias en la literatura internacional tanto sobre el consumo de drogas legales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, analgésicos...) como ilegales en población mayor de 65 años. En este sentido se puede destacar que en España los informes del Plan Nacional sobre Drogas recogen el consumo de drogas en población hasta los 64 años de edad (PND, 2013) y apenas existen trabajos sobre los ancianos con patología dual.

Sin embargo, la realidad asistencial está cambiando. En los centros de tratamiento de las adicciones se evalúan personas con adicciones crónicas que cada vez son mayores (Han et al, 2015) y por otra parte se incorporan pacientes que, fruto de la situación sociofamiliar o médica, inician el uso y posteriormente consumen repetidamente alcohol, hipnosedantes analgésicos o drogas ilegales (Roncero et al, 2009). Por otra parte, en dispositivos dirigidos a la atención geriátrica se observa pacientes que consumen de manera regular fármacos hipnosedantes, alcohol u otras drogas.

Por todo ello los recursos asistenciales se deben adaptar a esta nueva realidad y se debe considerar que el abordaje de los pacientes mayores consumidores presenta peculiaridades psicofarmacológicas y psicoterapéuticas, asociadas al proceso de envejecimiento. El objetivo de estas intervenciones es capacitar a los profesionales para realizar un adecuado diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento en esta población de las adicciones, cada vez más prevalente.

BIBLIOGRAFIA

- Han B, Polydorou S, Ferris R, Blaum CS, Ross S, McNeely J. Demographic Trends of Adults in New York City Opioid Treatment Programs-An Aging Population. *Subst Use Misuse*. 2015;50(13):1660-7. doi: 10.3109/10826084.2015.1027929.
- PND: Plan Nacional sobre Drogas, Informe 2013, disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemalinformacion/pdf/EDADES2013.pdf>
- Roncero C, Daigre C, Ugidos A, Trasovares MV, Gonzalvo B, Casas M. [Initiation cocaine use in elderly patients: a case report]. *Vertex*. 2009Nov-Dec;20(88):418-20.

• Descripción del consumo en personas mayores, los factores de riesgo detectados en una muestra de personas mayores en Barcelona ciudad: datos preliminares

Elena Ros Cucurull

Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Vall d'hebron, Barcelona

Presentación de datos preliminares sobre la "descripción del consumo en personas mayores, los factores de riesgo detectados en una muestra de personas mayores en Barcelona ciudad"

RESUMEN: El trastorno por uso de sustancias constituye un fenómeno creciente entre los adultos mayores, sin embargo, este hecho sigue infravalorado actualmente, mal identificado e infradiagnosticado y, por todo ello, tratado de forma deficiente. Erróneamente, se ha sugerido que es una patología ajena al ámbito de la gerontología debido a que los adictos tienden

a abandonar o declinar el uso de sustancias o mueren antes de llegar a la vejez pero, no obstante, la realidad parece ser claramente distinta. Los principales observatorios nacionales e internacionales estudian las prevalencias del consumo de la población sólo entre los 15 y los 64 años y la bibliografía científica actual prácticamente no contempla las adicciones en gerontología. Se dispone de algunos datos en relación al consumo de fármacos y psicofármacos en población geriátrica, la epidemiología del uso de drogas legales (tabaco, alcohol) es parcialmente conocida y la de drogas ilegales muy poco. Se ha hipotetizado acerca de la existencia de múltiples factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales que explicarían el potencial desarrollo de adicciones en población mayor, siendo especialmente importante evaluar la existencia de psicopatología o consumos previos.

El uso de sustancias acelera el deterioro físico y psicológico del anciano. Las consecuencias perjudiciales se incrementan: riesgo de hipotensión, caídas, problemas cardíacos o deterioro cognitivo, etc. Por ello, la detección y evaluación del consumo es de vital importancia cuando estos pacientes entran en contacto con los dispositivos asistenciales.

Debemos reflexionar sobre este problema que, probablemente, tenga prevalencias insospechadas y genere consecuencias en la calidad de vida del paciente, además de un incremento de la morbi-mortalidad y complicaciones de la patología psiquiátrica preexistente, si así fuese. La medicina del futuro deberá atender cada vez una población más envejecida y vulnerable y es su deber el dar una respuesta integral.

• Retos de futuro en el abordaje del abuso de alcohol en personas mayores. Trabajo en red

César Obiol Madrid

Coordinador de la 'Unidad de Memoria, Conducta y Demencias'. Hospital MD de la Mercè. Hermanas Hospitalarias. Barcelona.

RESUMEN: Como se expone en las otras ponencias que conforman la mesa, la dimensión del consumo perjudicial de alcohol en personas mayores no puede ser en este momento más que intuitiva, en ausencia de datos sólidos disponibles en ese rango de edad, y se están implementando cada vez más programas dirigidos a su atención. El consumo perjudicial de alcohol en estas edades puede asociarse a un aumento de problemas cognitivos, cardíacos o gastrointestinales entre otros, y además verse potenciado en su efecto por el consumo de fármacos.

En un escenario futuro que proyecta encontrarnos con el triple de personas mayores de 80 años en el 2050, los problemas prevalentes a estas edades aumentarán paralelamente si no iniciamos ya, en el presente, un plan encaminado a disminuir su impacto.

El gasto social y sanitario no parece que pueda incrementarse de forma proporcional a las necesidades, como mínimo a corto y medio plazo, y aún menos costeadando la creación de nuevos dispositivos ultraspecializados. Nuestra atención especializada ha mostrado históricamente menos eficiencia cuando se ha realizado de manera aislada y relacionada de forma jerárquica con otros niveles asistenciales, mejorando esta eficiencia si se coordina de manera radial e integrada, complementando los recursos disponibles.

A raíz del aumento de derivaciones realizadas en los últimos años desde los equipos de atención primaria a nuestra unidad, especializada en problemas cognitivos y conductuales en personas mayores, en las que el consumo de alcohol se encuentra causando o condicionando el problema que es motivo de consulta, exponemos cómo hemos iniciado un programa específico, coordinando nuestra respuesta con el resto de niveles asistenciales, esperando ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, así como aportar más datos que nos permitan progresivamente dimensionar de manera fiable este problema.

1. Pulido, J., Indave-Ruiz, B.I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M. y Barrio, G. 2014. Estudios poblacionales en España sobre daños relacio-

nados con el consumo de alcohol. Revista española de salud pública, vol. 88, no. 4.

2. Gupta, S. y Warner, J. 2008. Alcohol-related dementia: a 21st-century silent epidemic? The British Journal of Psychiatry, vol. 193, no. 5.
3. Larsson, S.C., Drca, N. y Wolk, A. 2014. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response meta-analysis. Journal of the American College of Cardiology, vol. 64, no. 3, pp. 281-9.
4. Adams, W.L., Magruder-Habib, K., Trued, S. y Broome, H.L. 1992. Alcohol abuse in elderly emergency department patients. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 40, no. 12, pp. 1236-40. ISSN 0002-8614.
5. Iiomaki, J., Paljarvi, T., Korhonen, M.J., Enlund, H., Alderman, C.P., Kauhainen, J. y Bell, J.S. 2013. Prevalence of Concomitant Use of Alcohol and Sedative-Hypnotic Drugs in Middle and Older Aged Persons: A Systematic Review. Annals of Pharmacotherapy, vol. 47, no. 2.
6. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Población. Naciones Unidas, 2014. La situación demográfica en el mundo.
7. Michael E. Porter y Thomas H. Lee. Oct 2013. The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review.

13 DE FEBRERO

10.00-11.30h

SIMPOSIO V Aproximación integral al diagnóstico de la catatonia en el anciano | COORDINADOR Jorge Cuevas | MODERADOR Carmelo Pelegrin

Currículum vitae Jorge Cuevas:

FORMACION UNIVERSITARIA:

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (1997-2003). Obtención del certificado de Diplomatura de Estudios Avanzados (DEA), en Septiembre del 2006. Doctor por la Universidad de Zaragoza, en el Programa de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, en Noviembre del 2015: "Epidemiología del Parkinsonismo. Asociación con Depresión y Demencia". Calificación: Sobresaliente "Cum Laude". Postgrado de Neuropsicología y Demencias – Universidad de Barcelona, Enero 2009. Especialista Universitario en Psiquiatría Forense, año 2010, organizado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Máster Psiquiatría Geriátrica, organizado por la Universitat Autònoma de Barcelona, años 2009-2011.

FORMACIÓN ESPECIALIZADA:

Programa de formación de PSQUIATRÍA en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (HCUZ) por el sistema de residencia (2004-2008). Durante la residencia realicé una estancia en el servicio de Psicogeriatría del Hospital Mount Sinai de Nueva York, durante un periodo de 4 meses, llevando a cabo tareas tanto en el ámbito clínico como en el investigador (2008)

ACTIVIDAD DOCENTE

Facultativo responsable de la rotación MIR en la Unidad de Agudos de Psiquiatría desde el año 2008 hasta la actualidad. Colaborador Docente en la asignatura de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, desde el año 2011 hasta la actualidad.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Facultativo Especialista Adjunto de Psiquiatría, en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y Hospitalización Parcial Adultos del Parc Sanitari Sant Joan de Deu, desde Enero 2010 hasta la actualidad. Facultativo Especialista Adjunto de Psiquiatría, en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y Hospital de Día Psiquiatría Adultos del Hospital Santa María de Lérida, desde Julio 2008 hasta Enero 2010. Investigador del grupo "Etiopatogenia y Tratamiento de los Trastornos Mentales Graves" de la Fundación de Investigación Sant Joan de Deu, desde el año 2011 hasta la actualidad.

MERITOS CIENTÍFICOS Y DE INVESTIGACIÓN

Artículos publicados: Mas de 10 artículos publicados en revistas indexadas del ámbito de la psicogeriatría y de la cognición en esquizofrenia. Comunicaciones a congresos en forma de poster: Más de 50 posters presentados en congresos nacionales e internacionales. Capítulos de libros: Autor de 10

capítulos de libros. Proyectos de investigación: He sido Investigador Colaborador en varios proyectos de investigación, entre ellos dos Proyectos FIS. PREMIOS

Premio a la mejor comunicación en forma de poster en las Jornadas de Investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Deu, celebradas en Octubre del 2012. Segundo Premio al mejor trabajo original titulado: "Formación en Psicogeriatría en España: Opinión de tutores y residentes de Psiquiatría" del Master de Psicogeriatría de la Universitat Autònoma de Barcelona, promoción 2009-2011, otorgado en Octubre 2011. Premio "Amadeo Sánchez Blanqué" al mejor Póster en Investigación Clínica, otorgado por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, el 23 de Octubre del 2009. Accésit al Premio a la mejor comunicación oral presentada en la cloenda de la Societat Catalana de Psiquiatría y Salut Mental, celebrada el 5 de Junio del 2009. Premio a la Mejor revisión bibliográfica del curso Psicosis a lo largo de la vida realizado del 22 de Febrero al 30 de Julio de 2007. Tercer premio obtenido en la ponencia realizada en la Final de Casos Clínicos de Residentes de Psiquiatría celebrada en el X Congreso Nacional de Psiquiatría de Sevilla, en Octubre del 2006.

• Psicopatología y catatonía en el paciente anciano

Jorge Cuevas Esteban

RESUMEN: La Catatonía es un complejo síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por una combinación única de síntomas mentales, motores, vegetativos y conductuales. La catalepsia, los manierismos, la adopción de posturas y el mutismo, son algunos de los síntomas tradicionalmente asociados a la catatonía. Aquellos pacientes que presentan dos o más signos motores de catatonía (identificados mediante escalas diagnósticas), durante más de 24 horas y que rápidamente mejoran con el test de Lorazepam, probablemente padezcan un síndrome catatónico. La remisión completa de la patología, con desaparición de los síntomas motores y vegetativos, después de tratamiento con TEC y/o Benzodiacepinas, valida el diagnóstico.

En 1874, Karl Kahlbaum describió la catatonía en pacientes que padecían trastornos psicóticos o afectivos graves, así como asociada a patologías médicas. Sin embargo Kraepelin y Bleuler redefinieron la catatonía como un subtipo de demencia praecox primero y de esquizofrenia posteriormente. A lo largo del siglo XX, la mayor parte de los clínicos siguieron su redifinición, lo que en parte justifica el olvido de la catatonía en la clínica y en la investigación, así como su frecuente infradiagnóstico. Con la llegada del DSM-III-R y el DSM-IV las categorías diagnósticas de catatonía se ampliaron. Finalmente el DSM-5 introduce con acierto algunos cambios en la clasificación de catatonía, consumando definitivamente el divorcio entre esquizofrenia y catatonía.

La frecuencia de la catatonía en unidades de agudos de psiquiatría es aproximadamente del 10 %. Sin embargo, las cifras varían entre el 5 y el 20 % en función de los criterios diagnósticos utilizados. En un reciente estudio llevado a cabo en el 2014, que incluía 101 pacientes, la prevalencia de catatonía variaba entre el 50,8% y el 16,9% en función de los criterios empleados. A pesar de la histórica asociación entre catatonía y esquizofrenia, el síndrome se asocia con mayor frecuencia a los trastornos afectivos, en concreto a la manía.

La mayor parte de estudios no incluyen pacientes mayores de 65 años en las muestras, y en la literatura revisada no hallamos ningún estudio que estudiase la prevalencia de catatonía en mayores de 65 años de manera específica. Así mismo, apenas hay bibliografía acerca del síntoma nuclear que subyace al síndrome catatónico, siendo la ansiedad intensa el que se ha propuesto con mayor énfasis.

BIBLIOGRAFÍA:

Stuivenga, M., & Morrens, M. (2014). Prevalence of the Catatonic Syndrome in an Acute Inpatient Sample. *Front Psychiatry*, 5(December), 1–6. doi:10.3389/fpsy.2014.00174

Wijemanne, S., & Jankovic, J. (2014). Movement disorders in catatonía. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 86(8), 825–832.

doi:10.1136/jnnp-2014-309098

Wilson, J. E., Niu, K., Nicolson, S. E., Levine, S. Z., & Heckers, S. (2015). The diagnostic criteria and structure of catatonía. *Schizophrenia Research*, 164(1-3), 256–262. doi:10.1016/j.schres.2014.12.036

• Correlación del síndrome catatónico con el rendimiento cognitivo

Luisa Baladón Higuera

Servicio de Psiquiatría, parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi e Llobregat, Barcelona

RESUMEN: La catatonía se puede definir como un síndrome psicomotor caracterizado por alteraciones motoras, conductuales y afectivas.

La literatura en torno a los mecanismos fisiopatológicos de la catatonía es especialmente escasa y todavía no se conocen claramente los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Se han publicado casos de catatonía asociados a lesiones cerebrales en diferentes áreas incluyendo lóbulos frontales, parietales, cerebelo, ganglios basales, degeneración lobar frontal, y rupturas de aneurisma en arteria cerebral anterior. Asimismo, los casos reportados de catatonía médica están asociados a patologías relacionadas con afectación difusa del SNC, más que con una lesión focal. Todo esto nos lleva a pensar que muy probablemente la catatonía se relaciona con una alteración en los "circuitos", más que en una lesión focal.

El papel de la disfunción GABA ha sido uno de los más estudiados a partir de la experiencia clínica de la buena respuesta al lorazepam y los agonistas GABA A, así como la respuesta al TEC (que también actuaría vía GABA). Por otro lado también se está discutiendo el rol de la vía glutamatérgica, ante la eficacia terapéutica de los antagonistas del receptor NMDA, como la amantadina, y los casos de catatonía relacionados con las encefalitis anti-NMDA receptor. Se han propuesto otros modelos fisiopatológicos que relacionarían la catatonía con la epilepsia, o alteraciones endocrinas y autoinmunes, pero no hay evidencia suficiente que apoye estas teorías.

Respecto a los estudios de neuroimagen, tenemos que tener en cuenta que los estudios publicados, son con muestras pequeñas o series de casos. Destacar algunos hallazgos con neuroimagen funcional: hiperactivación del córtex orbito frontal y prefrontal ventro-medial, durante el procesamiento de emociones negativas, comparado con pacientes psiquiátricos sin síntomas catatónicos y controles sanos. En otro estudio se pudo observar que este patrón de activación se regularizaba en los pacientes que respondían a lorazepam, produciéndose un descenso en la hiperactivación de estas áreas. Los escasos estudios publicados sobre perfusión cerebral muestran resultados contradictorios, la mayoría muestran reducción de la perfusión en córtex frontal y parietal derecho. Se ha realizado algún estudio con SPECT evidenciando, menor densidad de receptores GABA en el córtex sensorio motor izquierdo en pacientes con catatonía.

Prácticamente no hay estudios en relación a la alteración neuro-cognitiva en la catatonía. Norhoff realizó un estudio evaluando tareas asociadas con las funciones fronto-parietales, evidenciándose una alteración en el función viso-espacial en los pacientes con catatonía.

Es evidente la necesidad de continuar la investigación en estas áreas, lo que nos puede llevar a nuevas estrategias de abordaje y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Northoff G, Nagel D, Danos P, et al. Impairment in visual-spatial function in catatonía: A neuropsychological investigation. *Schizophr Res* 1999;37:133–47. doi:10.1016/S0920-9964(98)00150-9
- Ellul P, Choucha W. Neurobiological Approach of Catatonía and Treatment Perspectives. *Front psychiatry* 2015;6:10–3. doi:10.3389/fpsy.2015.00182
- Daniels J. Catatonía : Clinical Aspects and Neurobiological Correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009;21:371.

• Patología somática y síndrome catatónico: diagnóstico diferencial y tratamiento

Walter Jaimes Albornoz



Currículum vitae:

FWalter Jaimes Albornoz, nació en Lima, Perú. Estudios de Licenciatura en Medicina en la Facultad de Medicina Humana "Hipólito Unanue" de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú, durante los cursos académicos de 1996-2003 Homologación del título peruano de Médico Cirujano al título español de Licenciado en Medicina el año 2004. Médico Residente de Psiquiatría- España Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Pamplona,

España. Título de Especialista en 2012.

Clinical Attachment on Psychogeriatrics : Older Adults Service Line, Central & North West London NHS Foundation Trust, Woodland Centre, Hillingdon Hospital, Londres, Reino Unido. Junio 2011-Septiembre 2011

Máster de Psicogeriatría, Universidad Autónoma de Barcelona Octubre 2010 a Octubre 2012

Experto en TDAH a lo largo de la vida. Universidad de Alcalá Febrero 2014 a Diciembre 2014

Varias publicaciones internacionales, 5 relacionadas con el estudio de la catatonía.

Primer premio al mejor trabajo de investigación. XII Jornada de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría. Febrero de 2014

Desde el 2012 ha trabajado en distintos centros de salud Mental en Navarra y Guipúzcoa Donostia Desde Diciembre 2014 Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Donostia ,Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, Médico Psiquiatra - Psiquiatría de adultos - Trabajo actual.

INTRODUCCIÓN: La catatonía es un síndrome médico general de múltiples causas. Las características clínicas así como su etiología orgánica han sido insuficientemente estudiadas en la población adulta mayor.

Métodos: Revisión de la literatura publicada.

RESULTADOS: Desde su primera descripción por Kahlbaum existen reportes de catatonía en pacientes que presentan trastornos orgánicos. Kraepelin y Bleuler también describen casos de catatonía orgánica a pesar de que encasillan a este síndrome como un subtipo de la esquizofrenia. Se considera que esta clasificación, que prevaleció por cerca de 100 años, es una de las razones por las que actualmente la catatonía sea un síndrome escasamente estudiado, infra reconocido e infra diagnosticado, especialmente en ciertas poblaciones como en los adultos mayores. Los pocos trabajos de prevalencia disponibles reportan, en unidades de agudos, un 20% de catatonía en pacientes con depresión y un 42,8% en pacientes con demencia. En la interconsulta de psiquiatría se han descrito prevalencias de un 5.5% y un 8.9%, prevalencia mayor que la reportada en pacientes no ancianos en el mismo entorno clínico. Independientemente de la etiología las manifestaciones clínicas de la catatonía en ancianos son similares a las de otros grupos etarios. Sin embargo existen diferencias en relación a su etiología. En pacientes pediátricos el trastorno asociado más frecuentemente descrito es la esquizofrenia, en adultos son los trastornos afectivos y en los mayores de 65 años la etiología suele ser múltiple, identificándose en un grupo significativo de pacientes condiciones médicas y psiquiátricas de manera simultánea. El tardío reconocimiento del síndrome catatónico y de su etiología retrasa el tratamiento y facilita la aparición de complicaciones potencialmente letales, habiéndose descrito una mortalidad significativamente más alta en adultos mayores. El tratamiento de elección son las benzodiacepinas, especialmente lorazepam, que han demostrado significativas tasas de remisión, requiriendo estos pacientes dosis menores. En aquellos casos refractarios, con parcial respuesta o que están gravemente enfermos la TEC suele ser beneficiosa. Se

recomienda iniciar prontamente el tratamiento etiológico así como el tomar las medidas para la prevención y/o el tratamiento de las complicaciones.

CONCLUSIONES: La catatonía en el adulto mayor es en un grupo importante de casos de etiología múltiple. Se deberá siempre descartar la presencia de condiciones orgánicas así como la de posibles complicaciones. El tratamiento específico con lorazepam y TEC es altamente eficaz.

REFERENCIAS:

1. Takata T, Takaoka K, Fujigaki M. Catatonia in the elderly. Int J Psychiatry Clin Pract. 2005; 9(4):230-7.
2. Sharma P, Sawhney I, Jaimes-Albornoz W, Serra-Mestres J. Prevalence and characteristics of catatonia in patients with dementia admitted to an old age psychiatry ward. Poster at the Royal College of Psychiatrists' Faculty of Neuropsychiatry Annual Meeting, Oxford, UK, 4-5 September 2014.
3. Jaimes-Albornoz W, Serra-Mestres J. Prevalence and clinical correlations of catatonia in older adults referred to a liaison psychiatry service in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry. 2013 Sep-Oct; 35(5):512-6.

12.00-13.30 h

SIMPOSIO VI Los familiares de los pacientes con demencia ante el cambio de paradigma | COORDINADOR Manuel Martín Carrasco



Currículum vitae: Nació en Isla Cristina (Huelva) en 1960. Es psiquiatra desde 1987. Ha desarrollado su carrera profesional en Navarra, como director médico de la Clínica Padre Menni y el Centro Hospitalario Benito Menni, hasta 2011. Desde entonces es el director científico del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Fundación M^a Josefa Recio, Hermanas Hospitalarias), con sede en Bilbao, a la vez que continúa con su labor clínica en la Clínica Padre Menni de Pamplona. Su interés clínico y científico ha esta-

do centrado en la Psicogeriatría, especialmente en las demencias y los trastornos afectivos del anciano. Ha sido Presidente de la Sociedad Española de Psicogeriatría. En la actualidad es el Presidente del Consejo de Sociedades Psiquiátricas Nacionales dentro de la Asociación Europea de Psiquiatría, y coordinador del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría.

RESUMEN: Los familiares de los pacientes con demencia constituyen la fuente principal de cuidados para las personas afectadas. La prestación de cuidados puede asociarse a una serie de efectos adversos en diferentes planos – salud, económico, social – agrupados bajo la denominación de sobrecarga del cuidador. El cambio de paradigma en el concepto de demencia plantea nuevos retos para los familiares, tales como la comunicación del diagnóstico, o la toma de decisiones por parte de las personas afectadas. En el presente simposio se tratarán estos aspectos, junto con los distintos enfoques asistenciales que pueden ponerse en práctica.

• Propuestas de innovación para la atención de personas mayores con demencia: Proyecto SMART_MD

Fermín Mayoral Cleries

Currículum vitae:

Licenciado en Medicina y Cirugía por Universidad de Málaga, Doctorado en Universidad de Granada

Especialidad vis MIR. Hospital Carlos Haya de Malaga.
Ex clinical associate. Psychiatric Institute. London
Ex profesor Psiquiatria (asociado) Universidad de Malaga

Actualmente mi posición es

Jefe de Sección de Psiquiatria. Hospital Regional Universitario de Málaga
IP Grupo de Investigación de Salud Mental
Coordinador Area Neurociencias
Instituto de Investigación Biomedica de Malaga (IBIMA)

Lineas de Investigación son

Aplicaciones de Nuevas Tecnologías (TICs) en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y neurológicas
Bases Genéticas y Epigenética del Trastorno Bipolar
Ética y Psiquiatria.

Proyectos de investigación actualmente en curso como IP:

1. Support, Monitoring And Reminder Technology for Mild Dementia (SMART4 MD) Horizon 2020 (656.000€)
2. Eficacia y coste-efectividad de un programa de psicoterapia asistida por ordenador para el tratamiento de la depresión mayor en atención primaria primaria ICIII (FIS)(60.000 €)
3. Identificación de variantes genéticas y su interacción con factores ambientales en familias con alta prevalencia de Trastorno Bipolar. (40.000€) Universidad de Mannheim. (Alemania)

52 publicaciones indexadas en JCR.

Doctor en Psiquiatria. Jefe de Sección de Psiquiatria del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Coordinador Grupo de Investigación de Salud Mental de Malaga. Miembro de la REDIAP: Salud Mental y Atención Primaria. Red Temática de Investigación Sanitaria: Instituto Carlos III. Tutor de Residentes. Ex profesor ayudante de Psiquiatria de la Universidad de Málaga. Ha desarrollado investigaciones en las líneas de interacción genético-ambiental en el campo de las enfermedades mentales y en el área de la Psiquiatria Social liderando proyectos tanto a nivel nacional como autonómico. En la actualidad desarrolla tareas asistenciales como responsable del Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Carlos Haya.

RESUMEN: El proyecto SMART_MD pretende establecer una plataforma inteligente de apoyo para al paciente con demencia leve y moderada y sus familiares. El sistema persigue la mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares aumentando la adherencia a las pautas y planes de tratamiento. Estará disponible a través de tecnologías basadas en la información y comunicación (TICs) como smartphones, tablets y ordenadores. El sistema recuerda a los pacientes que deben tomar sus medicamentos, las citas médicas programadas y otras informaciones relacionadas con la salud, facilitando una plataforma digital de interrelación entre pacientes, familiares y profesionales. Su interfaz debe estar diseñado para adaptarse a las necesidades y características de usuarios con baja familiaridad con las nuevas tecnologías con instrucciones de utilización claras y sencillas. La plataforma debe estar integrada en el sistema general electrónico de atención a la salud de la población de manera que permita el intercambio de datos e información entre los distintos agentes involucrados en el proceso de atención y cuidados de las personas con demencia y facilite la coordinación, seguimiento y tratamiento personalizado.

La segunda fase del proyecto consiste en la realización de un estudio multicéntrico para evaluar la eficacia, utilidad y coste-efectividad del uso de la plataforma en una amplia muestra de pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con demencia y sus familiares

• Programas de intervención con cuidadores

Ana Dominguez Panchón

Psicóloga Clínica, Hospital Aita Menni. Arrasate (Gipuzkoa)

IIP. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Fundación María Josefa Recio

RESUMEN: La atención a personas con demencia presenta una vertiente muy importante en la figura del cuidador dado que desempeña un papel relevante para garantizar los cuidados que estas personas necesitan. La tarea de cuidar a un familiar con demencia sin embargo, aun respondiendo a una condición humana deseada, tiene un impacto en la vida del cuidador que le hace más vulnerable y susceptible de sufrir consecuencias negativas sobre su propia salud física y psicológica. Estas consecuencias inciden sobre la calidad del cuidado y predicen, como también se ha comprobado, la institucionalización y/o un peor cuidado del paciente. Los profesionales y expertos en la atención a las demencias ponen de manifiesto en Guías de consenso y publicaciones la necesidad de dar apoyo al cuidador e intervenir para prevenir o reducir este impacto negativo que se ha denominado SOBRECARGA. En este contexto, se han venido desarrollando una serie de intervenciones destinadas a disminuir o prevenir la sobrecarga de los cuidadores mediante estrategias de apoyo formal, a través de servicios comunitarios y programas psicosociales como son las intervenciones con grupos de autoayuda, educativos, psicoterapéuticos y psicoeducativos.

Dentro de las intervenciones psicosociales, las que tienen un enfoque psicoeducativo son las que presentan mayor respaldo de eficacia en la reducción de la sobrecarga del cuidador. Estas intervenciones, basadas en la terapia cognitivo-conductual, integran componentes reconocidos en la literatura científica como son la información sobre la enfermedad, el entrenamiento en habilidades de manejo ante problemas de comportamiento del paciente, la auto-apreciación de la repercusión emocional y las medidas de autocuidado. Su estructura y contenido suele estar definido y en ocasiones son redactadas en un manual en el que se detallan las sesiones establecidas. Estas intervenciones requieren de un profesional entrenado en la aplicación de la intervención y pueden ser desarrolladas tanto en formato grupal como individual. El Programa EDUCA-DEM es un modelo de intervención psicoeducativa que ha sido validado en nuestro país y responde a las premisas de las intervenciones con evidencia científica para la reducción de la sobrecarga del cuidador. Ha sido desarrollado en 7 sesiones, de aplicación grupal que aborda a través de información, entrenamiento y ejercicios prácticos la protección psicológica del cuidador.

BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer disease International. (2009). World Alzheimer Report 2009. Alzheimer disease International. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- Chien, L. Y., Chu, H., Guo, J. L., Liao, Y. M., Chang, L. I., Chen, C. H. et al. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 26(10), 1089-1098.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol. Aging*, 22(1), 37-51.

• El movimiento asociativo de personas afectadas y familiares ante los nuevos retos

Jesús M^a Rodrigo Ramos

Currículum vitae: Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación y ha desarrollado su actividad profesional en organizaciones sin ánimo de lucro desempeñando diferentes funciones de responsabilidad. Actualmente, y desde el año 2005, es el Director Ejecutivo de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias CEAFA, entidad que agrupa a más de 300 Asociaciones cuya razón de ser

es mejorar la calidad de vida de quienes conviven con la enfermedad de Alzheimer.

Trabajando y colaborando directamente con la Junta de Gobierno de la entidad ha apoyado el desarrollo de los diferentes planes estratégicos de la organización que están permitiendo posicionar a CEAFA como una entidad de referencia ante el Gobierno Central en el marco de la definición de la Política de Estado de Alzheimer.

Desde octubre de 2014, es miembro de la Junta Directiva de Alzheimer Europa.

RESUMEN: Hace más de 25 años surgió el movimiento asociativo agrupando a familiares de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia. Desde entonces, hasta la actualidad, podemos diferenciar la evolución del tejido asociativo de la siguiente manera

- Asociaciones reivindicativas. En los primeros momentos, los familiares se reunían, básicamente, para intercambiar experiencias, buscar información y presionar a las Administraciones en busca de ayuda para sobrellevar un problema, en aquellos momentos, relativamente desconocido. Las Asociaciones creadas fueron el germen de lo que hoy es la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias CEAFA
- Entidad representativa. La representación de los derechos e intereses de las personas que conviven con el Alzheimer ha sido una constante en CEAFA en los últimos años, lo cual le ha permitido, entre otras cosas, hacerse un hueco entre las Administraciones Públicas y entidades privadas. En este contexto, el Alzheimer, o mejor, la problemática que genera ha sido un tema recurrente en todos los foros en los que se ha participado. En este sentido, CEAFA ha conseguido que “se oiga hablar” del Alzheimer al tiempo que se ha logrado también cierto grado de implicación en el apoyo a iniciativas concretas.
- Entidad representativa y defensora. En 2013 el movimiento asociativo dio un paso más al introducir el planteamiento de que representar por sí solo no es suficiente; hace falta, además, defender los derechos, necesidades e intereses de las personas. No basta con que se hable de Alzheimer, sino que es preciso animar a la participación activa para resolver, o por lo menos, intentar resolver los problemas reales de esas personas que conviven con el Alzheimer.
- Entidad constructiva. Finalmente, y de cara al futuro, el movimiento asociativo da un paso más, al querer posicionarse como una entidad constructiva, capaz de formular las aportaciones que considera necesarias y convenientes, así como las hojas de ruta pertinentes para avanzar hacia escenarios que mejoren la calidad de vida de las personas afectadas. Este nuevo posicionamiento responde a una evolución natural de la Confederación, que ha pasado de ser una organización exclusivamente reivindicativa a apostar por convertirse en un agente de promoción de cambio en el ámbito del Alzheimer.

13.30-14.00 h

CLAUSURA la organización de los servicios psicogeriátricos en los países desarrollados I

Raimundo Mateos Álvarez

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina (USC) y Unidad de Psicogeriatría del Complejo Hospitalario Universitario (CHUS) de Santiago de Compostela

Medio siglo después de haber dado sus primeros pasos, y en el contexto de un Envejecimiento Demográfico generalizado, la Psicogeriatría se enfrenta con un panorama de desarrollo incierto y a veces paradójico. Sorprende que el país que fue su cuna, el Reino Unido, el laboratorio donde se incubaron los primeros servicios psicogeriátricos, lidera en el siglo XXI una especie de

“contrarreforma” que anatema los servicios de psiquiatría geriátrica como una discriminación hacia los mayores.

En España han pasado tres décadas desde que se definieron y pusieron en marcha los primeros modelos psicogeriátricos, primero en Cataluña y luego en Galicia. En la actualidad, a pesar de su clara conceptualización en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la regla en las distintas comunidades autónomas sigue siendo la ausencia de recursos específicos para la atención a las personas mayores con trastornos mentales, y su omisión en documentos que analizan las necesidades sanitarias de la población. La Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) ha reflexionado reiteradamente sobre esta situación. Igualmente la International Psychogeriatric Association (IPA) ha formalizado recientemente la revisión periódica del estado del desarrollo de la especialidad en las distintas regiones del mundo.

A partir de la experiencia de liderazgo ejercido en ambas sociedades científicas y en la puesta en marcha en Galicia de la primera unidad de Psicogeriatría, hace 25 años, se ofrecen datos objetivos sobre el nivel de desarrollo de la Psicogeriatría en distintos países Europeos y se formulan reflexiones personales sobre su futuro desarrollo en España.

BIBLIOGRAFÍA

- Mateos R, Martín Carrasco M, Sánchez Pérez M (2005). Services to people with dementia: A world wide view. Spain. In: Burns A, Ames D, O'Brian J (eds): Dementia (3th edition). London: Arnold. p. 303-305.
- Mateos R, Sánchez-Pérez M, Franco M. Services and developments around the world: Spain (2013). In: De Waal H, Liketsos C, Ames D, O'Brien J, (eds): Designing and delivering dementia services. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. p. 189-191.
- Fernandes L, Mateos R, Engedal K, von Gunten A, Stek ML, Ramakrishnan A, Ihl R, Wang H, Mintzer J and Brodaty H. The state of psychogeriatrics in Europe: challenges and opportunities in six European countries (2015). *International Psychogeriatrics*; 27(8):1243-1246.
- Brodaty H, Mateos R. IPA on the move. *International Psychogeriatrics*, available on CJO2015. doi:10.1017/S1041610215002045.

RESÚMENES DE
PÓSTERES

CATEGORIA A: investigación en Psicogeriatría

• **151107 PO Paliperidona como tratamiento en los trastornos del comportamiento de adultos ancianos diagnosticados de discapacidad intelectual.**

Autor principal

Pablo José González Domenech, Médico Especialista en psiquiatría, Centros Sociales Diputación Provincial De Granada

INTRODUCCIÓN: Las personas con Discapacidad Intelectual (DI) tienen más riesgo de presentar Alteraciones del Comportamiento (AC) que la población general. Paliperidona ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la irritabilidad en el autismo, entidad comórbida con la DI en un 75%.

OBJETIVOS. Evaluar la eficacia de Paliperidona en el tratamiento de las AC de ancianos diagnosticados de DI. **MATERIAL Y MÉTODOS.** El diseño del estudio es un ensayo abierto a 6 semanas en el que participaron 5 ancianos con DI y AC según los criterios CIE-10. Cada sujeto fue evaluado en dos ocasiones, antes de recibir Paliperidona y a las 6 semanas de tratamiento. En cada evaluación se cumplimentó la escala ABC-EC, diseñada y validada para medir AC en la DI y que se compone de 5 subescalas (irritabilidad, sociabilidad, estereotipias, hiperactividad, lenguaje inapropiado). **RESULTADOS.** Tras 6 semanas de tratamiento con Paliperidona se observó un descenso no estadísticamente significativo de las puntuaciones totales y de las subescalas del cuestionario ABC-EC. **CONCLUSIONES.** Paliperidona puede ser efectiva en el tratamiento de las alteraciones del comportamiento en adultos ancianos con discapacidad intelectual medidas por el cuestionario ABC-ECA, si bien los resultados de este estudio son limitados necesitando futuros trabajos aleatorizados con placebo, con mayor tamaño de muestra y un tiempo de seguimiento más largo.

• **151204 PO Implantación de un programa piloto de atención psicogeriatría en la Unidad de Salud Mental del Hospital Clínico de Zaragoza.**

Autor principal

Patricia Gracia-García, Psiquiatra, Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario Zaragoza, Zaragoza

INTRODUCCIÓN La Psicogeriatría (PG) se contempla como un área específica y prioritaria en la legislación y Planes de Salud Mental. A pesar de ello, la implantación de programas de PG en las Unidades de Salud Mental (USM) es lenta y desigual en el territorio nacional. Describimos un programa piloto desarrollado en la USM del Hospital Clínico de Zaragoza. **MÉTODO** Valoración de volantes de derivación de pacientes +60 años desde Atención Primaria. Criterios de inclusión: demencia; psicosis y/o alteración de conducta de nueva aparición; ansiedad y/o depresión en contexto de comorbilidad somática; complejidad de manejo. Asignación de pacientes seleccionados a un psiquiatra con formación en PG. Análisis descriptivo de la muestra de pacientes atendidos en los 6 primeros meses. **RESULTADOS** Fueron valorados 47 pacientes; 44.7% varones; edad media 78.3. Los síntomas que motivaron la derivación a USM fueron: depresión 31.9%; delirios/ alucinaciones 23.4%; confusión/ agitación 17%; trastorno de conducta 14.9%; ansiedad/ insomnio 10.6%; deterioro cognitivo 10.6%. Los pacientes tenían una media de 1.7 enfermedades crónicas y tomaban una media de 8.8 fármacos. 29.8% tenían diagnóstico previo de demencia. Tras valoración por psiquiatría, 46.8% pacientes cumplían criterios de deterioro cognitivo o demencia. **CONCLUSIÓN** Las características de los pacientes PG en la USM justifican una atención específica y la elaboración de programas orientados hacia un abordaje integral y multidisciplinar.

Otros autores

Sonia Pedrosa, MIR Psiquiatría
Miguel Ángel Quintanilla, Psiquiatra
Eva Villas Pérez, Psiquiatra
M^a Visitación Palomero, Psiquiatra
Valero Pérez-Camo, Psiquiatra

• **51208 PO Perfil clínico y asistencial de los ancianos derivados a un centro de salud mental de Madrid en el último año.**

Autor principal

Eduardo Delgado Parada, Médico Interno Residente Psiquiatría, Centro de trabajo: Hospital Ramón y Cajal, Madrid

OBJETIVO: Describir las características sociodemográficas, clínico-asistenciales, funcionales y cognitivas de pacientes mayores de 75 años de un distrito sanitario de Madrid para los que solicita una valoración psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los individuos mayores de 75 años derivados por primera vez al Centro de Salud Mental (CSM) de San Blas (Madrid) en 2014 para valoración psiquiátrica. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, funcionales y cognitivas.

RESULTADOS: Cumplieron criterios 49 pacientes (87,8% mujeres; edad media: 81,02 ± 3,85). Un 79,6% tenía índice de Charlson mayor de 3. Los diagnósticos de derivación podían codificarse como trastornos afectivos en un 85,7%. En un 36,4% de casos se modificó el diagnóstico. El 89,8% fueron remitidos desde Atención Primaria (AP). Un 71,4% fueron dados de alta tras un máximo de tres valoraciones, y un 20,4% se derivaron a otros especialistas. En un 57,1% había referencias a su autonomía en la historia. En 16,3% se registraron datos funcionales pero sin escalas. Tras la valoración se detectó la presencia de deterioro cognitivo en un 26,5% (13 pacientes) y se realizó cribaje neuropsicológico en 5 casos.

CONCLUSIONES: Los ancianos derivados a una primera valoración psiquiátrica son en su mayoría mujeres clínicamente complejas remitidas desde AP con sospecha de un cuadro afectivo. El enfoque diagnóstico suele cambiar y el seguimiento no es prologado. No tienden a utilizarse escalas para medir funcionalidad ni cognición, si bien parece que se hace una valoración clínica al respecto.

Otros autores

Sandra Molins Pascual, Médico Interno Residente Psiquiatría
Leire Hernández Plaza, Médico Interno Residente Psiquiatría
Agustín Madoz Gúrpide, Facultativo Especialista de Área Psiquiatría
Jose Luis Gómez Cano, Médico Interno Residente Psiquiatría
Cecilia Luis Juan, Médico Interno Residente Psiquiatría

• **151208 PO Polifarmacia y prescripción inadecuada en ancianos valorados en un centro de salud mental.**

Autor principal

Eduardo Delgado, Médico Interno Residente Psiquiatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

OBJETIVO: Determinar la presencia de polifarmacia y prescripción inadecuada (PI) según los criterios STOPP/START (sección correspondiente al sistema nervioso central-SNC-) en pacientes mayores de 75 años tras una valoración psiquiátrica ambulatoria

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los individuos mayores de 75 años derivados al Centro de Salud Mental (CSM) de San Blas a lo largo de 2014. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de prescripción. Se utilizó la herramienta STOPP/START para el registro de PI. Se definió polifarmacia como la utilización de 4 o más fármacos de cualquier tipo durante al menos dos meses.

RESULTADOS: Un total de 49 pacientes (87,8% mujeres; edad: $81,02 \pm 3,85$) cumplieron los criterios considerados. Tras realizarse los reajustes en el tratamiento psicofarmacológico, un 79,6% tenía polifarmacia (media: $7,47 \pm 3,38$; de ellos $1,76 \pm 0,95$ eran psicofármacos). En 27 pacientes (55,1%) se añadieron psicofármacos, y en 14 de ellos (28,6%) se retiró alguno. El 63,3% (31 casos) cumplían algún criterio STOPP (sección D), la mayoría relacionado con la prescripción de benzodiazepinas (punto 5); y el 26,5% (13 casos) cumplían algún criterio START (sección C), la mayoría relacionado con el inicio de inhibidores de la acetilcolinesterasa para la enfermedad de Alzheimer (punto 3).

CONCLUSIONES: Tras la valoración en Psiquiatría se producen cambios en el abordaje psicofarmacológico, presentado polifarmacia y PI una gran mayoría de los casos.

La PI según los criterios STOPP/START se focaliza en dos puntos controvertidos, el tiempo de duración del tratamiento con benzodiazepinas y el inicio de inhibidores de acetilcolinesterasa en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Otros autores

Leire Hernández Plaza, Médico Interno Residente Psiquiatría

Sandra Molins Pascual, Médico Interno Residente Psiquiatría

Agustín Madoz Gúrpide

Laura Maraña Gancedo, Médico Interno Residente Psiquiatría

Luciana Sánchez Flores, Médico Interno Residente Psiquiatría

• 151210 PO El trastorno bipolar de inicio tardío.

Autor principal

Noelia Olmo López, Médico Psiquiatra, Centro de trabajo: Hospital Punta Europa, Algeciras

INTRODUCCIÓN: Los datos existentes sobre la prevalencia del trastorno bipolar geriátrico difieren en los estudios, y ello puede ser atribuible a la complejidad y heterogeneidad de la enfermedad bipolar, a las dificultades derivadas de la identificación de los casos y su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica en Pubmed del trastorno bipolar de inicio tardío tanto de aspectos clínicos, neurobiológicos como diagnósticos.

RESULTADOS: La presencia de comorbilidades médicas y neurológicas en los pacientes geriátricos puede hacer que haya casos de trastorno bipolar que sean clasificados como otra entidad diagnóstica, entre ellas y de manera muy frecuente, las demencias. Aspectos comunes en ambas entidades serían una presentación clínica similar, alteración hipocámpal, disfunciones ejecutivas y excesiva actividad glutamatérgica, entre otras.

Las causas determinantes de la expresión del trastorno bipolar geriátrico parecen ser multifactoriales y pueden incluir aspectos genéticos, comorbilidad médica, lesiones neurológicas, estilo de vida y estrés.

CONCLUSIONES: La evaluación de los pacientes de edad avanzada que presentan síntomas de manía, depresión o estados mixtos requiere un examen y un diagnóstico diferencial detallados, incluida la identificación de todo trastorno médico que pueda ser tratado y pueda contribuir a producir los síntomas maníacos/depresivos, y el establecimiento de una situación basal que pueda utilizarse como referencia par

Otros autores

Nazaret Marín Basallote, Médico Psiquiatra

Nieves Barreiro Galera, Trabajadora Social

Auxiliadora Brea Páez, Médico Psiquiatra

• 151211 PO Nuevas Evidencias en el Tratamiento Antipsicótico.

Autor principal

Jorge Cervilla Ballesteros, Catedrático de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN: No existen prácticamente estudios clínicos que demuestren qué tratamientos son los adecuados en trastorno delirante (TD), sin embargo se tiende a usar medicación antipsicótica off-label. Con el fin de demostrar desde un punto de vista empírico la medicación usada por los psiquiatras de toda Andalucía, ideamos un registro de todos los casos en nuestra región atendidos en la red pública.

MÉTODOS: Diseño y Muestra: Usando la base de datos unificada del Servicio Andaluz de Salud (con cobertura del 98% de los casi 9 millones de residentes en Andalucía) obtuvimos un registro de 2049 casos de pacientes a los que se había asignado el diagnóstico de TD (F22). Medidas: Revisamos todas las historias de dicho registro a fin de: 1) Chequear con criterios DSM5 que efectivamente cumplieran criterios para TD; 2) Obtener información de la medicación antipsicótica empleada en dichos casos; 3) Evaluar con la escala de Impresión clínica global el estado del paciente al inicio de su entrada en el registro y al momento de la evaluación. Estadística: Se realizaron análisis descriptivos y comparativos de mejora en la ICG en ambos tiempos según se tomara o no antipsicótico y si éste era típico (AT) o atípico (AA).

RESULTADOS: De un total de 2049 historias revisadas, 1444 pacientes (71%) cumplían criterios DSM5 de TD, constituyendo así la muestra final objeto del estudio. 1120 de estos pacientes tenían pautado un AA (77.6%), 240 un AT (16.6%) y 84 (5.8%) no tomaban antipsicótico alguno.

Otros autores

Alejandro Porras, Médico Interno Residente Psiquiatría

Carmen Maura Carrillo de Alborno, Médico Interno Residente Psiquiatría

Margarita Guerrero, Médico Interno Residente Psiquiatría

• 151214 PO Suplemento alimenticio Omega 3 y rendimiento de memoria. Ensayo clínico. Estudio piloto.

Autor principal

Pedro Montejo Carrasco, Psiquiatra, Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Madrid

OBJETIVO: Estudiar si un suplemento en la dieta administrado un año y que contiene Scidos grasos omega-3 (EPA, DHA) y fosfatidilserina, ácido fólico, vitamina B12, vitamina E y Gingko biloba, incluidas en el producto ACUTIL, mejora el rendimiento de memoria en mayores con alteración de memoria por la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Ensayo Clínico Piloto. Grupos: Control-Placebo(n=20) – Experimental(n=20). Aleatorizado, doble ciego. Toma del producto 12 meses. Evaluación pre-post. Muestra 40 mayores, (M-edad=70,43; Sd=4,4), Alteración de Memoria por la Edad. Evaluación de memoria: Lista de Palabras (LPW) y Memoria lógica (MLW) de Wechsler, memoria libre Test 7Minutos (ML7M), Memoria visual Test Rey. Tamaño del efecto (TE) "d" Cohen.

RESULTADOS: Terminan el estudio 70% sujetos. En las cuatro presentaciones de LPW: mejores resultados en grupo experimental; LPW Recuerdo Inmediato: TE=0,12-0,14; Recuerdo Demorado y Reconocimiento: TE=0,07-0,08. En MLW tanto en Recuerdo Inmediato como Demorado: mejores resultados en grupo experimental; TE=0,11. El TE es en todos los casos positivo y pequeño. En ML7M: mejores resultados en grupo experimental, TE=0,07. En Memoria Visual Test Rey: mejores resultados en grupo control, TE=0,13 (efecto negativo y pequeño). En ningún caso el cambio es estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES: En grupo experimental, hay mejoría en todas las variables de memoria, excepto Memoria Visual. Los cambios no son estadísticamente significativos. El tamaño del efe

Otros autores

Mercedes Montenegro Peña, Neuropsicóloga
Blanca Álvarez Crespo, Neuropsicóloga
Montserrat Lozano Ibáñez, Enfermera
Antonio García Marín Enfermero-Psicólogo
M^a Emilian de Andrés Montes, Médico Internista

• **151215 PO Análisis de factores en población de mayores del cuestionario de fallos de memoria de la vida diaria** Pedro Montejo.

Autor principal

Pedro Montejo Carrasco, Psiquiatra, Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid, Madrid

OBJETIVO: Analizar en mayores de 64 años la estructura factorial del Cuestionario de Fallos de Memoria de Vida Cotidiana y estudiar la relación de estos factores con rendimiento en memoria objetiva, variables afectivas y calidad de vida.

MATERIAL-MÉTODOS: Muestra: 222 mayores 64 años. Captación consecutiva no probabilística. Sin deterioro cognitivo. Media edad=70,64; DT=4,04). Evaluación memoria: Cuestionario Fallos de Memoria de Vida Cotidiana (MFE), Mini Examen Cognitivo (MEC); Escala Depresión Geriátrica (GDS); Preguntas de Quejas (PQ); Lista Pares Asociados (LPA); Test Memoria Rivermead (RBMT), Perfil de Salud Nottingham (PSN)

RESULTADOS: Análisis de componentes principales: 5 factores que explican 49 % de varianza (Esfericidad Bartlett, $\chi^2=1868,19$; $p=0,000$). Los factores son: Olvidos relacionados con actividades, olvidos que afectan la comunicación; desorientación temporal; fallos en reconocimiento, olvidos que implican repeticiones. Variables que correlacionan de modo positivo y más alto con todos los factores: GDS y PSN. Correlacionan más alto con rendimiento cognitivo: desorientación y reconocimiento, que también tienen la menor correlación con GDS y PSN.

CONCLUSIONES: Las respuestas al cuestionario representan cómo los mayores viven el funcionamiento diario de su memoria. MFE y sus factores tienen un componente subjetivo más importante que el objetivo. Los factores que muestran más alteración cognitiva son desorientación y fallos en reconocimiento.

Otros autores

Mercedes Montenegro Peña, Neuropsicóloga
Blanca Álvarez Crespo, Neuropsicóloga
Marcos Llanero Luque, Neurólogo
Christian Montejo Rubio, Médico
M^a Carmen Aragón Cancela, Trabajadora Social

• **151221 PO Estudio descriptivo de pacientes de psicogeriatría ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica.**

Autor principal

Javier Vicente Alba, Médico Psiquiatra, Hospital Neuropsiquiatría El Pinar, Vigo

INTRODUCCIÓN: Los estudios epidemiológicos en ancianos presentan dificultades por: clínica, existencia de una población institucionalizada y edad límite para los estudios (3).

No existe una amplia bibliografía por lo que se realiza estudio de pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de hospitalización, comparando estos resultados con estudios actuales similares (1, 2).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, con una $N=321$, de los que 49 son ancianos. Se utiliza para el análisis el paquete estadístico SPSS v19.

RESULTADOS: De la muestra total el 15,3% han sido mayores de 65 años. La media de edad 73,48 años. La estancia media 65,28 días.

El 61,2% son mujeres, 44,9% están casados, 69,4% tiene hijos, 44,9% estudios básicos, 59,2% vive en pareja y el 71,4% tiene patología orgánica comórbida, más frecuente cardiovascular (50%). 79,6% antecedentes psiquiátricos, más frecuentes trastornos afectivos (32,7%). En ingreso actual, 63,3% ingresa por alteraciones de conducta, 65,3% involuntario, 28,6% contención, diagnósticos de Trastorno Afectivo y Demencia como más prevalentes (40,8%). Alta médica 81,6%, 79,6% remitidos a consultas, 18,4% a otro centro.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Presentan cuadros psiquiátricos más graves y complejos.

El tiempo de estancia media es mayor que en la población adulta.

Los resultados son similares a la bibliografía encontrada.

Otros autores

Tania María Torres Rincón, Médico Psiquiatra
Jorge Rodríguez Caride, Médico Psiquiatra
María del Carmen García Mahía, Médico Psiquiatra
Emma Román Fernández, Médico Psiquiatra
Raimundo Mateos Álvarez, Médico Psiquiatra

• **151223 PO Efecto de la rehabilitación cognitiva sobre la fatiga, la apatía y la satisfacción con la vida en personas mayores.**

Autor principal

Genoveva Montoya Murillo, Psicóloga y ayudante de investigación, Universidad de Deusto, Bilbao

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento viene asociado a un deterioro cognitivo, físico y social. La fatiga, la escasa motivación están presentes en un gran porcentaje de la población mayor. Esta investigación tiene como objetivo examinar la eficacia del programa de rehabilitación cognitiva REHACOP en la mejora de la fatiga, apatía, y satisfacción con la vida. **MÉTODOS:** 62 participantes con la capacidad cognitiva preservada sin patología clínica, usuarios de diferentes centros y residencias de Bizkaia y Álava fueron asignados de manera aleatoria a dos grupos, grupo de rehabilitación cognitiva (REHACOP) ($n=34$) y grupo control (actividades ocupacionales) ($n=28$) durante 3 meses (3 sesiones semanales, 60 minutos). Los participantes fueron evaluados de manera basal con una batería neuropsicológica y tras la rehabilitación en la apatía, fatiga, satisfacción con la vida. **RESULTADOS:** El análisis Tiempo x Grupo de medidas repetidas ANOVA indicó diferencias significativas entre el grupo experimental REHACOP en comparación con el grupo control en, fatiga ($p=0,04$, $2=0,07$) y satisfacción con la vida, ($p=0,05$, $2=0,06$). En la variable apatía a pesar de que los datos no son significativos, hay una clara tendencia a la significación ($p=0,13$, $2=0,07$). **CONCLUSIONES:** Los pacientes que recibieron rehabilitación cognitiva con el programa REHACOP mostraron mejoras significativas en fatiga y satisfacción con la vida y una tendencia a la mejora en apatía en comparación con el grupo control.

Otros autores

Naroa Ibarretxe-Bilbao, Psicóloga, profesora e investigadora
Javier Peña Lasa, Psicólogo, profesor e investigador
Natalia Ojeda Del Pozo, Psicóloga, profesora, IP

• **151227 PO Polimedication@: Aplicabilidad de una herramienta informática para la reducción de la polimedicación en residencias de ancianos.**

Autor principal

Tomás M García-Caballero, Médico de Medicina Familiar e Comunitaria, Área de Xestión Integrada de Vigo

INTRODUCCIÓN: Los riesgos de la polifarmacia superan sus beneficios, especialmente en geriatría (aumento de morbilidad y condiciones fisiopatológicas). Entre los sistemas de detección de la polimedición destaca Start-Stopp, que permite realizar una revisión de las prescripciones para identificar las inapropiadas, pero este proceso es lento (mínimo de 30 min/pac.).

OBJETIVO: Reducir la polimedición en pac. de residencias geriátricas empleando el programa Polimedication®.

METODOLOGÍA: Estudio observacional y transversal en ancianos institucionalizados (n=115; 61,7%, mujeres). Se determinó mediante Polimedication® la adecuación de la prescripción según criterios Start-Stopp.

RESULTADOS: El promedio de tratamientos/pac. fue 6,8. Un 67,8% de los pac. presentaban al menos una alerta pertinente (media de 1,3/pac.), al igual que un 16,4% de las prescripciones. El mayor número de alertas fue en neurolépticos (41,5% del total). Se efectuaron 88 cambios en prescripciones: aceptación del 62,9% de las alertas propuestas. Los cambios supusieron un ahorro de 32,8 €/pac. y año. El tiempo medio empleado fue de 6,3 min/pac., lo que implica una reducción del 79,2% frente a la metodología previa.

CONCLUSIÓN: La aplicación del programa Polimedication® detectó una elevada proporción de prescripciones potencialmente inapropiadas en pac. geriátricos institucionalizados y consiguió un importante ahorro en el presupuesto de farmacia y en el tiempo empleado para la revisión de las medicaciones.

Otros autores

Juan Lojo
Carlos Menéndez
Raimundo Mateos
Alexandre García-Caballero

• 151231 PO Análisis evolutivo de la complejidad clínica en los pacientes atendidos en el área de Psicogeriatría en los últimos 10 años.

Autor principal

Consol Almenar Monfort, Médico, Benito Menni CASM, Sant Boi de Llobregat

RESUMEN: Los autores analizan la actividad asistencial en los diferentes recursos del área de Psicogeriatría de Benito Menni CASM y las características clínicas más relevantes mediante la información recogida en el Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios (CMBDSS), durante el periodo Enero 2004-Diciembre 2014.

Partiendo en 2004, de un recurso único de hospitalización (larga estancia sociosanitaria psicogeriatrica) y de un recurso ambulatorio de estimulación cognitiva (Hospital de día psicogeriatrico), a lo largo de estos 10 años, se han añadido la tipología de media estancia psicogeriatrica y la Unidad ambulatoria de diagnóstico de trastornos cognitivos (EAIA). En cada uno de estos recursos, la actividad asistencial ha ido incrementándose de forma progresiva. Comparando la información extraída del registro individual del Conjunto Mínimo Básico de Datos Sociosanitarios (CMBDSS) con el total de información de la región sanitaria correspondiente, en los diferentes recursos de Hospitalización, se observa que: En Larga Estancia, hay un incremento progresivo en las necesidades de rehabilitación, en complejidad clínica, en deterioro cognitivo y en trastornos de conducta. En Media Estancia, el número de defunciones es significativamente inferior, con un incremento en las necesidades de curas especiales y muy elevada complejidad clínica, trastornos de conducta y funciones físicas reducidas.

Otros autores

Anna Bartomeus Puchulutegui, Médico especialista en Geriatría
Pilar De Azpiazu Artigas, Médico especialista en Psiquiatría
Pedro Regalado Doña, Médico especialista en Geriatría

• 160112 PO Actividad de la Unidad de hospitalización de Psicogeriatría (UPG) Hospital Mare de Déu de la Mercè, durante el 2015.

Autor principal

Anna Olivé Torralba, Médico especialista en psicogeriatría, Hospital Mare de Déu de la Mercè, Barcelona

RESUMEN: En el 2015 ingresaron 108 pacientes en la UPG, con media de edad de 80 años, más mujeres (2/1) y con trastornos del humor (TDM R), y algo más del 50 % con deterioro cognitivo y declive funcional, lo cual implicó la intervención del equipo MTD, con seguimiento en UFISS en caso de presentar deterioro cognitivo, y en todo caso con vinculación a un recurso ambulatorio. De los 42 pacientes con complicaciones, mayoritariamente infecciosas, el único fallecido fue 1 de los 2 pacientes con un índice de Charlson entre 6 y 10, por SIR e ICC. El otro requirió traslado urgente por rectorragia. De los evaluados por la NPL la mayoría tenían un patrón de deterioro cognitivo SC, pacientes con alteraciones del humor o demencia vascular, que son los Dx más destacados, todos presentaban trastornos de conducta disruptivos, que motivaron su ingreso. Al alta tienen prescritos una media de 3 psicotropos. Estuvieron ingresados unos 26 días, evaluados y tratados por un equipo experto multidisciplinar que aplica una atención integral e integrada y centrada en la persona. Proceden de recursos comunitarios y de urgencias terciarias, y regresan mayoritariamente a la comunidad. De esta manera la UPG cumple con el objetivo de dar la mejor atención holística a estos pacientes con un perfil específico y unas necesidades múltiples y complejas, disminuyendo o evitando el ingreso en urgencias de hospitales terciarios y mejorando tanto a nivel clínico, mental, funcional, cognitivo y espiritual, como a nivel social.

Otros autores

Eulalia Fontseca Martín, Médico Psiquiatra
Bettina Ortiz Medina, Psiquiatra
Svetlana Erzunova Khavrenko, Médico Psiquiatra
Belen Garzón Ruiz, Psicóloga
Pedro Roy Millán, Médico Psiquiatra

• 160112 PO Delirium Subsindrómico comparado con Delirium y Demencia en pacientes geriátricos de un hospital general y un centro sociosanitario.

Autor principal

Esteban Sepúlveda Ramos, Médico Psiquiatra, Institut Pere Mata, Reus

INTRODUCCIÓN: El delirium subsindrómico (DSS) no posee aún una clara definición. Nuestro objetivo fue estudiar una nueva propuesta para definirlo y compararlo con el diagnóstico de Demencia y Delirium en dos poblaciones geriátricas.

MÉTODOS: Estudiamos de forma transversal dos poblaciones de pacientes ancianos, cada una de 200 individuos (un sociosanitario español y un hospital general irlandés). Delirium se diagnosticó según el DSM-5, el antecedente de Demencia con criterios clínicos y DSS con una nueva propuesta que combina criterios dimensionales y categoriales. La severidad de los síntomas fue evaluada con la DRS-R98.

RESULTADOS: La edad media fue de 79.7 ± 8.5 años y el 60.8% tenía Demencia previa. El 20% se diagnosticó como Delirium, 19.3% DSS, 29.8% Demencia sin síntomas de delirium y 31% sin delirium ni demencia (NDND). Los síntomas evaluados con la DRS-R98, especialmente los nucleares del delirium, mostraron un patrón ascendente donde $NDND < Demencia sin delirium < SDD < Delirium$ y los valores individuales más altos estuvieron claramente asociados con Delirium. Los resultados fueron muy similares en las dos poblaciones. La comorbilidad de DSS o Delirium con demencia mostró un efecto fenomenológico aditivo.

CONCLUSIÓN: El Delirium y DSS son claramente relevantes en poblaciones

geriátricas de un centro sociosanitario y un hospital general, donde el DSS muestra una intensidad intermedia. La próxima revisión del DSM-5 debería incluir unos criterios específicos para DSS.

Otros autores

Maeve Leonard, Médico Psiquiatra
José G. Franco Vásquez, Médico Psiquiatra
Dimitrios Adamis, Médico Psiquiatra
Ana M. Gaviria Gómez, Psicóloga
David J. Meagher, Médico Psiquiatra

• 160114 PO Análisis de las latencias de respuesta frente al dolor experimental en pacientes geriátricos con demencia.

Autor principal

Anna Roquer Beni, Psicóloga, Institut de Neurociències, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

ANTECEDENTES: En la demencia, la afectación de la memoria, el juicio y las habilidades de comunicación limitan seriamente la capacidad de expresar y cualificar el dolor.

OBJETIVO: El presente estudio, enmarcado en la Acción Europea COST TD-1005 "Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia", analiza el tiempo de reacción (latencia) ante un estímulo nociceptivo mecánico en pacientes geriátricos con demencia en comparación con sujetos apareados por edad, cognitivamente intactos.

MÉTODOS: Después de cada presión aplicada con un algómetro (0-5 kp, en los trapecios) se pregunta al sujeto la intensidad de dolor experimentada, calificándolo en una escala de 0 a 10. El procedimiento se graba en vídeo para poder analizarlo posteriormente. Se evalúa el tiempo en el que tardan en dar una respuesta (latencia) sobre la intensidad del dolor y en reaccionar no verbalmente frente a éste. Los casos analizados han sido seleccionados siguiendo los criterios de inclusión de la Acción COST. La muestra está constituida por pacientes del Hospital de día de las Germanes Hospitalàries, Sagrat Cor de Martorell y San Feliu del Llobregat, y sus familiares, todos mayores de 65 años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Los cambios en la velocidad de respuesta cuantitativa y en la de reacción no verbal ante el dolor (dosis-respuesta) pueden aportar una mayor comprensión sobre la alteración del procesamiento del dolor, en sus componentes cognitiva y emocional, en pacientes con demencia.

Otros autores

Adriana Serrano, Médico Psiquiatra
Manel Sánchez Pérez, Médico Psiquiatra
Lydia Giménez Llort, Neurobióloga

• 160114 PO Análisis de las necesidades asistenciales de los pacientes de media y larga estancia psicogeriatrica.

Autor principal

Consuelo Almenar Monfort, Neurologa, Hospital Benito Menni CASM, Sant Boi de Llobregat. Barcelona

RESUMEN: En el área de Psicogeriatría de Benito Menni CASM, los pacientes de las Unidades de Media y Larga estancia Psicogeriatrica (MILLE Psicogeriatrica), inician síntomas psiquiátricos en la juventud, que cumplen criterios de trastorno mental severo, que persisten en el tiempo aunque con características clínicas diferentes, a menudo ingresados desde el inicio de la sintomatología clínica, presentan descompensaciones psicopatológicas, han envejecido en la Institución, tienen pérdida de autonomía y de la ca-

pacidad para mantener relaciones sociales adaptadas. Además, también se incluyen pacientes, que aunque el debut clínico ocurrió en edades tempranas de la vida, la situación clínica y social no ha justificado el ingreso psiquiátrico previo, siendo éste necesario cuando alguna de las circunstancias se ha modificado (empeoramiento clínico o pérdida de soporte social). En último término se incluyen pacientes que inician psicopatología avanzada la sexta década i precisan de un mayor tiempo de ingreso tras el paso por la Unidad de agudos. Mayoritariamente en todos los grupos mencionados, se incluyen por este orden, los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o depresión mayor y trastorno delirante.

El Objetivo del estudio, es el diseño de un algoritmo de clasificación de los pacientes ingresados en MILLE Psicogeriatrica, a partir de la valoración de las necesidades desde el punto de vista asistencial.

Otros autores

Pilar Azpiazu Artigas, Médico Psiquiatra
David Almenta Gallego, Médico Psiquiatra
Gretel Gonzalez Castro, Médico Psiquiatra
Rosa Ana Sabate Garcia, Médico Geriatra
Ana Bartomeus Puchulutegui, Médico Geriatra

• 160114 PO Programa de soporte en el ámbito de la atención al paciente psicogeriatrico desde el Pades del Hospital Mare de Déu de la Mercè a la Área Integral de Salud Barcelona Norte.

Autor principal

Carme Bassetas Ballús, Médico, Pades Horta, Hospital Mare de Déu de la Mercè, Barcelona

OBJETIVO: Soporte a los equipos de AP, CSMA y hospitalaria en el manejo de pacientes con perfil psicogeriatrico en situaciones de crisis, post crisis y final de vida

MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes PG en situación de crisis atendidos en domicilio, desde noviembre del 2013 a noviembre del 2015

RESULTADOS: Total de 94 pacientes. Demandas: 29 valoración y seguimiento por descompensación. 65 valoración ingreso. Intervención: 31 pacientes, ingresados 63 pacientes, control y seguimiento a domicilio

CONCLUSIONES: La coordinación directa y el soporte a los EAP agiliza el primer contacto con los pacientes en situación de crisis, lo que permite la instauración precoz de las medidas terapéuticas adecuadas. El Programa piloto establece una mejora en la gestión compartida entre PADES y EAP de casos complejos a domicilio lo que permite un feed back entre profesionales, información, apoyo y educación sanitaria a las familias y pacientes, mejorar la continuidad asistencial e incluso evitar ingresos hospitalarios en un número no desdeñable de casos

Otros autores

Isabel Molina González, Trabajadora Social

• 160115 PO Redefiniendo la asistencia clínica a ancianos en la hospitalización aguda de Psiquiatría: análisis de clusters según necesidades y nivel funcional.

Autor principal

Jorge Cuevas Esteban, Médico Psiquiatra, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat. Barcelona

OBJETIVOS: Establecer clusters de pacientes hospitalizados en UA psiquiatría en función de las necesidades ambientales, físicas, psicológicas, sociales y el nivel funcional. Describir distribución diagnósticos en los diferentes clusters.

MÉTODOS: Estudio transversal observacional exploratorio. 107 pacientes, > 65 años ingresados en la UA de psiquiatría del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, entre Mayo 2013 y Abril 2014. Instrumentos: MINI para confirmar diagnóstico clínico DSM-IV. Camberwell assessment need elderly (CANE versión española) para evaluar necesidades. Lawton y Brody para rendimiento en AIVD. Análisis Estadístico: SPSS 20.0. Análisis Clusters Jerárquico. ANOVA para comparación de medias de las variables utilizadas para la generación de clusters.

RESULTADOS: Cluster 1: Elevada dependencia actividades instrumentales + necesidades físicas moderadas. Cluster 2: Máximo nivel funcional sin necesidades.

Cluster 3: Necesidades físicas, ambientales y sociales moderadas. Necesidades psicológicas elevadas. Elevado nivel funcional.

Cluster 4: Necesidades ambientales y sociales elevadas. Máximo nivel funcional.

Cluster 5: Necesidades ambientales y físicas elevadas. Necesidades psicológicas y sociales moderadas. Parcial dependencia en actividades instrumentales.

Otros autores

Juan Vicente Luciano, Investigador
María Rubio Valera, Investigadora
Antoni Serrano Blanco, Médico Psiquiatra
Ana Escanilla, Psicóloga
Luisa Baladón Higuera, Médico Psiquiatra

• 160117 PO ¡Tengo un plan! Vivir bien con problemas de memoria. Proyecto Psicoeducativo para afectados, familiares y profesionales: guías y audiovisuales.

Autor principal

Miguel Ángel Martínez Antón, Médico Psiquiatra, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

¡TENGO UN PLAN! Vivir bien con problemas de memoria es un Proyecto con materiales didácticos para sensibilizar y capacitar en 3 aspectos de las personas con deterioro cognitivo en estadios iniciales:

- Sus necesidades psicosociales y cuidados emocionales "Déjame compartir como me siento".
- Su derecho a la autonomía "Quiero seguir opinando".
- La importancia de la ocupación significativa "Déjame seguir haciendo".

Materiales orientados a promover apoyos informales y una atención profesional más respetuosa con la visión y los derechos de los afectados, su dignidad y calidad de vida y están destinados a: PERSONAS AFECTADAS para decidir, afrontar y vivir mejor; FAMILIARES Y AMIGOS para proporcionar los mejores apoyos; PROFESIONALES para mejorar competencias y desempeño en aspectos psicosociales, afectivos y derecho a la autonomía de los afectados y SOCIEDAD (vivencia de estigma).

Consta de: 3 Guías (para Afectados, Familiares y amigos y para Profesionales) que ofrecen un proceso reflexivo y propuestas prácticas; 3 "HOJAS DE RUTA" para registrar preferencias y decisiones y programar apoyos personalizados y 9 PIEZAS AUDIOVISUALES con testimonios de afectados, entrevistas y piezas de ficción.

Es parte del Proyecto Europeo Espacio Transfronterizo sobre el Envejecimiento (Fund General de la Univ de Salamanca, Fund Reina Sofía, CRE de Atención a Personas con Enf de Alzheimer del IMSERSO y entidades de Portugal) y con colaboración de CEAFA y Fundación Alzheimer de Cataluña.

Otros autores

Lourdes Bermejo García, Gerontóloga

• 160117 PO Aplicaciones del Modelo de Atención Centrada en la Persona. Estudio sobre la creación de una Unidad de Calidad de Vida en personas con Demencia en sus fases iniciales.

Autor principal

Miguel Ángel Martínez Antón, Médico Psiquiatra, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

RESUMEN: Se presenta en este póster una investigación que recoge el diseño, implementación y desarrollo de un Centro de Día temporal (Unidad de Calidad de Vida) realizada en el CRE de Alzheimer del IMSERSO (Proyecto Europeo de Cooperación Transfronteriza España-Portugal, a iniciativa de la Fundación General de la Universidad de Salamanca y la Fundación Reina Sofía).

Se describe cómo organizar un servicio de atención diurna para personas con deterioro cognitivo en estadios iniciales desde el modelo de Calidad de Vida y Atención Centrada en la Persona. También muestra cómo aprender y capacitar al equipo a partir de la reflexión en el desempeño cotidiano y cómo intervenir con usuarios y familiares. Se realizó una investigación en profundidad —con dos perspectivas epistemológicas y metodológicas (cuantitativa y cualitativa)—, con 25 instrumentos (entre validados y "ad hoc") para estudiar efectos en dimensiones del bienestar emocional como: apoyo y respeto a decisiones y preferencias de la persona, vivencia de sí mismo y de su enfermedad (estigma de la demencia), empoderamiento e implicación en ocupaciones y roles de adulto significativos, identidad, inclusión social. Se estudiaron efectos en área funcional (ABVD -Índice de Barthel-; AIVD -Escala de Lawton y Brody-) y en área cognitiva (Adas-Cog.).

Sus resultados abren nuevos modos de desempeño e intervención profesional y de diseño de los recursos asistenciales para este perfil de personas con Demencia.

Otros autores

Lourdes Bermejo García, Gerontóloga

• 160118 PO Estudio descriptivo del patrón de comunicación verbal en respuesta al dolor experimental en pacientes geriátricos con demencia.

Autor principal

Adriana María Serrano Castro, Médico Psiquiatra, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

ANTECEDENTES: Las vías de procesamiento de dolor se ven afectadas en las demencias mostrando patrones de comunicación del dolor distintos a los de los pacientes sanos que son difíciles de interpretar. La Acción COST Europea TD-1005 "Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, Especially Dementia" actualmente diseña una herramienta de evaluación del dolor en estos pacientes. **OBJETIVO:** Describir las características de la comunicación verbal en la respuesta al dolor experimental clasificándolas en categorías que resulten de fácil identificación. **METODOLOGÍA:** Participan en el estudio pacientes de centro de día de los hospitales de las Germanes Hospitalàries en Martorell y Sant Feliu de Llobregat, con diagnóstico de demencia que son muestra española de COST, y sus controles sin deterioro cognitivo, todos ellos mayores de 65 años a quienes se les hace aplicar dolor experimental (presión de 0 a 5 kp sobre los trapecios con un algesímetro), después de lo cual se pregunta al sujeto qué tanto dolor ha sentido, calificándolo en una escala de 0 a 10. Las respuestas se graban en vídeo, para proceder al análisis posterior. **CONCLUSIONES:** Las respuestas verbales comprenden distintos tipos y frecuencias de verbalizaciones cualitativas (localización, intensidad, disconfort) que acompañan o no a la cuantitativa. Estos resultados permitirían tipificar la comunicación verbal del dolor en pacientes con demencias y contribuir aminorar la dificultad al evaluar dolor en esta población.

Otros autores

Anna Roquer Benni, Psicóloga
Manel Sánchez Pérez, Médico Psiquiatra
Lydia Giménez Lloret, Neurobióloga

- **160119 PO Perfil neurocognitivo en trastorno depresivo crónico.**

Autor principal

Amparo Espinosa González, Médico Psiquiatra, Hospital Mare de Déu de la Mercè, Barcelona

INTRODUCCION: Los problemas cognitivos forman parte del síndrome depresivo y éstos pueden persistir en el tiempo a pesar de cesar el cuadro afectivo.

OBJETIVO: Determinar el perfil neurocognitivo de un grupo de pacientes afectos de Trastorno depresivo mayor recurrente o Distimia que asocian deterioro cognitivo leve.

MATERIAL Y METODO: Pacientes derivados a nuestra unidad en 2012 y 2013 mayores de 64 años, con los diagnósticos mencionados, criterios de deterioro cognitivo leve en exploración neuropsicológica mediante CAMCOG y Barthel >80. Se obtuvo la media de los valores Z de cada escala y subescala, usando como valor de referencia las medias y desviaciones típicas del CAMCOG de pacientes sin demencia según manual del CAMDEX.

RESULTADOS: 24 pacientes cumplieron estos criterios. Las alteraciones más importantes fueron la puntuación total (-2'04DS) y la memoria global (-1'94DS). Esta última a expensas de la reciente (-1'78DS). Otras alteraciones: lenguaje/expresión (-1'19DS), praxis (-1'21DS) y pensamiento abstracto (-1'50DS).

CONCLUSIONES: Coincidencia con estudios anteriores. Los fallos en memoria reciente se benefician del reconocimiento, diferente a procesos neurodegenerativos primarios. Alteración en lenguaje-expresión por fallos ejecutivos. Alteración en pensamiento abstracto y praxis asociada a bajo nivel cultural. Disponemos de un perfil neuropsicológico a partir del cual elaborar un programa de rehabilitación cognitiva específico que permita un abordaje integral del síndrome depresivo crónico.

Otros autores

Mar Ruiz Vergara, Psicóloga
César Obiol Madrid, Médico Geriatra

- **160119 PO Procesamiento cognitivo en la depresión geriátrica: conclusiones de una revisión sistemática.**

Autor principal

Rocío Roselló Miranda, Médico Interno Residente de Psiquiatría, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria, Valencia.

INTRODUCCIÓN: Un 30-40% de personas mayores no demenciadas con depresión manifiestan disfunciones cognitivas (Alexopoulos, 2012). Es esencial por tanto, conocer los procesos cognitivos concretos que están afectados.

OBJETIVO: Nuestro trabajo, basado en una revisión sistemática se propuso: a) examinar la asociación entre depresión y disfunción cognitiva en la tercera edad, y b) identificar donde se producen las dificultades más acusadas.

MÉTODO: Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed y Google Scholar de artículos publicados entre 2011-2015, utilizando como términos elderly depression, geriatric depression, late-life depression and cognition. De un total de 369 abstracts, fueron seleccionados para el análisis 12 artículos, tras eliminar los que no cumplían los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS: Los trabajos valoran seis dominios cognitivos: Atención, Memoria, Lenguaje, Habilidades viso-espaciales, Velocidad de Procesamiento y Funcionamiento Ejecutivo. De su análisis se concluye que: 1) Los trastornos

depresivos en población geriátrica están asociados con fallos cognitivos; 2) La disfunción afecta sobre todo a la velocidad de procesamiento y a las funciones ejecutivas, lo que sugiere una relación con escasa competencia prefrontal; 3) Correlaciona con la gravedad de la sintomatología y persiste a pesar de la remisión.

CONCLUSIONES: La revisión refuerza la necesidad de valorar los déficits cognitivos en la depresión geriátrica cuando se diseñen planes terapéuticos.

Otros autores

Carmen Pascual Calatayud, Médico Interno Residente de Psiquiatría
Jorge Martínez Salvador, Médico Adjunto de Psiquiatría
Yolanda Morant Luján, Médico Interno Residente de Psiquiatría
Jesus Lull Carmona, Médico Interno Residente de Psiquiatría
José Manuel García Valls, Médico Adjunto de Psiquiatría

- **160120 PO El "Delirium" En una Unidad de Urgencias de un Hospital Comarcal de Las Tierras del Ebro. Encuesta de sensibilización a residentes i maus de urgencias.**

Autor principal

Laura Castro Vélez, Médico Geriatra Residente, Hospital Santa Creu, Tortosa

INTRODUCCIÓN: el "delirium" corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. Es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicación pronóstica. Tiene también consecuencias importantes en los aspectos económico y social. Los enfermos con confusión requieren mayor atención del personal de salud, mayor y más cuidadoso manejo de enfermería, y generalmente tienen una estancia intrahospitalaria más prolongada. El enfermo agitado es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas. El delirium se tiende a incluir en la actualidad como un marcador de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente, por lo que "una alta tasa de delirium se puede correlacionar con una baja calidad de cuidados asistenciales".

OBJETIVOS: Analizar el conocimiento del delirium en un Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal, donde el 90% de los pacientes que se atienden superan la media de edad de 75 años. Para ello elaboramos una encuesta sencilla que se pasó entre los compañeros de UCIA residentes y adjuntos de UCIA para evaluar el diagnóstico sobre este Sd geriátrico y promover su sensibilización entre el personal en este aspecto. Evaluar cómo se maneja en la actualidad y poder proponer un protocolo de actuación de mejora en el Servicio de UCIA.

Otros autores

Jean Carlos Heredia, MIR Geriatría
Adriana Rondón Maldonado, MIR Geriatría
Pablo Garibaldi Tolmos, MIR Geriatría
Cinta Ferré Tafalla, MIR Geriatría
Karim Diana Mata Beltrén, MIR Geriatría

- **160120 PO Evolución Hacia El Deterioro Cognitivo De Los Síndromes Psiquiátricos De Comienzo Tardío.**

Autor principal

Susana Bescós García, Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Coslada, Madrid.

INTRODUCCIÓN: La interrelación de algunos síndromes psiquiátricos de comienzo en edad geriátrica con la demencia aún no está clara, ya que los estudios disponibles son contradictorios acerca de si la depresión pueda ser una manifestación precoz de la demencia o, más bien un factor de riesgo.

OBJETIVO: Este estudio preliminar pretende analizar las modificaciones de los diagnósticos de los pacientes geriátricos a lo largo de su seguimiento, como marcadores de los cambios clínicos sufridos, con la hipótesis de que los síndromes psiquiátricos de comienzo tardío evolucionan con mayor frecuencia hacia el deterioro cognitivo y la demencia que los de comienzo más precoz.

MÉTODO: Se incluyeron en este estudio todos los pacientes mayores de 65 años citados en una de las consultas ambulatorias del Centro de Salud Mental de Coslada durante el mes de noviembre de 2015. Los datos de la historia se recogieron de una manera retrospectiva. Se analizaron los estadísticos descriptivos y las correlaciones entre variables a través del SPSS v 15.

RESULTADOS: La muestra total la conformaron 43 pacientes (16,3% hombres y 83,7 % mujeres), con una media de edad de 74,8 años. Un 48,8% había iniciado su enfermedad después de cumplir los 65 años. Un 34,88% de los pacientes incluidos en el estudio había presentado cambios clínicos longitudinales que motivaron cambios diagnósticos, correlacionando significativamente esta variable con el hecho de haber comenzado su enfermedad después de los 65 años.

Otros autores

María Frenzi Rabito, Psicóloga

• 160120 PO Prescripción inadecuada de antidepresivos en población no institucionalizada. Estudio Toledo, envejecimiento saludable.

Autor principal

María Ángeles Caballero Mora, Médico Geriatra, Hospital Universitario de Getafe. Madrid

INTRODUCCIÓN: Algunos de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) como Paroxetina (potente efecto anticolinérgico) y la Fluoxetina (el más estimulante, larga vida media, produce acatisia y pérdida de apetito) se consideran potencialmente inadecuados en la población anciana. En España no existen datos fiables sobre la prevalencia de prescripción inadecuada en población general.

MÉTODO: Base de datos Estudio Toledo de Envejecimiento. Se consideró toma de antidepresivo, la toma de cualquier dosis, sin tener en cuenta desde cuando se inició el tratamiento. Prescripción inadecuada la administración de Paroxetina o Fluoxetina.

RESULTADOS: 2.488 individuos mayores 65a 284 sujetos tomaban algún antidepresivo (11.5% del total de la población), de éstos 180 tomaban ISRS (7.3% de la muestra y el 63.5% del total de los antidepresivos). 10 tomaban Fluoxetina (0.4% de la muestra, 5,5% de todos los que tomaban ISRS), 37 Citalopram (1.5% muestral, 20.4% ISRS), 35 Paroxetina (1.4% muestral, 19.3% ISRS), 58 Sertralina (2.5% muestral, 32,04% ISRS), y 41 Escitalopram (1.6% muestral, 22,6% ISRS).

CONCLUSIÓN: La administración de Fluoxetina y Paroxetina fue del 16% del tratamiento antidepresivo y 25% de ISRS. Estos resultados sugieren que al menos 1 de cada seis pacientes que toman tratamiento antidepresivo, presentan una prescripción inadecuada. Esto sugiere la necesidad de formar de manera adecuada a los facultativos en la prescripción de psicofármacos

Otros autores

Félix Moreta, Médico Geriatra

Myriam Valdés Aragonés, Médico Geriatra

Beatriz Contreras Escámez, Médico Geriatra

Luis María García Santos, Médico Psiquiatra

Leocadio Rodríguez Mañas, Médico Geriatra/Jefe de Servicio Geriatría HGU

• 160120 PO Sobrepeso, desnutrición y alteraciones cerebrovasculares en pacientes con demencia en Hospital de Día.

Autor principal

Isabel Moriana enfermería, Hospital de Día Sant Feliu/Sagrat Cor Martorell, Sant Feliu de Llobregat

INTRODUCCIÓN: La población mayor con deterioro cognitivo en nuestro medio posee una alta prevalencia en enfermedades que son factor de riesgo vascular. Así mismo, dadas ciertas circunstancias vitales, son un grupo poblacional con alto riesgo de desnutrición llegado el deterioro cognitivo. Se ha focalizado más sobre la desnutrición que sobre el propio hecho del sobrepeso en este tipo de población

OBJETIVO: Describir el riesgo relativo de desnutrición, su relación con el peso, los factores de riesgo vascular y la "carga" lesional cerebrovascular en esta población

MÉTODO: Fueron estudiados 100 casos incidentales ingresados en Hospital de Día. Al ingreso y como parte del protocolo son recogidos datos de IMC, riesgo de desnutrición mediante la escala NMA además de su Historia clínica convencional donde se presta especial atención en factores de riesgo vascular. Adicionalmente se valora la "carga" de patología cerebrovascular con la clasificación de gravedad según la imagen TAC (escala de 0 a 6 puntos).

RESULTADO: Se observa una alta frecuencia de sobrepeso/obesidad en la muestra (48%) y un riesgo/desnutrición del 27% como variables independientes entre ellas. Se observa una relación entre factores de riesgo vascular y "carga" lesional cerebrovascular, sobretodo en el grupo que no tienen ningún factor de riesgo vascular frente a los que presentan los tres constatados (HTA, Dislipemia y DMII, sobrepeso) con una $F = 6,73$ $p = 0,41$ en el ANOVA.

Otros autores

Antonio Monllau Gabriel, Médico Geriatra

Juan Carlos Cejudo Bolívar, Neuropsicólogo

Lara María Pajuelo González, Enfermera

• 160121 PO El paciente geriátrico y la psicofarmacología.

Autor principal

Sergio González Garrido, Médico Psiquiatra, H. U. Virgen Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: La utilización de psicofármacos en el anciano se está viendo aumentada no sólo por el envejecimiento general de la población y la mayor atención sanitaria a la misma, sino por el aumento de la incidencia de enfermedades que requieren el empleo de éstos y la concienciación médica al respecto.

OBJETIVOS:

– Conocer qué psicofármacos son los más habituales en los pacientes geriátricos con patología psiquiátrica.

– Analizar el patrón de prescripción en este tipo de pacientes.

– Valorar el efecto de la polifarmacia en este grupo poblacional.

MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, sobre una muestra de 550 pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) durante el año 2014. Nos quedamos con 56 pacientes que cumplen nuestros criterios de inclusión, esto es que sean mayores de 65 años o bien que estén diagnosticados al alta de deterioro cognitivo.

RESULTADOS: Observamos que al alta hospitalaria un 23,1% presentan la combinación de antidepresivo más ansiolítico, un 23,3% la de un antipsicótico con ansiolítico, un 21,5% solamente antipsicóticos y un 32,1% presentan otras combinaciones, ya sea con estabilizadores del ánimo o bien la combinación de antidepresivo más antipsicótico y ansiolítico. En tan solo un 7,1% de los pacientes tratados con antipsicóticos éstos se prescriben en politerapia neuroléptica.

Otros autores

Jorge Banda Moruno, MIR Psiquiatría
Irene Pans Molina, MIR Psiquiatría
Miguel Zacarías Pérez Sosa, MIR Psiquiatría
María Riesgo Arias, MIR Psiquiatría
Celia Muñoz Cauqui, MIR Psiquiatría

- **160121 PO El papel del psiquiatra en el paciente geriátrico.**

Autor principal

Sergio González Garrido, Médico Psiquiatra, H.U.V. Macarena, Sevilla

INTRODUCCIÓN: En los últimos años en relación con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad se está dando un envejecimiento de la población.

OBJETIVOS: Nos proponemos clarificar el papel del psiquiatra en la orientación diagnóstica los pacientes geriátricos con patología psiquiátrica.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal en una muestra de 550 pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) durante el año 2014. De esta muestra rescatamos aquellos pacientes mayores o igual de 65 años o aquellos que independientemente de la edad tengan un diagnóstico de deterioro cognitivo (n= 56).

RESULTADOS: El motivo de ingreso más frecuente son las alteraciones conductuales (40% aproximadamente), seguido de intentos autolíticos (14%). De estos pacientes, el 21,4% tenían antecedentes previos de atención por Neurología. Valoramos si durante el ingreso se realiza un despistaje de patología orgánica. A un 85,74% se le solicita analítica general; a un 62,5% pruebas de imagen cerebral y a un 12,5% test neurocognitivos. Al alta se recoge el diagnóstico de demencia en el 12,5% y de deterioro cognitivo inespecífico en el 28,57%. A un 37,5% se le recomienda realizar seguimiento ambulatorio por Neurología frente a un 92,85% en Salud Mental.

Otros autores

Elisa Llamas López, MIR Psiquiatría
Ana Isabel, Florido Puerto, MIR Psiquiatría
María Isabel Ridruejo López, MIR Psiquiatría
Irene Pans Molina, MIR Psiquiatría
Jorge Banda Moruno, MIR Psiquiatría

- **160121 PO Estudio descriptivo de la población psicogeriatrica que ingresa en la UHSM del Hospital Virgen Macarena.**

Autor principal

Sergio González Garrido, Médico Psiquiatra, H.U.V. Macarena, Sevilla

MÉTODO: Para nuestro estudio descriptivo hemos extraído de los más de 700 ingresos hospitalarios en el año 2014 en nuestra unidad de hospitalización de Salud Mental a los pertenecientes a la población psicogeriatrica. Definimos dicha población de interés como el conjunto de los pacientes con más 65 años de edad a los que le sumamos aquellos con diagnóstico de deterioro cognitivo (sin incluir a los pacientes con psicosis defectual o déficit intelectual), obteniendo así una muestra con N=56 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.

RESULTADOS: Se estudiaron las siguientes variables sociodemográficas: género, edad y ámbito de procedencia (rural/urbano) obteniendo como paciente prototipo mujer de 66,8 años procedente de área rural. Un porcentaje importante de los pacientes estudiados realizaba seguimiento en consultas externas de Salud Mental con orientación diagnóstica de episodio depresivo (23%) seguidos de otra no desdeñable cantidad con diagnóstico de trastor-

no afectivo bipolar (17,86%). El motivo de consulta más frecuente fueron las alteraciones de conducta (33,93% de los casos), seguido de los intentos autolíticos (14,28%). La estancia media en días de ingreso en la población psicogeriatrica superó en un 15% a la de la muestra global de pacientes ingresados en el año 2014 presentando una tasa de reingresos similar (37-39% de las altas).

Otros autores

Celia Muñoz Cauqui, MIR Psiquiatría
María Riesgo Arias, MIR Psiquiatría
María Isabel Del Pilar Ridruejo López, MIR Psiquiatría
Miguel Zacarías Pérez Sosa, MIR Psiquiatría
Elisa Llamas López, MIR Psiquiatría

- **160121 PO Paliperidone palmitate versus atypical long-acting antipsychotics for acutely relapsed chronic schizophrenia: an economic analysis.**

Autor principal

Ignacio Cuervo-Arango, Janssen-Cilag, Spain, Janssen, Madrid

OBJECTIVES: Determine the cost-effectiveness of treating patients with schizophrenia in relapse with atypical LAIs from the Spanish Health System viewpoint.

METHODS: A decision tree model with a 1-year time horizon was adapted. Patients started as acutely relapsed and hospitalized. Drugs compared were paliperidone palmitate (PP-LAI), aripiprazole (ARI-LAI) and risperidone (RIS-LAI). Clinical inputs derived from literature and costs from standard lists. Outcomes of interest were symptom-free days, relapse rates and QALYs. The economic outcome was incremental cost/QALY. Sensitivity analyses (SA) included 1-way pairwise probabilistic SA.

RESULTS: Expected costs were: PPLAI 13,839€, ARI-LAI 15,701€ and RIS-LAI 18,385€. Expected QALYs were 0.6851, 0.6690, and 0.6685 respectively. PPLAI dominated all other drugs in the basecase analysis. In 1-way SA, results were not sensitive to changes in the major clinical or cost inputs. In probability SA, PP-LAI dominated ARI-LAI in 96.9% of the simulations and RIS-LAI in 92.4%. PP-LAI had the fewest hospitalizations, non-hospitalized relapses and days in relapse. Institutional costs comprised 70%, 74% and 67% of the total costs for PP-LAI, ARI-LAI and RIS-LAI, respectively.

CONCLUSIONS: PP-LAI dominated all other LAIs in cost-utility and cost-effectiveness analyses. PP-LAI should be the preferred choice for treating chronic schizophrenia in Spain

Otros autores

Thomas Einarson
Kristel van Impe

- **160121 PO Predicción de la prescripción de psicofármacos en ancianos con síndrome catatónico.**

Autor principal

Pau Camell Galí, MIR Psiquiatría, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat

RESUMEN: La catatonia presenta una alta prevalencia en pacientes ingresados en una unidad de agudos de psiquiatría. Las benzodiacepinas (BZD) son el tratamiento de elección siendo el uso de antipsicóticos (ATP) controvertido. Nuestro objetivo es ver si la presencia de síntomas catatónicos durante un ingreso en una unidad de predice mayor prescripción de benzodiacepinas y menor de antipsicóticos al alta y si las dosis equivalentes de ambos tratamientos son mayores en pacientes con catatonia.

Estudio longitudinal con n=106, pacientes > 65 años que ingresaron durante un año en la unidad de agudos de psiquiatría del PSSJD, evaluados con

la MINI para confirmar el diagnóstico clínico y con la BFCRS para evaluar síntomas de catatonía (cat). Se observa tratamiento al alta y se realiza equivalencia de dosis entre benzodicepinas y entre antipsicóticos. Se realiza análisis Chi-Cuadrado para variables categóricas y T-Student para comparación de medias (M).

RESULTADOS: OR cat*BZD=1,53 [0,70-3,30] p=0,29, OR cat*ATP=1,24 [0,53-2,93] p=0,62, M ATP y cat=11,7/M ATP sin cat=13,6 p=0,54, M BZD y cat=1,9/M BZD sin cat=1,2 p=0,12

CONCLUSIÓN: Resultados no estadísticamente significativos. Se tiende a 1,5 veces más probabilidades que un paciente con catatonía acabe con prescripción de BZD al alta respecto a uno sin catatonía y 1,24 veces más probabilidades respecto a los ATP. Los catatónicos tienden a presentar una dosis equivalente mayor de BZD y menor de ATP respecto a los no catatónicos.

Otros autores

Luisa Baladón Higuera, Médico Psiquiatra

Jorge Cuevas Esteban, Médico Psiquiatra

• 160122 PO Uso de recursos y sobrecoste asociados a la anosognosia en la enfermedad de Alzheimer.

Autor principal

Oriol Turró Garriga, Psicólogo, Institut d'Assistència Sanitària/ Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IAS-IdIBGi), Salt. Girona

RESUMEN: El objetivo de este estudio transversal fue analizar la asociación entre la presencia de anosognosia y el coste del uso de recursos socio-sanitarios (RSS) por parte de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) no institucionalizados.

Los RSS evaluados fueron los talleres de memoria, los centros de día (CD) y los servicios de atención domiciliaria (SAD). El coste se calculó a través del precio medio de mercado. La anosognosia se evaluó con el Anosognosia Questionnaire – Dementia. Se ajustó un modelo de regresión lineal con el coste como variable dependiente y con las características clínicas y socio-demográficas, junto a la presencia de anosognosia, como variables independientes. Participaron 221 pacientes con EA, 47,3% de los cuales en fase leve. El 54,3% de los pacientes presentaba anosognosia. El 30,5% usaban SAD, el 25,1% asistían a CD y el 17,0% a talleres de memoria. El coste medio del uso de RSS fue de 389,6€/mes ($\pm 268,7$; rango = €25-1.005,02), siendo mayor en los casos con anosognosia (441,4 vs. 312,3; p=0,002). En el modelo de regresión ajustado ($r^2=0,213$), la anosognosia explicó el 9,2% de la varianza total del coste, la gravedad de la demencia el 8,8% y la presencia de un único cuidador el 1,5%.

La presencia de anosognosia es un factor asociado al incremento del uso de RSS representando un sobrecoste para la atención y asistencia de la EA en el entorno familiar.

Otros autores

Josep Garre Olmo, Psicólogo. Cordinador del Equipo de investigación sobre "Envejecimiento, discapacidad y salud"

Josep Lluís Conde Sala, Profesor de Psicología en la Universitat de Barcelona

• 160122 PO Caídas en pacientes psicogerítricos. ¿Un síndrome evitable en las plantas de psiquiatría?

Autor principal

Jorge Lázaro Archilla, MIR Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas G.C

RESUMEN: Las caídas son uno de los síndromes geriátricos con mayor repercusión dentro de una unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría.

Ensombrecen el pronóstico funcional, aumentan estancia media, comorbilidades y disminuyen esperanza de vida. Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo sobre las caídas que se han dado en los pacientes ingresados en la planta de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos entre 2012 y 2014, analizando factores demográficos, psicopatológicos, ambientales y farmacológicos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las diferencias por edades en las caídas, la asociación con polifarmacia así como los grupos farmacológicos y diagnósticos más prevalentes en pacientes adultos mayores que se han caído en nuestra unidad. Los datos obtenidos reflejan el escaso valor predictivo de las escalas de riesgo de caídas (sobre todo en ancianos), así como las notables diferencias en la tasa de caídas por grupo de edad. La depresión es el grupo de mayor riesgo en ancianos, no así en adultos jóvenes. A nivel farmacológico antidepresivos y antipsicóticos son los fármacos más presentes globalmente en este tipo de accidentes, siendo su uso más frecuente en ancianos (hasta el doble los antidepresivos). En conclusión, habría que revisar las herramientas de valoración de riesgo de caídas, dándole mayor peso o relevancia a variables como edad, diagnóstico depresivo o al uso de antidepresivos.

Otros autores

Inmaculada Hernández Niño, Enfermera Salud Mental

María Isabel Ramos García, Médico Psiquiatra

Cristina Diaz de la Villa, Enfermera salud mental

• 160122 PO Necesidades no cubiertas en pacientes >64 a ingresados en una unidad de agudos de psiquiatría: percepción de paciente, cuidador y profesionales sanitarios.

Autor principal

Luisa Baladón, Médico Psiquiatra, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat. Barcelona

RESUMEN: Es importante conocer las necesidades de la población para poder realizar una adecuada planificación de servicios. Las necesidades incluyen aquellas relacionadas con aspectos sociales, físicas, mentales y ambientales.

OBJETIVOS: 1.Describir las necesidades no cubiertas en pacientes > 65 años que ingresan en una unidad de agudos de psiquiatría, según paciente, cuidador y profesional sanitario. 2. Evaluar la concordancia en la valoración de necesidades entre paciente, cuidador e investigador

MÉTODOS: Diseño: Estudio transversal observacional exploratorio. Muestra: 107 pacientes, > 64 años ingresados en la UA de psiquiatría del PSSJD de Sant Boi de Llobregat (Mayo 2013- Abril 2014) Instrumentos: CANE

RESULTADOS: El número medio de necesidades no cubiertas según los pacientes fueron 2.5, según los cuidadores 3.5 y según los profesionales sanitarios 4.1 El área de información es una en la que los pacientes encuentran con mayor frecuencia necesidades no cubiertas, junto con actividades diarias. Hay mayor acuerdo entre paciente e investigador que entre paciente y cuidador.

CONCLUSIONES: En general los pacientes perciben menos necesidades que cuidadores y profesionales. La valoración de necesidades nos puede ayudar a buscar objetivos terapéuticos comunes y el desarrollo de estrategias terapéuticas colaborativas

Otros autores

Maria Rubio-Valera, Farmacéutica

Antoni Serrano-Blanco, Médico Psiquiatra

Araceli Basanta, Trabajadora Social

Jorge Cuevas Esteban, Médico Psiquiatra

• 160124 PO Los graduados

Autor principal

Sagrario Marco Orea, Médico Psiquiatra, Centro Rehabilitación Social " Santo Cristo De Los Milagros ", Huesca

RESUMEN: El término "Graduados", fue introducido por Arie y Jolley en 1982 para describir un 20% de pacientes ancianos con enfermedad mental que habían quedado ingresados en hospitales psiquiátricos tras la reforma psiquiátrica en Reino Unido en 1972. Una definición general englobaría dos grupos de pacientes, por un lado pacientes que llevaban muchos años hospitalizados y no cuentan con apoyo familiar ni recursos y por otro, un conjunto de enfermos con gran discapacidad, con o sin deterioro cognitivo que precisan cuidados especializados.

Se realiza un estudio descriptivo, longitudinal, cuantitativo en la Unidad de Psicogeriatría del CPRS "Santo Cristo de los Milagros de Huesca" con una muestra de 34 pacientes mayores de 65 años, 21 de los cuales llevan más de 20 años de relación con una institución de larga estancia.

Su objetivo es describir las características psicopatológicas, efectos secundarios extrapiramidales, comorbilidad de pacientes tratados con psicofármacos, así como las características de edad, sexo, estado civil y años de relación con la institución.

Los datos se han recogido por revisión de historias pasivas y activas, registrados en unas fichas con las variables estudiadas en el momento del ingreso y en la actualidad. Para analizar la frecuencia de las variables se ha utilizado el paquete estadístico SPSS.

Otros autores

Marta Jiménez Cortés, Médico Psiquiatra
Leticia Galan Latorre, Médico Psiquiatra

• 160126 PO DECI-Digital Environment for Cognitive Inclusion.

Autor principal

Myriel López Tatis, Médico Geriatra, Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe. Madrid

RESUMEN: Los entornos digitales y las TIC permitirán mejorar la asistencia a las personas mayores en su hogar, mediante la implementación remota de funcionalidades de monitorización y control o actuando como una "extensión" virtual de los proveedores de asistencia.

DECI es un proyecto de investigación e innovación financiado por Horizonte 2020, cuyo objetivo final es diseñar y validar modelos de negocio asistenciales que permitan mejorar la calidad de vida y el cuidado de las personas con DCL/demencia y de sus familiares. Dichos modelos serán sostenibles, escalables y adaptables a los diferentes SNS.

Para implementar este modelo de asistencia en un entorno real, se realizarán 4 proyectos piloto, involucrando sujetos en 4 países: Israel, Italia, España y Suecia, con una participación en cada centro de 100-250 personas afectadas con DCL y demencia, y en los que se evaluará la viabilidad, eficacia y los beneficios de las medidas propuestas dentro de los sistemas de salud locales. Cada piloto probará un conjunto específico de servicios: Una plataforma de gestión de asistencia sanitaria; Dispositivos y sensores que permiten 24 horas de monitorización remota tanto en el hogar como en exteriores; Apoyo digital a la tele asistencia, al estímulo cognitivo y a las actividades de rehabilitación mediante el uso de dispositivos de adquisición de datos de gestión clínica, permitiendo la planificación y coordinación a distancia de actividades de asistencia, tele asistencia y trabajo social.

Otros autores

Nicola Restifo, Project Manager and Business Consultant at Fondazione Politecnico di Milano

Leocadio Rodríguez Mañas, Profesor. Jefe de Servicio de Geriatría Hospital Universitario de Getafe

Ignacio Peinado Martínez, Innovation Manager

• 160128 PO Alteraciones del sueño en pacientes mayores de 65 años.

Autor principal

M^a del Carmen García Mahía, Médico Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones del sueño presentan elevada prevalencia en población de edad avanzada, asociadas con frecuencia a patología depresiva o ansiosa. Los trastornos del sueño en sí mismos, pueden actuar como precursores del episodio agudo, como factor de riesgo, como predictor de la evolución o síntomas residuales en procesos depresivos o ansiosos.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de alteraciones del sueño en pacientes mayores de 65 años, con sintomatología ansiosa o depresiva. Analizar la relación de los trastornos del sueño con otras variables clínicas o sociodemográficas.

MUESTRA: La muestra está constituida por 85 pacientes ambulatorios, de edad igual o superior a 65 años, que reciben tratamiento en una Unidad de Salud Mental, y han sido diagnosticados de algún tipo de trastorno de ansiedad o depresión.

MÉTODOS: Como instrumentos se utilizaron: la Escala de Depresión de Beck (punto de corte 13-14). Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton (punto de corte 10-11). Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva el estudio de la composición de la muestra, tablas de contingencia para los distintos parámetros de la Escala de Sueño de Pittsburgh y su relación con variables sociodemográficas y con los grupos diagnósticos (ansioso y depresivo). Se utilizó ANOVA para mostrar las diferencias estadísticas entre los distintos trastornos psiquiátricos.

Otros autores

Francisco Javier Vicente Alba, Médico Psiquiatra

• 160128 PO Sintomatología depresiva en una muestra de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia.

Autor principal

M^a del Carmen García Mahía, Psiquiatra, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

INTRODUCCIÓN: Estudios previos señalan la dificultad de diagnosticar correctamente la sintomatología depresiva en el paciente esquizofrénico, y su influencia en la evolución de los pacientes que presentan ambos síndromes, dificultando la adherencia terapéutica y empeorando el pronóstico de quienes lo padecen.

OBJETIVOS:

1. Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de Esquizofrenia. 2. Analizar la relación de la sintomatología depresiva con otras variables sociodemográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: La muestra está constituida por 36 pacientes institucionalizados en residencias, diagnosticados de Esquizofrenia, según los criterios CIE-10. Como instrumento se utilizó la Escala para Síndrome Positivo y Negativo (PANSS; Kay y cols, 1987), clasificando a los pacientes en subtipo positivo, negativo o mixto. Los datos de variables clínicas y sociodemográficas se obtuvieron a partir de los registros clínicos de los centros.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes es de 69.2 años (DT: 7.2). Se detecta depresión objetiva en el 30,3% de la muestra y depresión sub-

jetiva en el 59,5 %. La prevalencia de síntomas depresivos es mayor en mujeres, en pacientes no casados y en las clases sociales más desfavorecidas. Al analizar las características de la enfermedad, se detectan más síntomas depresivos en pacientes con subtipo positivo de esquizofrenia. Respecto a los años de evolución de la esquizofrenia, se detecta mayor prevalencia

Otros autores

Francisco Javier Vicente Alba, Médico Psiquiatra

• 160129 PO Importancia de las demencias en una consulta de psicogeriatría.

Autor principal

Elena Pato Rodríguez, Médico Psiquiatra, Area de Salud Mental del HVN (sespa-area viii), Langreo. Asturias

OBJETIVO: Determinar los diagnósticos de las Primeras Consultas en el CSM y valorar concordancia con diagnósticos de 5º Neurología en el subgrupo de Demencias.(SESPA AREA VIII)

MÉTODO: Estudio observacional y retrospectivo en base a Historia Clínica de Primeras consultas de Psicogeriatría (533 pacientes 65 años) durante los años 2012/2013 en el CSM del que se extrae una muestra de 75 años. Analizamos variables socio/demográficas y clínico/asistenciales (diagnóstico agrupados por categorías diagnósticas de la CIE 10 y consultas con el 5º de NRL de dicha muestra)

RESULTADOS: Pacientes de 75 años (368) Mujeres: 284 (77.2%) y Hombres: 84 (22.8%). Los diagnósticos: F00-F09: 127 (34.5%) F10-F19: 3 (0.8%) F20-29: 19 (5.2%) F30-39: 92 (25%) F40-49: 73 (19.8%) F: 50-59: 11(3.0%) F60-69: 3 (0.8%) X/Y/Z: 40 (10.9%) . Pacientes que han consultado con 5º de NRL: 170 (46.2%) de estos con DC/demencia: 64 (37.64%) Dentro de la categoría diagnóstica F00-09 consultan con 5º de NRL 72 de los cuales 42 (58.33%) comparten mismo diagnóstico (Sd. Demencial)

CONCLUSIONES: Nuestra población a estudio es mayoritariamente femenina (4mujeres/1hombre). El diagnóstico más frecuente es el de Sd. Demencial (1/3), seguidos por los Trastornos afectivos y adaptativos. Observamos un porcentaje similar de diagnóstico de Sd. Demencial en ambos Servicios (CSM y NRL)

Otros autores

German Guzmán Gutiérrez, MIR Geriatria (Sespa - Area IV)

Laura Pellitero Blanco, MIR Geriatria (Sespa - Area IV)

M Isabel González Ventura, Médico Psiquiatra

Carmen Menéndez Álvarez, Médico Psiquiatra

Secundino Sánchez Fernández, Médico Psiquiatra

CATEGORIA B: Casos Clínicos

• 151210 PO Demencia de inicio precoz. a propósito de dos casos de demencia frontotemporal.

Autor principal

Noelia Olmo López, Médico Psiquiatra, Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz

INTRODUCCIÓN: Describir las características clínicas que puedan orientar el diagnóstico de la demencia frontotemporal (DFT), así como las pruebas diagnósticas y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de dos casos clínicos de DFT mediante el análisis descriptivo longitudinal y retrospectivo de los mismos.

RESULTADOS: La edad media de los dos casos al diagnóstico fue de 55 años, presentando una demora en el diagnóstico definitivo desde el inicio de los síntomas de casi cuatro años. Los síntomas iniciales más frecuentes afectaron a las funciones ejecutivas, cambio de personalidad, desinhibición, negligencia en el autocuidado y cambio en la conducta social. En los primeros dos años desarrollaron alteración del lenguaje, siendo repetitivo e incoherente. Las pruebas complementarias generales no descubrieron ninguna enfermedad intercurrente y el SPECT fue la prueba que ayudó a confirmar el diagnóstico en los dos casos, presentando una hipoperfusión frontotemporal. El tratamiento fue sintomático, incluyendo antidepresivos, benzodiazepinas y neurolepticos.

CONCLUSIONES: La DFT afecta a menudo a personas jóvenes, ocasionando un importante impacto psicológico, económico y social, resultando imprescindible realizar el diagnóstico adecuado para optimizar las medidas terapéuticas tanto psicofarmacológicas como psicosociales. Las pruebas de neuroimagen, sobre todo, el SPECT son una herramienta fundamental para confirmar el diagnóstico. El tratamiento más efectivo de la DFT es el si

Otros autores

Nazaret Marín Basallote, Médico Psiquiatra

Nieves Barreiro Galera, Trabajadora Social

Auxiliadora Brea Páez, Médico Psiquiatra

• 151210 PO Patología afectiva, toxicidad farmacológica y demencia. El reto de la comorbilidad y la complejidad en Psicogeriatría. A propósito de un caso.

Autor principal

Patricia Gracia-García, FEA Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Zaragoza, Zaragoza

ANAMNESIS: Mujer de 64 años con trastorno afectivo recurrente desde los 35, en tratamiento con antidepresivos duales y litio. Portadora de marcapasos por QT largo y síncope, que persisten; stent carótida; deterioro cognitivo y motor no filiados <2 años (MEC 29/35; Barthel 70/100; Lawton 3/8); nefropatía grave por litio. Tras retirarlo, ingresa 2 semanas en UHA Psiquiatría por episodio maniaco, se prescribe VPA y haloperidol. Reingresa en 5 días por disforia, desorganización de conducta, deterioro motor, alucinaciones visuales y clínica confusional fluctuante. El ingreso dura 66 días hasta su estabilización clínica con VPA y clozapina + tratamiento comorbilidad (hipotiroidismo, desnutrición, globo vesical) (Cumulative Illness Rating Scale 38/70). Durante último año, seguimiento ambulatorio en USM y neurología. Mantiene eutimia, pero tendencia al aislamiento, humor vacuo e irritabilidad. Destaca fluctuación de nivel de conciencia y rápida progresión del deterioro cognitivo (MEC 12/35), motor (bipedestación) y funcional (Barthel <20/100;

Lawton 0/8). Diagnóstico: Trastorno Bipolar. Demencia por Cuerpos de Lewy. Tratamiento: clozapina 100 mg/d, VPA 1500 mg/d, rivastigmina 9,5 mg/d + T. Ocupacional (Centro Día) + Trabajo Social AFDA. **DISCUSIÓN:** Dada la complejidad de los casos psicogerítricos, determinada en parte por la comorbilidad, la coordinación entre los profesionales implicados y los diferentes recursos asistenciales es necesaria para una atención y gestión más eficaz.

Otros autores

Concepción de la Cámara, FEA Psiquiatría
Pedrosa Armenteros, MIR Psiquiatría
Beatriz Agudo, MIR Psiquiatría
Ricardo Campos, Jefe Sección- UHA- Psiquiatría
Valero Pérez-Camo, Jefe Servicio Psiquiatría

• 160111 PO Alucinosis Talámica, a propósito de un caso.

Autor principal

Margarita Guerrero Jiménez, MIR Psiquiatría, Hospital Santa Ana, Motril, Granada

Varón de 66 años que ingresa en nefrología por Insuficiencia renal grado 3. No tenía antecedentes psiquiátricos previos pero hacía un año había presentado un infarto cerebral talámico evidenciado como una lesión de 4mm en TAC. Tras resolverse el cuadro y realizar las pruebas de imagen pertinentes (TAC, RMN, ECO-DOPPLER-TSA...) el paciente verbaliza que hacía doce meses comenzó a ver imágenes de la vida cotidiana que poco a poco fue descubriendo que no eran reales: "veía a mi propio hijo en la cocina de la casa comiéndose un bocadillo y no entendía por qué no me ofrecía comer con él". Se trataba de imágenes vividas, con movimiento y en la que los sujetos hablaban, como si fuesen reales. Al principio se enfadaba, eran su hijo, su mujer... ¿Por qué no le hacían caso? Con el tiempo aprendió a diferenciarlas de la realidad: aquellos personajes cuando hablaban y actuaban no le miraban, no le hablaban a él, era como si ellos no tuviesen en cuenta que él estaba allí. Las alucinaciones ocurrían durante el día y la noche y no se asociaban con alteraciones del sueño, agitación ni con déficit en la visión. Atención, memoria, lenguaje y cognición estaban intactos (MMSE 30/30). No las había verbalizado antes "por miedo a que le tomasen por loco". No existían alteraciones de tipo ansioso ni del ánimo, tampoco en los instintos. Al carecer ya repercusión emocional se optó por un tratamiento conservador, explicando al paciente la naturaleza de éstos fenómenos.

Otros autores

Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, MIR Psiquiatría
Alberto Vela de Toro, Médico

• 160117 PO El abuelo que quería saltar por la ventana.

Autor principal

Alejandro Porras Segovia, MIR Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

MOTIVO DE CONSULTA: Agitación e ideas autolíticas en paciente de 81 años.

ANAMNESIS: Se trata de un varón de 81 años, casado y con dos hijos, sin antecedentes psiquiátricos de interés. Desde hace tres semanas, presenta un cuadro progresivo de decaimiento, alteraciones conductuales y cambios en su carácter habitual, que han ido en aumento hasta el día de hoy, cuando ha comenzado a insultar a su familia y ha amenazado con tirarse por la ventana. A la exploración está consciente, desorientado en tiempo y espacio, con gran inquietud psicomotriz y lenguaje incoherente. Presenta lateralización de la

marcha, intenso temblor distal y dismetría. A su llegada a urgencias, ha sido valorado por un médico general, que no ha cursado ningún tipo de prueba complementaria. Sospechamos que el paciente presenta un cuadro de origen orgánico, por lo que instamos al médico general de urgencias a ampliar su estudio y realizar las pruebas complementarias pertinentes, incluyendo TAC craneal. Tras horas de espera, el TAC revela la presencia de un tumor cerebral. El paciente es ingresado en Neurología.

Pruebas complementarias: TAC craneal sin contraste: Hallazgos compatibles con Glioblastoma multiforme.

JUICIO CLÍNICO: Tumor cerebral primario (Glioblastoma multiforme).

TRATAMIENTO: Medidas paliativas.

EVOLUCIÓN: El paciente es trasladado a la sala de cuidados paliativos, donde permanece ingresado en la actualidad.

Otros autores

Lidia Aguado Bailón, MIR Psiquiatría
Pilar Calvo Rivero, MIR Psiquiatría
Cristina García Román, Psiquiatra

• 160119 PO Intoxicación por litio, una complicación enmascarada.

Autor principal

Carmen Pascual Calatayud, MIR Psiquiatría, Hospital Arnau De Vilanova-Lliria, Valencia

RESUMEN: La intoxicación por litio es un cuadro poco frecuente que puede llegar a producir graves complicaciones orgánicas con gran letalidad, incluso precisando ingreso en cuidados intensivos y hemodiálisis urgente.

CASO CLÍNICO: Mujer de 63 años institucionalizada desde hace 5 años que ingresa por posible intoxicación por litio. AP: Dislipemia, ACV en 2007 con ataxia secundaria. Apendicectomizada. Tratamiento: AAS, Atorvastatina, Ácido fólico, Quetiapina 500mg/d, Lamotrigina 200mg/d y Litio 600mg/12h. A.Psiquiátricos: T. bipolar mixto (desde 1996) controlado por neuropsiquiatra. Dos ingresos en psiquiatría, por ideación autolítica e ideación delirante de perjuicio. La paciente acude a urgencias por aparición reciente de temblor fino en miembros superiores e inferiores tanto en reposo como en movimiento, asociando disartria. En urgencias, destaca disartria y ligera ataxia, y en la analítica destaca creatinina de 1.6 y litemia de 4 mmol/l. Se ingresa en medicina interna y posteriormente tras forzar diuresis y seguir con cifras elevadas de litemia, se ingresa en UCI con posterior tratamiento con hemodiálisis. Disminuye la litemia, desapareciendo la clínica. Al alta se retira el tratamiento con litio.

CONCLUSIONES: En la literatura se describe la posible neurotoxicidad y nefrotoxicidad que puede llegar a producir el litio aún con dosis en rango terapéutico, como sucede en el caso presentado, señalando la importancia de controles ambulatorios incluidos pacientes institucionalizados.

Otros autores

Rocío Roselló Miranda, MIR Psiquiatría
Jorge Martínez Salvador, MIR Psiquiatría
Elisa Ibañez Soriano, MIR Psiquiatría
Neus Frances Sanjuan
Jose Manuel García Valls, MIR Psiquiatría

• 160120 PO Mariposas hipnapómpicas.

Autor principal

Maria Pilar Calvo Rivera, MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Granada

RESUMEN: Antecedentes personales y familiares: Varón de 74 años, casado, padre de dos hijas. Jubilado. No presenta antecedentes psiquiátricos previos. Hipertenso y con artrosis. Niega hábitos tóxicos. Tío paterno con depresión. Enfermedad actual: Paciente que acude remitido desde médico de Atención Primaria por cuadro de alucinaciones visuales de un mes de evolución. El cuadro consiste en visualizar pequeños animales (hormigas, mariposas...) que inicialmente se producía al despertar del sueño (alucinaciones hipnagógicas). Presenta además ánimo bajo y despistes frecuentes. Se indica tratamiento con 20 gotas de haloperidol por la noche. Tres meses después, acude a urgencias por cuadro de heteroagresividad. La familia refiere que en estos meses se ha producido un importante deterioro a nivel cognitivo, afectación de la marcha y cambio de carácter. Exploración psicopatológica: consciente, desorientado en tiempo y espacio y escasamente colaborador. Atención disminuida. Muestra temblor de reposo y rigidez generalizada. Importante afectación cognitiva y de la función ejecutiva. Humor disfórico. Bradipsiquia y bradilalia. No alteraciones en contenido ni forma del pensamiento. Alucinaciones visuales recurrentes. Excesiva somnolencia diurna. Pruebas complementarias: TAC craneal: atrofia cortical difusa. Analítica general: normal. Diagnóstico: Demencia por cuerpos de Lewy (G31.8) Diagnóstico diferencial: demencia vascular, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, psicosis tóxica.

Otros autores

Alejandro Porras Segovia, MIR Psiquiatría
Lidia Aguado Bailón, MIR Psiquiatría

• 160121 PO Consecuencias de un mal control de los trastornos de conducta en pacientes con demencia.

Autor principal

Maria Asenjo Cambra, MIR Geriatria
Datos Laborales, Hospital Universitario de Getafe. Madrid

RESUMEN: Mujer de 70 a. Institucionalizada. Probable Demencia tipo Alzheimer Severa GDS 6/7, DABVD. Intenso vagabundeo. MAP indica haloperidol gotas (5-5-10), sin mejoría tras 40 días y al que se añade posteriormente bruxismo. Acude a Neurología, retira haloperidol e inicia memantina 20/24 h, mirtazapina 15/24 h y quetiapina 25/12 h. Tras 5 meses sin mejora acude a Urgencias por Delirium Hiperactivo, se añade olanzapina 5/12 h. En el mes siguiente, 3 visitas a Urgencias por caídas de repetición que generan ingreso en Geriatria por TCE. Al alta acude de nuevo a Urgencias con contractura cervical por lo que añaden diazepam 5/12 h y enantyum 25/8 h. Tornó a los 7 días, adicionando tranxilium 5/12 h e ibuprofeno 600/8 h. Volvió a Urgencias, se solicitó PIC a Geriatria para valoración de paciente con caídas de repetición, vagabundeo, agitación psicomotriz, bruxismo y contractura cervical. Se retiró progresivamente diazepam, clorazepato dipotásico, mirtazapina y olanzapina. Además se sustituyó enantyum e ibuprofeno por paracetamol alternando con metamizol, parches de lidocaína y medidas físicas locales. Se añadió pregabalina y mantuvo quetiapina. Mejoría del cuadro tras los ajustes.

CONCLUSIONES: el mal control de los trastornos de conducta en Demencia es frecuente; conlleva un aumento de visitas a Urgencias, la consiguiente polifarmacia, ingresos hospitalarios, sobrecarga familiar y aumento de costes sanitarios. Una adecuada formación psicogeriatrica puede optimizar estos aspectos.

Otros autores

María Angeles Caballero Mora, MIR Geriatria
Myriam Valdés Aragonés, MIR Geriatria
Beatriz Contreras Escamez, MIR Geriatria
Jesús Peco Torres, MIR Geriatria
Luis María García Santos, Médico Psiquiatra

• 160121 PO Encuadre cuando nada cuadra.

Autor principal

Lidia Aguado Bailón, MIR Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada

RESUMEN: Nuestra paciente es una mujer de 75 años, viuda, 3 hijos, vive sola desde hace 6 años. Desde hace dos semanas, presenta conductas extrañas como desnudarse en su domicilio y expresa ideas de perjuicio y aliañamiento. Consciente, con orientación relativamente bien conservada aunque fluctuante. Inhibición psicomotriz importante, casi mutista. Fascies hierática. Con frecuencia se ve en el pasillo en actitud vigilante, sola, de pie e inmóvil, delante de la puerta de su habitación. Afecto aplanado. Niega trastornos del humor, ideación delirante, ni actividad alucinatoria, pero presenta un comportamiento algo desorganizado y una actitud suspicaz. Antecedentes psiquiátricos: episodio depresivo postparto hace 46 años que precisó un ingreso y TEC, hasta recuperación completa y hace 6 años episodio similar más breve y menos intenso tras una mala noticia. Desde entonces parece que presenta un cuadro de características distímicas. Se presenta un cuadro de algoritmo diagnóstico diferencial entre: 1) Síndrome depresivo grave con síntomas psicóticos, 2) Esquizofrenia paranoide episódica con defecto estable, 3) Esquizofrenia catatónica, 4) Trastorno disociativo, 5) Deterioro cognitivo, 5) Enfermedad orgánica (hipotiroidismo, parkinson...). Pruebas complementarias: MiniMental, analítica general con serología luética, bioquímica y hormonas tiroideas, SPECT, TAC, RMN, Test de supresión de Dexametasona, EEG.

Otros autores

Pilar Calvo Rivera, MIR psiquiatría
Alejandro Porras Segovia, MIR psiquiatría

• 160121 PO Psicosis en el anciano, diagnóstico diferencial.

Autor principal

Lidia Aguado Bailón, MIR Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Granada, Unidad de Hospitalización de Salud Mental del H. Clínico de Granada

ANTECEDENTES Y MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 72 años, presenta en el último mes, cuadro de alteraciones de conducta graves y agresividad secundarias a descompensación psicótica. Diagnóstico de esquizofrenia paranoide de 32 años de evolución, nula conciencia de enfermedad y negativa a seguir tratamiento.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: Consciente, bien orientada, sin datos clínicos de deterioro cognitivo. En primer plano, trama delirante de perjuicio junto a otros contenidos místico-religiosos. Además, pseudoalucinaciones auditivas imperativas y fenómenos de lectura y difusión del pensamiento. Actitud recelosa y suspicaz, disfórica y muy irritable, nula conciencia de enfermedad, escasa sintomatología negativa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. Demencia tipo Alzheimer 2. Trastornos afectivos 3. Delirium 4. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO: Ingreso Involuntario Urgente, se pauta paliperidona oral 9 mg, mejorando rápidamente el contacto, sueño e irritabilidad, sin efectos secundarios reseñables, pero mantenía activa la clínica psicótica. Se inició adicionalmente palmitato de paliperidona 100 mg, con una paulatina mejoría, encapsulándose la clínica delirante-alucinatoria, sin repercusión en sus emociones o conducta y se gestionó su traslado a un dispositivo residencial. Actualmente estable y con adecuado seguimiento y tratamiento.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AL ALTA:

(F20.04) Esquizofrenia paranoide con remisión incompleta.

Otros autores

Jesús García Jiménez, FEA de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Torrecárdenas, Almería

Marisol Álvarez Fernández, EIR de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Granada

• **160121 PO SD de Ekbom manifestación Inicial. En la enfermedad de Alzheimer.**

Autor principal

M^oCristina Pardo Bustamante, Médico Geriatra, Hospital Sant Andreu, Manresa, Barcelona

RESUMEN: Varón de 71 años con antecedentes: HTA, DM2, cardiopatía isquémica, úlcus gástrico, neoplasia prostática, y sd. depresivo, consulta por pérdidas leves de memoria. Autónomo para actividades básicas e instrumentales, MEC: 31/35. TAC craneal y analítica normales, estudio neuropsicológico compatible con deterioro cognitivo leve fronto-subcortical (DCL), se diagnóstica de DCL. Inicia delirio de parasitación: insectos voladores se le introducen en genitales, boca, brazos, MEC:28/35. Se inicia olanzapina 5 mgr y se incrementa hasta los 15 mgr con control de la clínica. Se constatan otros trastornos de conducta: compra compulsiva, insomnio, irritabilidad... precisa supervisión para las AVID y AVB, iniciamos topamax i quetiapina, se diagnóstica de demencia tipo Alzheimer con componente vascular, iniciamos donepezilo. En última visita (20/1/2016): deterioro funcional, precisa ayuda para AVD, apatía, somnolencia diurna, insomnio, desorientación, alucinaciones visuales. MEC:26/35. Paciente diagnosticado de DCL, que presenta como primera manifestación de la enfermedad de Alzheimer además de las quejas subjetivas de memoria un delirio dermatozoico, este ha aparecido de forma concomitante al ligero empeoramiento cognitivo y ha precisado de altas dosis de neurolepticos para control. El diagnóstico diferencial se realizó entre delirio en paciente con trastorno psiquiátrico de base (sd.depresivo) con DCL y delirio secundario a deterioro cognitivo incipiente de perfil degenerativo.

Otros autores

Joan Catena Mir, Médico Geriatra

Beatriz Martínez Luis, Médico Geriatra

Dolors Cubí Montanyà, Médico Geriatra

• **160122 PO Pequeños hombres sobre la mesa, síndrome de Charles Bonnet.**

Autor principal

Beatriz Martínez Luis, Médico Geriatra, Hospital Sant Andreu, Manresa, Barcelona

RESUMEN: Hombre de 86 años que se visita en la Unidad Ambulatoria de Demencias para control de síntomas psicóticos en forma de alucinaciones visuales sin déficit de memoria significativo. Como antecedentes médicos: HTA, DM2, cardiopatía isquémica crónica, retinopatía diabética, disminución grave de la agudeza visual (degeneración macular bilateral). El paciente describe alucinaciones visuales en forma de personas de pequeño tamaño sobre la mesa y en movimiento; idea organizada, criticada y que explica como real sin causarle excesivo grado de inquietud. El cuadro ha empeorado coincidiendo con una mayor pérdida de visión que le ocasiona un incremento del riesgo de caída por tropezos en domicilio y le interfiere todas las ABVD. El TAC craneal muestra una atrofia cortico-subcortical y la evaluación NPS describe un patrón de perfil subcortical con alteración de la memoria episódica y ejecutiva; manteniéndose orientado en persona y parcialmente en espacio y tiempo. El paciente continua empeorando mostrándose más inquieto y agitado, por lo que se decide ingreso en la Unidad de psicogeriatría. Finalmente

mejora con risperidona 2 mg/d e inicia programa de psicoestimulación. El SCB es una enfermedad rara cuyos síntomas principales son alucinaciones visuales complejas en pacientes con importante deterioro de la visión y estado cognitivo conservado en muchos casos. Es fundamental conocer este síndrome para mejorar la asistencia sanitaria evitando errores diagnósticos y tratamientos innecesarios.

Otros autores

Joan Catena, Mir Geriatra

M^o Cristina Pardo Bustamante, Médico Geriatra

Dolors Cubí Montanyà, Médico Geriatra

• **160122 PO USo de nalmefeno en un anciano con dependencia alcohólica.**

Autor principal

Noelia Olmo López, Médico Psiquiatra, Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz

RESUMEN: Se ha visto que el consumo de alcohol está relacionado con la activación del sistema de recompensa, por tanto si se contrarrestan los efectos reforzantes del mismo se reduce el consumo de alcohol al modular las funciones del sistema cortico-mesolímbico cerebral. Nalmefeno es un opioide endógeno con indicación en la dependencia alcohólica, que ha demostrado disminuir el deseo de consumo alcohólico.

Hemos querido presentar un caso clínico tratado en Diciembre del 2015 de un paciente de 70 años que ingresa en la Unidad de Salud Hospitalaria, del Hospital Punta Europa tras ingesta medicamentosa con finalidad autolítica en contexto de una depresión mayor de meses de evolución asociada a un trastorno de dependencia alcohólica no diagnosticada de más de 10 años de evolución.

Al ingreso se detecta un síndrome de abstinencia alcohólica el cual es tratado. Tras una semana de ingreso y acompañando al tratamiento farmacológico técnicas de entrevista motivacional, existe mejoría de la sintomatología depresiva, pautándose al alta Nalmefeno. Tras valoración al mes se observó un descenso del deseo de consumo sin aparición de efectos secundarios.

Podemos por tanto concluir, que Nalmefeno es un fármaco eficaz para reducir el consumo de alcohol y lo podemos plantear como una primera opción terapéutica en población psicogeriatrica que asocia sintomatología afectiva asociada al abuso del alcohol por su buen perfil de tolerabilidad y escasos efectos secundarios.

Otros autores

Francisca Téllez Joya, Médico de Familia

Auxiliadora Brea Páez, Médico Psiquiatra

• **160127 PO Ingesta alimentaria nocturna en el anciano: ¿de qué estamos hablando?**

Autor principal

Jean Carlo Heredia Pons, MIR Geriatría, Hospital Santa Creu, Tortosa, Tarragona

INTRODUCCIÓN: el Trastorno del despertar del sueño (TDS) NREM con ingestión de alimentos es una parasomnia con episodios recurrentes de ingestión durante el sueño nocturno.

CASO CLÍNICO: PRIMERA VISITA: hombre, 84 años, exfumador. Antecedentes: Ictus isquémico en ACMI (2010), infartos lacunares. Síndrome depresivo crónico. Deterioro cognitivo leve (2013).

Tratamiento: paroxetina 20mg, trazodona 100mg, triflusal, lormetazepam 2mg, alprazolam y diazepam, doxilamina 25mg, aquilea, valdispert a de-

manda. laxantes.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS: Lawton 2, MEC 26, Yesavage 2, Barthel 100. Deterioro cognitivo cortico-subcortical vascular GSD4, no IACES por bradicardia. Insomnio crónico mal controlado. Sueño fraccionado, se levanta por la noche a comer. Automedicación incontrolada con sedantes. Se pauta mirtazapina 15mg, trazodona 50mg, distraneurine y quetiapina 25mg, se suspenden otros fármacos, se aconseja higiene del sueño.

VISITAS SUCESIVAS: Persiste automedicación. Aumento de la ingesta alimentaria nocturna y de peso, 2 caídas nocturnas. Amnesia parcial/completa de la ingesta. Parece estar dormido cuando se levanta a comer.

Al suspender Doxilamina, Quetiapina y Mirtazapina y pautar Citalopram 20mg, Distraneurine y Trazodona 50 mg, ha disminuido el fraccionamiento del sueño y la ingesta nocturna.

CONCLUSIONES: el diagnóstico de TDS NREM con ingestión de alimentos secundario al uso de psicofármacos es probable en este enfermo. La reducción de estos puede ser una medida para mejorarlo

Otros autores

Mariola Domínguez López, Médico Geriatra

Cristina Muñoz Romero, Médico Geriatra

Laura Castro Vélez, MIR Geriatría

Eva María Nieto Ramos, Enfermera

Esther Martínez Almazán, Geriatra

• 160111 PO Amnesia disociativa VS amnesia epiléptica transitoria secundaria a tratamiento con escitalopram

Autor principal

Margarita Guerrero Jiménez, Médico Interno Residente de Psiquiatría

RESUMEN: La mayoría de los antidepresivos inducen convulsiones en sobredosis, pero el riesgo de sufrir convulsiones a dosis terapéuticas permanece incierto.

La amnesia epiléptica transitoria (AET), se describe inicialmente como un subtipo de epilepsia del lóbulo temporal, que se relaciona de manera muy estrecha con la memoria.

Presentamos el caso de un paciente de 70 años que acude a urgencias hospitalarias porque una hora antes, cuando paseaba con su mujer "empezó a estar como ausente, con la mirada perdida. No contestaba, después desviaba la boca hacia un lado y ha hacer como si besuqueara. A los pocos minutos ha vuelto en sí y no recordaba nada".

En tratamiento con escitalopram 20 mg/día desde hacia tres meses por trastorno adaptativo a raíz de la muerte de un hijo. Su ánimo había mejorado pero presentaba desorientación espacial frecuente olvidos y lentitud motora. La exploración neurológica, constantes vitales, ECG, analítica y TAC craneal resultaron sin alteraciones significativas, también la RMN y angio-RMN. EEG (con fotoestimulación y privación del sueño) no paroxismos ni signos irritativos ni de focalidad. Durante las 72hrs de estancia no se evidencian más crisis. En la evaluación neuropsicológica encuentran hallazgos que no se explican solo por la presencia del trastorno adaptativo ya resuelto.

Desde la retirada de escitalopram no vuelve a presentar la clínica descrita.

Otros autores

Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, Médico Interno Residente de Psiquiatría

Braulio Girela Serrano, MIR Psiquiatría

XXII Reunión de la SEGP

De la investigación
a la sociedad,
centrados en la persona

www.tarragona2016.sepg.es

Secretaría técnica:



MASS+ (Gomis, 34 E-08023 Barcelona
Tel 931 596 200 / secretaria@massconsultoria.com)

SEPG



Sociedad Española de
Psicogeriatría
www.sepg.es

Máster en psicogeriatría
2016-2018

Diplomatura
2016-2017

Máster y Diplomatura de Postgrado en **PSICOGERIATRIA**

Información: www.masterpsicogeriatria.com



Hermanas
Hospitalarias
HOSPITAL SAGRAT COR



Universitat Autònoma de Barcelona