

Psicogeriatría



Psicogeriatría

Noviembre 2024

Volumen 14, suplemento 1

ISSN (edición digital): 2013-1860

www.revistapsicogeriatria.com

 evidenze

XXI Congreso de la Sociedad Española de Psicogeriatría

**Envejecimiento y salud mental;
un desafío para la sociedad**

Zaragoza, 14-16 de noviembre de 2024



Sociedad Española
de Psicogeriatría

ISSN (edición digital): 2013-1860

Evidenze
Evidenze Health SLU

Ptge. Ferrer i Vidal, 8. 08005 Barcelona
Tel. +34 933 511 615
Fax +34 933 496 341
www.evidenze.com

Impresa en UE por IG Galileo SA,
sobre papel libre de ácido.

Psicogeriatría

Director

Jorge Cuevas

Subdirector

Jorge Pla Vidal

Directores de Área

Neurociencia

Jorge Cervilla, *Granada*

Trastornos Afectivos

Luis Agüera, *Madrid*

Neuropsicogeriatría

Javier Olivera, *Huesca*

Carmelo Pelegrín, *Huesca*

Trastornos Cognitivos

Manuel Martín, *Pamplona*

Psicosis

Ángel Moríñigo, *Sevilla*

Ansiedad y Trastornos de Personalidad

M. Dolores Franco, *Sevilla*

Asistencia y Organización de Servicios

Raimundo Mateos, *Santiago*

Comité Editorial Editorial Board

Psiquiatría

Julio Bobes, *Oviedo*

Antonio Bulbena, *Barcelona*

Lola Claver, *Madrid*

Pilar de Aspiazú, *Barcelona*

Inmaculada de la Serna, *Madrid*

Manuel Franco, *Zamora*

Antonio Lobo, *Zaragoza*

Jesús Monforte, *Zamora*

Ricardo Osorio, *Madrid*

Tomás Palomo, *Madrid*

Francisco Pérez Crespo, *Murcia*

Joaquín Pujol, *Barcelona*

Isabel Ramos, *Madrid*

Pedro Roy, *Barcelona*

Jerónimo Sáiz, *Madrid*

Mikel Urretavizcaya, *Barcelona*

Julio Vallejo, *Barcelona*

Joan Vilalta, *Girona*

Neurología

Carmen Antúnez, *Murcia*

Félix Bermejo, *Madrid*

Mercè Boada, *Barcelona*

Secundino López-Pousa, *Girona*

Pablo Martínez, *Madrid*

Pablo Martínez-Lage, *Barcelona*

Javier Olazarán, *Madrid*

Geriatría

Alfonso Cruz, *Madrid*

Pedro Gil, *Madrid*

Leocadio Rodríguez, *Madrid*

Isidoro Ruipérez, *Madrid*

José Luis Tobaruela, *Madrid*

Medicina de Familia

Araceli Garrido, *Madrid*

Carmen Montón, *Zaragoza*

Esther Tapias, *Madrid*

Neuropsicología

Olga Bruna, *Barcelona*

Sara Fernández, *Zaragoza*

Maite Garolera, *Barcelona*

Javier Tirapu, *Pamplona*

Comité Internacional

Daisy Acosta, *Sto. Domingo (R. Dominicana)*

Georg Adler, *Mannheim (Alemania)*

Ricardo Allegri, *Buenos Aires (Argentina)*

João Barreto, *Oporto (Portugal)*

Germán Berrios, *Cambridge (Reino Unido)*

Vincent Camus, *Tours (Francia)*

Jean Pierre Clément, *Limoges (Francia)*

Luis Cortez, *Lisboa (Portugal)*

Horacio Firmino, *Coimbra (Portugal)*

Thiery 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 2024, Sociedad Española de
Psicogeriatría (SEPG) y Evidenze Health 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 Evidenze Health se hacen responsable de los contenidos y las opiniones de sus colaboradores en los artículos publicados, ni se identifican forzosamente con la opinión de los mismos.

Publicación semestral.

Esta publicación se puede visitar *online* en
www.vrevistapsicogeriatría.com

Protección de datos

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

**XXI CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE PSICOGERIATRÍA**

**14–16 NOVIEMBRE 2024
ZARAGOZA**

COMITÉ DE HONOR

D. Manuel Corbera Almajano

Ilmo. Sr. Director General de Salud Mental del Gobierno de Aragón

D. Ramón Boria Avellanas

Ilmo. Sr. Director General de Asistencia Sanitaria y Planificación del Gobierno de Aragón

D^a Ana Castillo

Directora Gerente del Servicio Aragonés de Salud

D. Máximo Ariza Lázaro

Director General de Mayores, Instituto Aragonés de Servicios Sociales

D. José Luis Rodrigo Escrig

Director General de Fundación Ibercaja

Dr. Manel Sánchez Pérez

Presidente de la SEPG

COMITÉ ORGANIZADOR

Patricia Gracia García

Psiquiatra en Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), Zaragoza. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud en la Universidad de Zaragoza. Vocal Junta Sociedad Española Psicogeriatría (SEPG)

Jorge Cuevas Esteban

Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. Profesor Asociado Médico en la Universidad Autónoma de Barcelona. Vocal Junta SEPG

Anna Catalan Martínez

Psiquiatra en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Vocal Junta SEPG

Beatriz Villagrasa Blasco

Psiquiatra en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Miembro SEPG

Concepción de la Cámara Izquierdo

Psiquiatra en Hospital Clínico Lozano Blesa (HCLB), Zaragoza. Profesor Asociado Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

Jaime Domper Tornil

Psiquiatra en HUMS, Zaragoza

Rosa Molina Ruiz

Psiquiatra en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. Miembro SEPG

Raquel Rodríguez Herrero

Geriatra en HUMS, Zaragoza. Miembro de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)

Sergio Ciria Villar

Psiquiatra en HUMS, Zaragoza

Olalla Frade Pedrosa

Psiquiatra en HUMS, Zaragoza

David Vaquero Puyuelo

Psiquiatra en HCLB, Zaragoza

Ana Goñi Navarro

Psiquiatra en HCLB, Zaragoza

COMITÉ CIENTÍFICO

Manuel Sánchez Pérez

Coordinador de la Unidad de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Sagrat Cor de Martorell, Barcelona. Profesor Asociado de la UAB. Presidente de la SEPG

Javier Olivera Pueyo

Jefe de sección en el Servicio de Psiquiatría del Hospital San Jorge, Huesca. Vicepresidente de la SEPG

Jorge Pla Vidal

Psiquiatra en la Clínica Universitaria de Navarra. Profesor Asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Tesorero de la SEPG

Agueda Rojo Pantoja

Responsable de la Unidad de Psicogeriatría del Complejo Hospitalario de Vigo. Secretaria de la SEPG

M. Dolores Franco Fernández

Psiquiatra en el Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla. Profesora titular de la Universidad de Sevilla. Vocal de la SEPG

Jorge Lázaro Archilla

Psiquiatra en el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Vocal de la SEPG

Antonio Miguel Carrión Sánchez

Psiquiatra. Vocal de la Junta Directiva SEPG

Carmelo Pelegrín Valero

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Jorge, Huesca

PRESENTACIÓN

XXI Reunión de la SEPG. Envejecimiento y Salud Mental; un desafío para la sociedad.

La Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) y el comité organizador de su XXI Congreso tiene el honor de recibirles este año en la ciudad de Zaragoza.

Este año queremos exponer los diferentes retos que la sociedad afronta en relación con la salud mental de los mayores, porque el envejecimiento es una realidad tanto a nivel individual como poblacional. Los mayores tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales (por la concurrencia de factores físicos, psicológicos y sociales). Además, las personas mayores con enfermedad mental son doblemente vulnerables. Es urgente que construyamos entre todos una base sólida de asistencia sanitaria y social que permita afrontar este desafío, que ya no podemos emplazar en el futuro.

Contamos con ponentes de primer nivel, con representación nacional e internacional y de diferentes disciplinas, para hablar de las situaciones clínicas más complejas en esta población, de sus necesidades reales, de los retos legales que supone la pérdida de capacidad, de los riesgos y oportunidades de la institucionalización, etc.

Creemos que es una excelente oportunidad para actualizar nuestros conocimientos y reflexionar juntos, con objetivo de construir una sociedad que potencie la salud mental de todos, los mayores de hoy, sus familias y los mayores de mañana.

Gracias a todos los colaboradores y asistentes.

Patricia Gracia García

En representación del Comité Organizador

PROGRAMA

Jueves, 14 de noviembre

9:00 -15:00 CURSO PRECONGRESO - Salón Rioja.

Presentan:

Patricia Gracia García. Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Carmelo Pelegrín. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital San Jorge, Huesca

9:00 -12:00 EVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LAS EXPRESIONES CONDUCTUALES EN PERSONAS CON TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS. *

Dr. Atul Sunny Luthra. Medical director, program for older adults, Homewood Health Centre. Research Scientist, SCHLEGEL's Research institute in Aging. University of Waterloo. Ontario, Canada.

(*en inglés, sin traducción)

12:00 -12:30 Descanso

12:30 -14:00 RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA

Demencia de aparición temprana

Eugenia Marta. Neuróloga, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Demencia asociada a los trastornos de uso de sustancias

Javier Navarro, Psicólogo Clínico, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Demencia en las personas con Trastorno Mental Grave

Águeda Rojo. Psiquiatra, Responsable Unidad Psicogeriatría, Complejo Hospitalario de Vigo.

14:00 -14:15 Descanso

14:15 -15:15 FENOMENOLOGÍA DEL CUERPO EN LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL ADULTO MAYOR

Jose Luis Día Sahún. Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

17:15 - 17:45 Salón Rioja - Acto inaugural

17:45 -19:00 Salón Rioja - CONFERENCIA INAUGURAL:

Presenta:

Manuel Franco Martín. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora. Profesor Titular en la Universidad de Salamanca. Expresidente de la SEPG.

El desafío de la investigación en psicogeriatría: una mirada al pasado, al presente y al futuro.

Prof. Antonio Lobo. Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Zaragoza.

19:00 - 20:30 COCKTAIL DE BIENVENIDA

Viernes, 15 de noviembre 2024

9:00 -10:30 Salón Aragón - Taller 1. Enfermedad mental en los very old.

Anna Catalan Martínez. Psiquiatra, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Pilar de Azpiazu Artigas. Psiquiatra, excoordinadora área psicogeriatría CASM Bennito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

9:00 -10:30 Salón Rioja - Taller 2. Actualización catatonía en ancianos y exploración de los síntomas catatónicos mediante la escala BFCRS-SV

David Sanagustín Bosqued. Psiquiatra, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Francesc Serrat. Neuropsicólogo, Hospital de Palamós, Girona.

Jorge Cuevas Esteban. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.

9:00 -10:30 Espacio EXPLORA - Taller 3. Counselling como Atención Centrada en la Persona y terapias de validación con personas mayores residentes.

Pablo S Posse Pérez. Psicólogo, Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid.

10:30 -11:00 Pausa café

11:00 12:30 Salón Rioja- DEPRESIÓN EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA: REALIDAD Y FUTURO

Modera:

Concepción de la Cámara. Psiquiatra, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Fisiopatología de la Depresión en Personas de Edad Avanzada.

Carmen Moreno Menguiano. Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Móstoles, Madrid.

Novedades Terapéuticas en Depresión, ¿funcionan en los adultos mayores?

Jorge Pla Vidal. Psiquiatra, Clínica Universitaria de Navarra, Madrid.

Guía Terapéutica para el manejo de la Depresión en Personas de Edad Avanzada

Eduardo Delgado Parada. Psiquiatra y geriatra, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

11:00 - 12:30 Salón Aragón- RETOS SOCIALES EN PSICOGERIATRÍA

Modera:

Manuel Martín Carrasco. Psiquiatra. Presidente del Patronato de FIDMAG. Expresidente de la SEPG y de la SEPSM.

La Deconstrucción del Edadismo con el fin de potenciar un envejecimiento pleno, inclusivo y empoderado.

Judit Pont Boix. Doctora en Psicología Social. Consultora y docente universitaria sobre procesos psico-sociales del envejecimiento, Barcelona.

Cooperación e integración sociosanitaria en psicogeriatría: reto, necesidad o utopía.

César Rodríguez Castelló. Psicogeriatra (Reino Unido). Miembro del Comité de Expertos de FEVAFA.

Necesidades percibidas por cuidadores de personas con demencia y propuestas de futuro.

Mónica Sanchez Buil. Trabajadora Social. Alzheimer Aragón.

12:30 -13:30 Salón Aragón. SESIÓN PLENARIA

Presenta:

Raimundo Mateos Álvarez. Psiquiatra, jefe unidad de psicogeriatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Profesor Titular en USC. Expresidente de la SEPG y de la IPA.

Hearing loss and dementia.*

Prof. Tom Dening. Professor of Dementia Research, University of Nottingham, UK.

(*en inglés, sin traducción)

13:30 -14:15 Salón Rioja - Simposio-taller. Novedades terapéuticas en trastornos del sueño.

Rosa Molina. Psiquiatra, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

15:30 -17:00 Salón Rioja- REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Modera:

Antonio Miguel Carrión. Psiquiatra (Ceuta).

Ancianos con trastorno adaptativo en la interconsulta de psicogeriatría.

Jorge López Álvarez. Psiquiatra, Hospital Universitario de Badajoz.

Trastorno de Estrés Post Traumático en mayores: diagnóstico.

Roberto Sunkel Maldonado. Jefe unidad de psicogeriatría, Instituto Nacional de Geriatria de Chile.

Trastorno de Estrés Post Traumático en mayores: tratamiento.

Bernardo J Barra Cañas. Psicogeriatra. Clínica Universidad de los Andes, Chile.

15:30 - 17:00 Salón Aragón- RETOS LEGALES EN PSICOGERIATRÍA.

Modera:

M^a Dolores Franco Fernández. Psiquiatra, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. Profesora Titular en la Universidad de Sevilla.

Capacidad de testar: antes y después de la Ley 8/2021, de 2 de junio.

Romina Santillán Santa Cruz. Profesora de Derecho Civil, Universidad de Zaragoza.

Persona mayor y vulnerabilidad testamentaria.

Aurelio Barrio Gallardo. Profesor de Derecho Civil, Universidad de Zaragoza.

El peritaje psiquiátrico en la impugnación testamentaria.

Javier Ramón Jarne. Psiquiatra, Zaragoza.

17:00 - 17:30 Pausa Café

17:30 -19:00 Salón Rioja - TRASTORNO POR ACUMULACIÓN EN MAYORES

Modera:

Manuel Sánchez. Psiquiatra, coordinador unidad psiquiatría geriátrica, Hospital Sagrat Cor de Martorell, Barcelona. Presidente de la SEPG.

Conductas de acumulación en la práctica clínica.

David Córcoles. Psiquiatra, Hospital del Mar, Barcelona.

Síndrome de Noé y trastorno por acumulación en animales.

Jaume Fatjó. Cátedra de antrozoología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Conductas de acumulación en Demencia Fronto-Temporal (DFT).

Javier Olivera. Psiquiatra, jefe de sección en Hospital San Jorge, Huesca.

17:30 -19:00 Salón Aragón - INVESTIGACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

Moderada:

Jorge Cuevas. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Envejecimiento activo en mayores con un trastorno mental severo: papel de la actividad y el ejercicio.

Ana Ibáñez. Psiquiatra, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Investigación en nutrición, salud mental y longevidad.

Eva Garnica. Psiquiatra, Hospital de Zamudio, Bizkaia.

Psicosis en la demencia como diana de investigación y tratamiento.

Luis Agüera. Psiquiatra, Jefe de Sección de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Expresidente de la SEPG.

19:00 - 20:30 Salón Rioja - ASAMBLEA DE SOCIOS SEPG

Sábado, 16 de noviembre 2024

9:00 -10:30 Salón Rioja- PSQUIATRÍA GERIÁTRICA DE ENLACE

Moderada:

Cristina Pujol Riera. Psiquiatra en GGZ Delfland e investigadora en I3PT Sabadell, Barcelona.

Estudio OLD3. Características de los usuarios mayores de 65 años interconsultados en 11 hospitales españoles.

Leire Narvaiza. Psiquiatra y geriatra, Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Delirium. Atención a la inatención. A propósito del estudio OLD3.

Eduardo Delgado Parada. Psiquiatra y geriatra, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Prevalencia soledad en pacientes mayores de 65 años atendidos por Unidades de Psiquiatría de Enlace.

Beatriz Villagrasa. Psiquiatra, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

10:30 -11:00 - Pausa café

11:00 -12:30 - Salón Rioja- RETOS y OPORTUNIDADES EN LA INSTITUCIÓN

Moderada:

Patricia Gracia García. Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

El paciente anciano en las unidades de larga estancia de psiquiatría ¿tratamiento o aparcamiento?

Belen Sánchez Moreno. Psiquiatra, Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Guadalajara.

Valoración Geriátrica Integral en residencias

Peggy Ríos. Geriatra. Ayuntamiento de Madrid.

Retos en los cuidados frente a los nuevos modelos de vejez

Javier Yanguas. Gerontólogo. Director científico del programa de mayores de Fundación "La Caixa".

12:30 -13:30 - Salón Rioja - CONFERENCIA DE CLAUSURA:

Presenta:

Manuel Sánchez Pérez. Psiquiatra, coordinador unidad psiquiatría geriátrica, Hospital Sagrat Cor de Martorell, Barcelona. Presidente de la SEPG.

A new dementia behavioral framework paradigm.*

Dr. Atul Sunny Luthra. Medical director, program for older adults, Homewood Health Centre. Research Scientist, SCHLEGEL's Research institute in Aging. University of Waterloo. Ontario, Canada.

(*en inglés, sin traducción)

13:30 – CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS:

Premios de investigación:

- Premio en la categoría investigación.
- Premio en la categoría caso clínico.

PROGRAMA ABSTRACTS

Jueves, 14 de noviembre

9:00 -15:00 CURSO PRECONGRESO

Presentan:

Patricia Gracia García. Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Carmelo Pelegrín. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital San Jorge, Huesca

9:00 -12:00 A guide to developing individualized behavioral care plans for expressions in advanced neurocognitive disorders (ANCD) and based on the meaning ascribed to them.

Dr. Atul Sunny Luthra. Medical director, program for older adults, Homewood Health Centre. Research Scientist, SCHLEGEL's Research institute in Aging. University of Waterloo. Ontario, Canada.

Abstract:

Background. Using the meaning ascribed to individual behavioral categories to develop behavioral care plans in advanced neurocognitive disorders (ANCD).

Expressions in ANCD viewed as mode of communication and ascribing meaning to them a key next step. Existing dementia care philosophies (PIECES™, GPA™) offer general directions but fail to assist in ascribing meaning to, individual or clustering of the constellation of, varied phenotypic presentation.

Methods. First step to ascribing meaning was to posit a biopsychosocial model for the generation of expressions: existing models dichotomized along biological and psychosocial lines. The next step was classification of various phenotypic manifestations of expressions. This involved collecting 'alike' symptoms into individual categories and each represented by a title, adequately represented the symptoms therein. Five psychological theories used to justify existence of, and ascribe meaning to each behavioral category: Information Processing Theories, Motivational Theories, Emotional Regulation Theories, Developmental Theories and Theories on Compliance and Aggression. This framework, titled, LuBAIR™ Paradigm was structured in the form of an evaluative framework, both quantitative and qualitative, and presented as full day workshops, between 2017 to 2019, to frontline staff trained in existing dementia care philosophies.

Results. 92% of the attendees affirmed this paradigm's ability to offer Better assistance in "Behavior care planning". Qualitative thematic analysis: An innovative, simplified, enhanced, and comprehensive approach to understanding the reasons for the occurrence and recognition and labeling of behaviors in PwNCD. This approach offers increased insight into the understanding of "meaning" of behaviors in PwNCD.

Conclusion. Meaning ascribed to individual behavioral category, and derived from their personhood, offers a framework for developing an individualized behavioral care plan.

Reference. The Journal of Aging and Social Change: Volume 12, Issue 1, 2021.

12:30 -14:00 RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA

Demencia de aparición temprana

Eugenia Marta. Neuróloga, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La presentación trata sobre los desafíos diagnósticos de la demencia de inicio temprano (antes de los 65 años).

Método: Se revisan estudios recientes sobre la demencia de inicio temprano, analizándose las dificultades diagnósticas y la caracterización de las enfermedades más frecuentes.

Resultados: Hay mayor heterogeneidad de causas que en la demencia tardía. En pacientes con enfermedad de Alzheimer de inicio temprano son más frecuentes fenotipos clínicos atípicos, causas genéticamente determinadas y que los síntomas de inicio sean síntomas neuropsicológicos antes de síntomas cognitivos. A nivel patológico también se han detectado diferencias relevantes con respecto a las demencias de inicio tardío.

Discusión: El diagnóstico de la demencia de inicio temprano es desafiante debido a la variedad de causas, síntomas y a presentaciones de inicio con perfil neuropsicológico. Es necesaria una evaluación de los ejes neuroconductual y neurocognitivo al mismo tiempo, independientemente de por lo que consulta el paciente y de sí el primero que lo atiende es un neurólogo, médico de AP, geriatras o psiquiatras. La combinación de biomarcadores de imagen y fluidos (LCR y plasma) es fundamental para evitar diagnósticos erróneos.

Conclusiones:

El diagnóstico es un desafío por diversidad etiológica, heterogeneidad y solapamiento fenotípico junto a comorbilidad neurodegenerativa

La genética puede jugar un papel crucial

Es necesario desarrollar biomarcadores biológicos que ayuden a identificar las distintas proteinopatías

El deterioro conductual leve puede ser indicador temprano clave precediendo a los síntomas cognitivos

Hay enfermedades neurodegenerativas e inflamatorias inmuno-mediadas con fenotipos predominantemente psiquiátricos

Demencia asociada a los trastornos de uso de sustancias

Javier Navarro, Psicólogo Clínico, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Existe una clara correlación entre puntuaciones deficitarias en pruebas de rendimiento de procesos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. El uso de las mismas puede provocar alteraciones morfológicas en estructuras cerebrales (pérdida de materia gris, ensanchamiento ventricular, reducción del fluido cerebroespinal...) y efectos nocivos relacionados con la reorganización metabólica de los circuitos de conectividad sináptica (consecuencia de procesos de tolerancia, abstinencia y deshabitación). Se encuentran efectos diferenciales en relación con las distintas sustancias. Los sujetos que han abusado del alcohol y/o Cannabis muestran mayor déficit en la Memoria de Trabajo (respecto a la Memoria a Corto Plazo); este efecto no es tan patente con el consumo de cocaína. Respecto a las funciones ejecutivas, los sujetos con mayor duración en el consumo de alcohol y Cannabis presentan menor inhibición de respuestas automáticas. Además, se observa en estos consumidores una atención disminuida, necesitando más tiempo en la realización de actividades que requieren un pensamiento lógico y secuencial (sin embargo, mantienen más conservada la fluidez verbal). Con el abuso de heroína, cocaína y éxtasis las funciones cognitivas en general quedan más afectadas en menor tiempo. La exposición crónica a la cocaína induce alteraciones duraderas en los procesos mentales, especialmente en los relacionados con la corteza prefrontal y los dependientes de hipocampo, como la memoria de trabajo y el aprendizaje. Se pueden utilizar numerosas pruebas que permiten la exploración neuropsicológica de todas estas alteraciones.

Demencia en las personas con Trastorno Mental Grave

Águeda Rojo, Psiquiatra, Responsable Unidad Psicogeriatría, Complejo Hospitalario de Vigo.

Los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) padecen un evidente deterioro cognitivo previo a la irrupción de la demencia indicando diferentes mecanismos potenciales en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer (EA).

En el Trastorno bipolar (TB) la diferencia entre las capacidades cognitivas de este trastorno y las de otros trastornos cognitivos no está clara. Sin embargo existe una asociación consistente entre este trastorno y la enfermedad de Alzheimer, sugiriendo mecanismos y vías genéticas compartidas.

Asimismo las personas con esquizofrenia (ESQ) tienen cifras altas de demencia si se compara a la población general y se ha observado deterioro cognitivo 14 años previo al inicio de los síntomas psicóticos. Se describen dos tipos de pacientes mayores con ESQ, aquellos con enfermedad neurodegenerativa (END) coexistente y aquellos que no reúnen criterios patológicos para

END en las clasificaciones actuales. Es muy interesante conocer los perfiles clínicos y patológicos de estos últimos.

Hay estudios que también sugieren un fuerte vínculo entre trastornos del espectro del Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la END, pero no conocemos aún las vías etiológicas exactas que conectan con la EA.

En este curso describiremos las características distintivas de los patrones de deterioro cognitivo en el trastorno mental grave (TB, ESQ, y TOC) intentando encontrar la relación con el desarrollo de la demencia que no siempre podemos definir como END. Este conocimiento nos permitirá desarrollar intervenciones más personalizadas para la prevención del deterioro cognitivo en el TMG.

14:15 -15:15 FENOMENOLOGÍA DEL CUERPO EN LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL ADULTO MAYOR

Jose Luis Día Sahún, Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Se revisa la psicopatología – fenomenología de la corporalidad en la clínica. Repaso histórico a la obra de K. Kaspers, y expertos en la materia. Sartre, Heidegger y la relación entre la conciencia y el cuerpo. Merleau-Ponty –“fenomenología de la percepción”, la psiquiatría antropológica de Otto Door, y nuestros Ortega Gasset, Laín Entralgo: “el cuerpo y el alma”. Se describen las modalidades de la conciencia corporal en la psicopatología, desde la hipocondría, la dismorfofobia y las psicosis de base corporal. (A. Munro). Un repaso breve al análisis de la existencia, “la locura del cuerpo”, “Ser en el mundo” de Ellen West. (de L. Binswanger). Breve resumen de la “construcción de nuestra corporalidad”, el “esquema corporal”, las “cenestesias” (Dupre) y las alucinaciones de la corporalidad. Se concluye el trabajo con aportaciones desde la neurología: signo del espejo, agnosias faciales, afectación de la corporalidad, para concluir casos clínicos de “psicosis de la corporalidad”, en psicogeriatría y demencias, y formas de “esquizofrenia cenestopática”. (Huber). Tanto los trastornos graves del humor (melancolías, estados maníacos), como formas de hipocondría, depresión somática, trastornos de ansiedad y cuadros psicóticos de estupor, catatonía, adquieren en la edad tardía, en la vejez, características clínicas muy relevantes que vamos a describir.

Bibliografía en: J. L. Día, <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/> Fenomenología de la corporalidad: La conciencia corporal. j.L Día (link)

17:45 -19:00 CONFERENCIA INAUGURAL:

Presenta: **Manuel Franco Martín.** Jefe de Servicio de Psiquiatría, Complejo Asistencial de Zamora. Profesor Titular en la Universidad de Salamanca. Expresidente de la SEPG.

El desafío de la investigación en psicogeriatría: una mirada al pasado, al presente y al futuro.

Prof. Antonio Lobo. Catedrático de Psiquiatría y profesor emérito de la Universidad de Zaragoza.

En el contexto del crecimiento de la población de mayores a un ritmo hasta ahora desconocido, aquí se aborda el reto de la Psiquiatría Geriátrica para investigar, en un campo con dificultades específicas, sobre trastornos que aumentan también de modo progresivo y tienen potenciales graves consecuencias. Desde una perspectiva personal, basada en experiencias, nos centramos en el ejemplo de las demencias y los trastornos afectivos.

Desde esta perspectiva, hablaremos del "pasado" como el periodo anterior a la aparición de las revistas especializadas en los años 80. Veremos cómo en ese periodo la investigación fue limitada, pero se pusieron las bases de los estudios y conocimientos actuales. En el "presente" se ha trabajado y se sigue trabajando intensamente en epidemiología, documentando la dimensión y los factores de riesgo de los trastornos, que ha llevado a estrategias preventivas específicas cuyo éxito tendrá que ser evaluado en el "futuro". De modo similar, el conocimiento de los mecanismos cerebrales en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y no tanto en el terreno de la depresión, ha mejorado de modo espectacular; de ahí han surgido las hipótesis biológicas principales, que han estimulado una vigorosa investigación farmacológica, con resultados parciales pero un "futuro" prometedor. Y la disciplina ha investigado y sigue investigando muy activamente métodos de detección; tratamientos psicológicos y sociales; estrategias de prestación y organización de servicios; o problemas relacionados con la ética de la práctica clínica o investigadora. Ha llegado además la inteligencia artificial, con resultados ya relevantes y aún más prometedores.

Viernes, 15 de noviembre

9:00 -10:30 Salón Aragón - Taller 1. Enfermedad mental en los very old.

Anna Catalan Martínez. Psiquiatra, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Pilar de Azpiazu Artigas. Psiquiatra, excoordinadora área psicogeriatría CASM Bennito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

En España a 1 de enero de 2023 vivían 1.603.077 personas mayores de 85 años(1).

Existe una discriminación en los mayores de 65 años en los estudios o ensayos clínicos, y ésta aún es peor en los mayores de 85 años. A esto se suma la discriminación por enfermedad mental y las complicaciones para el estudio de esta población porque muchos viven solos o están institucionalizados. Los pocos estudios centrados en los llamados very-old son principalmente en relación con el deterioro cognitivo, la mayoría de los estudios son poblacionales y en la esfera neuropsicológica más que en la psicopatológica. En los estudios retrospectivos existen muchos sesgos: de supervivencia, hay sesgo para recordar síntomas, mayor influencia del estigma, dificultades para diferenciar los síntomas somáticos atribuibles a trastorno mental o trastorno físico. La consecuencia es un gran desconocimiento sobre la salud mental de los mayores.

La esquizofrenia de debut muy tardío, la depresión y su interrelación con el deterioro cognitivo, o los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias son de los temas más presentes en la psiquiatría geriátrica. Por el contrario, los trastornos ansiosos también están muy presentes en la clínica, se estima que hasta un 15 % de los mayores de 82 años(2), pero menos en la formación o investigación.

El tratamiento farmacológico puede ser eficaz y bien tolerado, se debe tener más precaución con los efectos secundarios, las interacciones farmacológicas y las comorbilidades, pero es necesario llegar a dosis terapéuticas y usar fármacos que muchas veces están fuera de ficha técnica exclusivamente por no tener estudios en esa población.

Presentaremos distintos casos de enfermedad mental en los very-old prestando atención a la aparición tardía de los trastornos mentales graves, la comorbilidad con otras enfermedades físicas, psiquiátricas, los déficits sensoriales; así como la necesidad y respuesta al tratamiento farmacológico, y no farmacológico.

1. Instituto Nacional de Estadística.

2. Weizel FD et al. Prevalence of Anxiety Symptoms and their association with loss experience in a large cohort sample of the oldest-old. Results of the AgeCoDe/AgeQualiDe Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol 10 article 285

9:00 -10:30 Salón Rioja - Taller 2. Actualización catatonía en ancianos y exploración de los síntomas catatónicos mediante la escala BFCRS-SV

David Sanagustín Bosqued. Psiquiatra, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. Profesor Asociado Médico Universitat Autònoma Barcelona.

Francesc Serrat. Neuropsicólogo, Hospital de Palamós, Girona.

Jorge Cuevas Esteban. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. Profesor Asociado Médico Universitat Autònoma Barcelona.

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anomalías motoras, conductuales y afectivas, que a menudo se subdiagnostica en la población anciana, a pesar de su importante impacto en la morbilidad y mortalidad. Esta condición puede manifestarse con características como mutismo, estupor, negativismo, rigidez y movimientos anormales, lo que complica la presentación clínica de los trastornos psiquiátricos y médicos en los adultos mayores. Dada la presentación única de la catatonía en esta población, la evaluación precisa y la intervención oportuna son esenciales para optimizar los resultados.

La Escala Bush-Francis Catatonía Rating Scale (BFCRS) se utiliza para la evaluación estandarizada de la catatonía. Sin embargo, su aplicabilidad y precisión en el diagnóstico de catatonía en los ancianos requiere una mayor investigación para garantizar su validez en este grupo etario. Este taller se centra en la comprensión de las características específicas de la catatonía en los ancianos y en la estandarización del uso de la BFCRS para mejorar la precisión diagnóstica y guiar las intervenciones terapéuticas. Se discutirán estudios recientes, estrategias para identificar signos subclínicos de catatonía, y métodos para integrar esta herramienta de evaluación en la práctica clínica cotidiana con los pacientes ancianos. A través de este enfoque, se espera mejorar la atención y los resultados en esta población vulnerable.

9:00 -10:30 Espacio EXPLORA - Taller 3. Counselling como Atención Centrada en la Persona y terapias de validación con personas mayores residentes.

Pablo S Posse Pérez. Psicólogo, Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid.

Taller experiencial teórico-práctico donde facilitar a los asistentes el trabajo introspectivo sobre las ventajas de aplicar des-

trezas comunicacionales propias del counselling en el acompañamiento de personas mayores, independientemente del rol profesional que se tenga en la intervención profesional, como una mejora en la calidad de servicio que se brinda a adultos mayores, añadiendo competencias relacionales, emocionales, éticas, espirituales, intergeneracionales y culturales, a las propias competencias técnicas de la profesión de quien se pone en disposición de dicha relación de ayuda.

Detectar estilos relacionales propios de los asistentes, que inviten a la reflexión sobre la conveniencia de la utilización de un estilo relacional empático que favorezca relaciones maduras, ayuden a afrontar situaciones conflictivas y/o favorezcan la persuasión cuando se identifiquen situaciones de afrontamiento disfuncional de sus problemáticas vivenciales en personas mayores, tanto sin como con deterioros cognitivos en sus diversas graduaciones leves, moderadas e incluso graves.

11:00 12:30 Salón Rioja- DEPRESIÓN EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA: REALIDAD Y FUTURO

Modera: **Concepción de la Cámara.** Psiquiatra, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Fisiopatología de la Depresión en Personas de Edad Avanzada.

Carmen Moreno Menguiano. Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Móstoles, Madrid. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla.

La Depresión en las Personas de Edad Avanzada (DEPEA) constituye un reto para los profesionales que atienden a los pacientes mayores. En todas las ocasiones los pacientes expresan una sintomatología que unas veces es fácil de identificar y diagnosticar, otras es el pródromo de otra enfermedad, y hay pacientes que manifiestan síntomas que no se identifican con una enfermedad depresiva, pero mejoran al tratarlos con antidepresivos. En esta ponencia se revisarán los diferentes tipos de enfermedad depresiva que padecen las personas de edad avanzada desde la perspectiva que la fisiopatología de cada uno ofrece. Los avances de los medios diagnósticos, la psicopatología o los factores de riesgo implicados componen el amplio repertorio de instrumentos con los que el profesional cuenta para mejorar el conocimiento de esta enfermedad y así poder establecer de manera más eficiente el plan de tratamiento para cada paciente.

Novedades Terapéuticas en Depresión, ¿funcionan en los adultos mayores?

Jorge Pla Vidal. Psiquiatra, Clínica Universitaria de Navarra, Madrid. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

El uso de antidepresivos en personas mayores de 60 años está extendido, con cifras cercanas a un 20 % de la población de esta

edad. Sin embargo, muchos de estos pacientes reciben dosis infraterapéuticas o durante un tiempo insuficiente. La enfermedad a esta edad tiende a presentar más recurrencias, con peor respuesta a los fármacos utilizados, y cierta tendencia a la cronicidad y la resistencia al tratamiento. La comorbilidad más frecuente en este grupo y la presencia de alteración cognitiva obliga a tenerlo en cuenta a la hora de prescribir tratamiento farmacológico. En esta ponencia pretendemos revisar, para las personas de edad avanzada, las novedades farmacológicas y no farmacológicas disponibles, la experiencia acumulada y cuestiones de la actividad clínica diaria relacionadas con obtener los mejores resultados posibles. Nuevos antidepresivos o fármacos con uso en esta indicación, antipsicóticos de segunda generación con utilidad en el tratamiento de estos pacientes, o nuevos tratamientos de estimulación cerebral, serán el objeto de la revisión que queremos realizar.

Guía Terapéutica para el manejo de la Depresión en Personas de Edad Avanzada

Eduardo Delgado Parada. Psiquiatra y geriatra, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Un buen conocimiento de la fisiopatología, las características psicopatológicas, los factores pronósticos y las tasas de respuesta, junto a los distintos tipos de tratamiento, constituyen la base para las distintas estrategias a la hora de diseñar un plan de tratamiento en la Depresión de las Personas de Edad Avanzada. Las diferentes guías hablan de la elección del tratamiento farmacológico y no-farmacológico, optimización, cambio o combinación, potenciación, duración del mismo y resistencia. En la presente ponencia pretendemos revisar la evidencia disponible desde una perspectiva clínica independiente para tratar de aportar un conocimiento que permita a los distintos especialistas aplicar las mejores decisiones que ayuden a sus pacientes con esta enfermedad.

11:00 - 12:30 Salón Aragón- RETOS SOCIALES EN PSICOGERIATRÍA

Modera: **Manuel Martín Carrasco.** Psiquiatra. Presidente del Patronato de FIDMAG. Expresidente de la SEPG y de la SEPSM.

La Deconstrucción del Edadismo con el fin de potenciar un envejecimiento pleno, inclusivo y empoderado.

Judit Pont Boix. Doctora en Psicología Social. Consultora y docente universitaria sobre procesos psico-sociales del envejecimiento, Barcelona.

En la ponencia se plantea la necesidad de tomar conciencia del edadismo impregnado en todo tipo de realidades de nuestra sociedad (incluida la atención sociosanitaria) y nos invita a una reflexión "crítica y activadora" para retarlo.

A modo introductorio, se define y revisa el concepto "Edadismo" -el cual hoy se nos presenta como un término nuevo y emergente pero que en realidad lleva años de existencia en la literatura y sigue enquistado y presente entre las diferentes generaciones actuales. Con el edadismo se ha perpetuado la discriminación por edad hacia las personas mayores, instaurándose una serie de prejuicios y estereotipos negativos asociados con la edad. Como consecuencia, se producen daños en la propia salud física y mental de las personas mayores, invisibilizándoles y negándoseles oportunidades para tener una vida longeva plena (al mismo tiempo que se fomenta una sociedad insolidaria).

Seguidamente, se identifican las formas que llega a adoptar en nuestra sociedad (desde el micro-edadismo hasta el edadismo estructural) y se "deconstruye" el concepto a partir de ejemplos reales para no solo ayudarnos a detectarlo, sino también a combatirlo -desde ejemplos "negativos" que nutren el edadismo hasta ejemplos que tienen el potencial de contribuir a invalidarlo (medidas políticas y legislativas, actividades educativas e intervenciones intergeneracionales), algunos de ellos fruto de la propia experiencia profesional.

Por último, se presenta un proyecto propio iniciado durante el año 2024 en el ámbito educativo que tiene el objetivo de contribuir a invalidar el edadismo desde una edad temprana. A modo piloto, se han realizado una serie de charlas y talleres con 50 alumnos de primaria de 7 y 8 años de edad en una escuela de la provincia de Barcelona. En cada intervención, se les hace partícipes y agentes de cambio fomentándose la interiorización de elementos positivos del proceso de envejecer. Cada alumno identifica una serie de herramientas que le permite desafiar el edadismo instaurado en nuestra sociedad, y, en la que se reconoce el envejecimiento como parte natural del ciclo de la vida e incluso el llegar a ser "viejo-a" pueda convertirse en un referente aspiracional para cada uno-a -más allá de posibles pérdidas y limitaciones asociadas al envejecimiento.

Tal deconstrucción del edadismo nos plantea la necesidad de tomar responsabilidad tanto a nivel personal, profesional como colectivo y permitimos crear oportunidades con el fin de moldear y vivir un envejecimiento pleno, inclusivo y que respete la diversidad. En definitiva, poder dar paso a una sociedad abierta a todas las edades y realidades individuales (en la que cada persona pueda vivir en sintonía con su propia esencia y proyecto vital, al mismo tiempo que se sienta empoderada).

Cooperación e integración sociosanitaria en psicogeriatría: reto, necesidad o utopía.

César Rodríguez Castelló. Psicogeriatra (Reino Unido). Miembro del Comité de Expertos de FEVAFA.

Para introducir mi ponencia, hablaré de la evidencia recopilada en los últimos años de los beneficios de la coordinación e integración sociosanitaria tanto para los sistemas de salud como

para los individuos que los utilizan (OMS 2018) sobretudo para personas mayores y aquellas con patologías complejas y crónicas. También han sido muchas las publicaciones internacionales y nacionales que hacen hincapié en la necesidad de tal cooperación. Entre ellas cabe destacar la "Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad, 2016) y el "Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)" (Ministerio de Sanidad 2019).

¿Cómo pasar entonces de esta necesidad que se está convirtiendo en un reto a algo tangible a nivel asistencial sin que se quede en una simple utopía? Describiré los ingredientes necesarios desde mi experiencia clínica, de dirección médica y como asesor médico nacional de demencias para el gobierno de Escocia, en sistemas sociosanitarios integrados en psicogeriatría, las diferencias entre coordinación e integración; tanto dentro de Sanidad como con Servicios Sociales y relevantes ONGs.

¿Podemos, sin embargo, extrapolar las bases de la cooperación e integración sociosanitaria en psicogeriatría de un contexto tan diferente como son los servicios en Escocia a lo que podemos encontrar en España? Presentaré un proyecto incipiente de apoyo post-diagnóstico para personas con demencia y sus familiares en un área de salud en la Comunidad Valenciana (la cual, muy convenientemente, este año estrena la "Oficina para la integración y coordinación sociosanitaria" dentro de la Consellería de Sanitat).

Necesidades percibidas por cuidadores de personas con demencia y propuestas de futuro.

Mónica Sánchez Buil. Trabajadora Social. Alzheimer Aragón.

Como portavoz en esta ponencia de Alzheimer Aragón me gustaría hacer una introducción de las asociaciones, su trabajo y evolución ante las nuevas necesidades y retos de futuro.

Es necesaria una comprensión profunda de las necesidades que surgen a lo largo del proceso de la enfermedad, una enfermedad progresiva, degenerativa y con un elevado índice de discapacidad y dependencia. Enfermedad que afecta no solo a la persona diagnosticada sino también a sus familias.

Por lo tanto el apoyo a las personas cuidadoras, la atención integral y personalizada a través de la elaboración de planes individuales de intervención, el adecuado acceso a los servicios y recursos, la educación en el entorno más cercano y en la comunidad pero sobre todo la necesidad de un diagnóstico temprano que permita un abordaje específico desde todos los aspectos de la enfermedad son las principales necesidades detectadas.

Por lo tanto los retos para el futuro hacen necesario un estrecho trabajo de colaboración y coordinación con profesionales y servicios sociales y sanitarios para la prevención y detección precoz de la enfermedad, con recursos cada vez más específicos.

Es necesario un compromiso por parte de las administraciones para que desarrollen sistemas de financiación que respalden el trabajo de las asociaciones y que elaboren políticas que pongan en el centro de la atención a las personas afectadas y a sus familias cuidadoras.

12:30 -13:30 Salón Aragón. SESIÓN PLENARIA

Presenta: **Raimundo Mateos Álvarez.** Psiquiatra, jefe unidad de psicogeriatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Profesor Titular en USC. Expresidente de la SEPG y de la IPA.

Hearing loss and dementia.

Prof. Tom Dening. Professor of Dementia Research, University of Nottingham, UK.

Recent evidence suggests that hearing loss (HL) from middle age is an important potentially modifiable risk factor for dementia. There are various possible mechanisms; e.g. effects of increased cognitive load and sensory deprivation upon brain function and structure, or possible common causes like vascular disease. There may also be spurious associations from over-diagnosis of cognitive impairment among people with HL or vice versa (presumption that people with cognitive impairment are hearing-impaired). Thus, stating that HL causes dementia may be not wholly justified.

Can hearing interventions can prevent dementia? Most studies find lower rates of dementia in people with HL who wear hearing aids (HAs) versus those who do not. However, most studies are observational, so there may be other differences between HA users and non-users. The only large trial had mixed results, so the evidence is currently inconclusive.

The risk factor and prevention agenda has dominated recent dementia and HL research, but nonetheless many people will develop either or both conditions. Therefore, clinical aspects such as detection of cognitive impairment in audiology and hearing loss in memory assessment remain important, along with support and care of people with both conditions. Care home residents are likely to have both dementia and HL, and therefore more research about good practice in this area is needed.

This presentation ends by considering the development of a research agenda for dementia and hearing loss research, to put forward the most pressing questions for future attention.

13:30 -14:15 Salón Rioja- Simposio-taller. Novedades terapéuticas en trastornos del sueño.

Rosa Molina. Psiquiatra, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

El insomnio afecta a una gran parte de la población, y su prevalencia es notablemente alta en las personas mayores con un

impacto significativo de los trastornos del sueño en su salud y calidad de vida. El insomnio, en particular, puede llevar a una serie de problemas de salud física y mental, incluyendo depresión, ansiedad, enfermedades cardiovasculares y un deterioro en el rendimiento cognitivo y funcional y plantea un auténtico desafío a nivel de las personas mayores.

Sin embargo es común considerar el insomnio como un efecto inevitable del envejecimiento lo que ha llevado a que se le reste importancia, dejando de lado un aspecto crítico de la salud de las personas mayores. Estudiar el sueño debería ser una prioridad en la tercera edad, así como conocer las alternativas terapéuticas y novedades en su tratamiento

Tradicionalmente, se han utilizado benzodiazepinas y medicamentos no benzodiazepínicos como algunos antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos. Sin embargo, estos tratamientos no específicos, tienen limitaciones, incluyendo riesgo de dependencia (benzodiazepinas) y efectos secundarios adversos que además aumentan con la edad.

La introducción de nuevas moléculas como el daridorexant, un antagonista dual del receptor de orexina (DORA), representa un avance importante. Los DORA actúan bloqueando las orexinas, neurotransmisores que promueven la vigilia, ofreciendo varias ventajas: actúan de manera más precisa sobre las vías que regulan el sueño, mejorando la inducción y el mantenimiento del sueño; presentan un menor potencial de dependencia y abuso, menor potencial de sedación diurna y menos efectos secundarios.

En resumen, actualizarnos en los nuevos avances del tratamiento del insomnio es crucial para conocer las alternativas más específicas, eficaces y seguras disponibles en el mercado en que nos permitan mejorar y personalizar el tratamiento.

15:30 -17:00 Salón Rioja- REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Modera: **Antonio Miguel Carrión**. Psiquiatra (Ceuta).

Ancianos con trastorno adaptativo en la interconsulta de psicogeriatría

Jorge López Álvarez. Psiquiatra. Hospital Universitario de Badajoz.

Begoña Zamora Banegas. Psiquiatra. Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Sonia Álvarez Sesmero. Psiquiatra. Hospital Universitario Doce de Octubre.

Introducción: El trastorno adaptativo era un diagnóstico de descarte. Su reconceptualización abrió nuevas perspectivas

clínicas, pero ha sido poco estudiado en ancianos. Este trabajo pretende mostrar el estado de la cuestión en el subgrupo de ancianos hospitalizados por causas médico-quirúrgicas agudas, una población en riesgo de desarrollar procesos desadaptativos.

Materiales y métodos: Revisión bibliográfica y estudio descriptivo retrospectivo de revisión de historias clínicas de ancianos ingresados en plantas médico-quirúrgicas de un hospital terciario con petición de interconsulta psiquiátrica y diagnóstico de trastorno adaptativo, así como su curso durante un año. Se valoró atención previa al ingreso, manejo clínico y seguimiento posterior.

Resultados: 123 pacientes ancianos recibieron diagnóstico de trastorno adaptativo. El 75,9% recibieron tratamiento farmacológico y solo el 22,8% fueron derivados a Psicología. El 13,8% fueron éxitos durante el ingreso. Al alta solo el 50% de los pacientes fueron derivados a Salud Mental. El 72,6% precisaron un nuevo ingreso hospitalario y, de éstos, el 16,6% recibieron un incremento en la dosis de psicofármacos.

Conclusiones: Los trastornos adaptativos son diagnósticos frecuentes en población anciana hospitalizada por causas médico-quirúrgicas. A pesar de que los profesionales las consideran entidades menores y benignas y de que no existen datos que sustenten el tratamiento farmacológico, el empleo de psicofármacos con escaso o nulo seguimiento clínico es generalizado, obviando que la evolución puede ser tórpida y que en una población anciana pluripatológica y polimedicada el uso de psicofármacos puede ser nocivo. Por ello, el campo de los trastornos adaptativos en los ancianos requiere estudios más en profundidad.

Trastorno de Estrés Post Traumático en mayores: diagnóstico.

Roberto Sunkel Maldonado. Jefe unidad de psicogeriatría, Instituto Nacional de Geriatria de Chile.

La prevalencia de TEPT en mayores es de 2.5% con cifras menores que en otros grupos a pesar de que un 90% han estado expuestos al menos a un evento traumático. Esto podría explicarse por factores protectores como la resiliencia, crecimiento post traumático, estrategias de afrontamiento, sentido de coherencia y factores socio culturales.

Existen distintos cursos de este trastorno, siendo el fluctuante el más frecuente. Además, se señalan aquellos sujetos que no presentaron síntomas, los que se recuperaron, los crónicos y los de inicio tardío.

Se describen diversos factores de riesgo de TEPT en mayores. Los primeros son los relacionados al trauma como el efecto acumulativo, la centralidad del evento, la temporalidad y el tipo.

Por otra parte, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, médica, soledad y bajo apoyo social.

Existen particularidades en el perfil sintomático, predominado las quejas somáticas, menor severidad de los síntomas, más fenómenos de reexperimentación/intrusión e hiperactivación. Por el contrario, los síntomas evitativos tienden a ser menores que en jóvenes.

El TEPT se asocia a mayor mortalidad, menor calidad de vida, riesgo de fragilidad y presencia o empeoramiento de patologías médicas y neurológicas (demencia). En lo psiquiátrico, 3/5 podrían presentar cuadros como depresión y trastorno por uso de sustancias, además mayores tasas de suicidio.

Fuera de la evidencia señalada se pretende comprender desde una perspectiva de curso de vida el desarrollo e impacto de los factores protectores y de riesgo en esta patología que permitan el desarrollo de abordajes efectivos.

Trastorno de Estrés Post Traumático en mayores: tratamiento.

Bernardo J Barra Cañas. Psicogeriatra. Clínica Universidad de los Andes, Chile.

El trastorno de estrés post traumático (TEPT) y su tratamiento en las personas mayores requiere de una mayor atención que la que ha recibido hasta ahora. La prevalencia del TEPT en personas mayores es menor que la de adultos más jóvenes (6.5% versus 8-10%), fenómeno que tendría relación con el estigma del trauma, la poca claridad de su presentación clínica (en ancianos), la frecuente presentación de síntomas psicológicos en forma de quejas somáticas, y la negación a aceptar una vivencia como traumática que experimentan las personas mayores. La interpretación errónea de los síntomas del trauma, y por ende la falta de consulta a los servicios de salud mental por parte de las personas mayores, lleva a que estos sean infradiagnosticados y por ende sub-tratados, o bien lleva a realizar tratamientos inadecuados en este grupo etario.

Pese a la escasa literatura enfocada en el TEPT en personas mayores, el abordaje y tratamiento que ha demostrado una mayor evidencia científica es la complementariedad entre el manejo farmacológico y el psicoterapéutico. Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores de la recaptación de serotonina (particularmente fluoxetina y sertralina) y los inhibidores de la recaptación de norepinefrina (especialmente Venlafaxina) son los que más eficacia han arrojado. Con respecto al manejo psicoterapéutico tendrían mayor evidencia a su favor, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), la terapia de procesamiento cognitivo y la terapia de exposición prolongada, todas ellas centradas en el trauma. Cabe señalar que el uso de benzodicepinas en personas mayores

con TEPT ha demostrado disminuir el nivel de eficacia de las diferentes psicoterapias antes mencionadas.

Las enfermedades médicas y psiquiátricas comórbidas al TEPT en personas mayores tendrían un rol importante en la respuesta al tratamiento, habiéndose evidenciado una peor respuesta a éste cuando están presentes, lo que nos indica la importancia que sean tratadas y estabilizadas en forma paralela al tratamiento específico del TEPT.

Es evidente que es necesario seguir realizando más investigación en este campo, centrándose específicamente en personas de 65 o más años, con el fin de entender mejor la presentación clínica del TEPT, y por ende poder realizar un rápido diagnóstico y un eficaz tratamiento psicológico y farmacológico.

15:30 - 17:00 Salón Aragón- RETOS LEGALES EN PSICOGERIATRÍA.

Moderadora: **M^a Dolores Franco Fernández.** Psiquiatra, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. Profesora Titular en la Universidad de Sevilla.

Capacidad de testar: antes y después de la Ley 8/2021, de 2 de junio.

Romina Santillán Santa Cruz. Profesora de Derecho Civil, Universidad de Zaragoza.

Persona mayor y vulnerabilidad testamentaria.

Aurelio Barrio Gallardo. Profesor de Derecho Civil, Universidad de Zaragoza.

La vejez en España es un fenómeno social en auge; resulta significativo el número de personas mayores que viven solas en su domicilio o en una residencia de la tercera edad. Esta situación en la que el anciano -cuyas facultades cognitivas ha ido doblando el tiempo- se siente más vulnerable y, también, más expuesto a recibir presiones y sugerencias, es el caldo de cultivo para una impugnación judicial. Se plantea aquí el conflicto entre la familia desapegada, que aguarda pacientemente el momento de heredar, y quienes le han dispensado las atenciones precisas en la última etapa de la vida y, en correspondencia, esperan ver-se recompensados recibiendo algún beneficio testamentario.

El cambio de parecer en el último momento al ordenar la sucesión bajo ciertas circunstancias sospechosas bien ha podido ser un pretexto para esgrimir la doctrina de la influencia indebida, importada de un sistema jurídico foráneo como es el angloamericano, y que, como tal, no tiene acomodo en el Derecho español, más allá, quizá, de lograr acreditar una captación fraudulenta de la voluntad (art. 673 CC).

El legislador, consciente de ello, y de forma más ajustada a nuestra tradición jurídica, tras la Ley 8/2021, de 2 de junio, ha incorporado una nueva incapacidad relativa para suceder que

afecta, en esencia, a las personas que están a cargo de la persona mayor mientras no sean parientes con derechos legales en su sucesión e impone, como vehículo necesario para favorecer a los cuidadores asistenciales, el testamento abierto notarial (art. 753 CC).

El peritaje psiquiátrico en la impugnación testamentaria.

Javier Ramón Jarne. Psiquiatra, Zaragoza.

La vejez es una época de la vida en la que se suelen producir determinados actos civiles con una repercusión importante, como el otorgar testamento. El envejecimiento conduce a menudo a un deterioro orgánico y psíquico, y a un aumento de la vulnerabilidad que condiciona la autonomía. La relación con los dispositivos sanitarios se incrementa. Los mayores suponen el 41,9% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas. Más de la mitad de todas las estancias se debe a una población de 65 y más años, que genera más de la mitad de interconsultas psiquiátricas. Una de las razones más frecuentes (entre el 3 y el 25%) por las que nuestros colegas médicos solicitan una interconsulta psiquiátrica es para tratar la cuestión de la capacidad para tomar una decisión con respecto al tratamiento. Aproximadamente el 25% de los pacientes adultos hospitalizados en medicina de adultos carecen de la capacidad para la toma de decisiones médicas. Algunos estudios revelan que a menudo los médicos fracasan en reconocer la incapacidad entre sus pacientes, identificándola en sólo el 42% de los casos. El aumento de las impugnaciones tiene que ver con que allí donde hasta los médicos pueden equivocarse en reconocer la incapacidad, qué no podrá hacer un notario sin la preparación técnica médica necesaria. Aunque son capacidades distintas (rechazar un tratamiento y otorgar un testamento), ambas tienen en común la integridad de las funciones ejecutivas el equilibrio afectivo y la voluntad preservada y libre. La evaluación de la capacidad de testar por sus repercusiones legales y financieras exige la investigación y propuesta de un protocolo que minimice el creciente número de impugnaciones.

17:30 -19:00 Salón Rioja - TRASTORNO POR ACUMULACIÓN EN MAYORES

Modera: **Manuel Sánchez.** Psiquiatra, coordinador unidad psiquiatría geriátrica, Hospital Sagrat Cor de Martorell, Barcelona. Presidente de la SEPG.

Conductas de acumulación en la práctica clínica.

David Córcoles. Psiquiatra, Hospital del Mar, Barcelona.

La acumulación de objetos es un síntoma que puede estar presente en multitud de patologías, como la esquizofrenia, la depresión, el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo entre otras enfermedades. Con la aparición del DSM 5, se añade además una entidad independiente que se denomina Trastorno de

Acumulación, en el que la acumulación y el vínculo emocional a los objetos son los síntomas principales. Un diagnóstico diferencial adecuado será fundamental ya que determinará qué intervenciones realizar.

En la práctica clínica, el retraso en la detección de la acumulación es la norma, siendo habitual que sea en personas mayores de 60-65 años. Cuando la gravedad de la acumulación es clínicamente relevante, las complicaciones están prácticamente siempre presentes y aumentan en frecuencia con la edad del paciente. La falta de conciencia de enfermedad y de problema son muy frecuentes y hacen que la colaboración sea muy baja en la mayor parte de los casos. Además, la ausencia de protocolos de intervención hace que el manejo sea muchas veces muy complejo y se acabe cronificando la situación.

Varias estrategias podrían acortar el tiempo hasta la resolución. Por un lado, las visitas en domicilio parecen mejorar tanto la detección como el tratamiento posterior. Y, por otro lado, centralizar los casos en equipos de intervención multidisciplinarios con personal propio, elevada autonomía en la gestión de recursos, el uso de la entrevista motivacional y establecer una relación de colaboración mutua con el paciente podría disminuir el tiempo hasta la resolución.

Síndrome de Noé y trastorno por acumulación en animales.

Jaume Fatjó. Cátedra de antrozoología, Universidad Autónoma de Barcelona.

El síndrome de acumulación de animales se incluye en el DSM-V dentro de la categoría de trastornos de acumulación. La acumulación de animales debe cumplir tres criterios para ser considerada disfuncional: 1) la presencia de un gran número de animales bajo la tutela de una sola unidad familiar, 2) el fracaso de los cuidadores en proporcionar a los animales los estándares mínimos de alimentación, entorno y atención médica, y 3) la incapacidad de la persona para reconocer los efectos negativos de ese cuidado negligente en el bienestar del animal. Los animales afectados suelen presentar una condición corporal pobre, problemas de salud y alteraciones del comportamiento. El síndrome de acumulación de animales es una descripción fenomenológica que no aborda los mecanismos psicológicos subyacentes, los cuales parecen ser muy diversos y requieren mayor investigación. Aunque puede observarse en diferentes momentos de la vida, es frecuente en personas mayores. Muchas de ellas se encuentran aisladas y/o en situación de exclusión social. Los factores externos desencadenantes incluyen experiencias traumáticas, condiciones ambientales desfavorables y la falta de apoyo social. Algunos autores consideran que la acumulación de animales es un ejemplo de altruismo patológico. Sin el apoyo adecuado, la tasa de reincidencia tras la retirada de los animales es elevadísima. No obstante, el marco

médico-legal para la intervención en casos de acumulación de animales es considerado inadecuado por los expertos. La falta de conciencia del paciente y la hostilidad hacia las autoridades hacen que el manejo a largo plazo de la situación sea extremadamente difícil.

Conductas de acumulación en Demencia Fronto-Temporal (DFT).

Javier Olivera. Psiquiatra, jefe de sección en Hospital San Jorge, Huesca.

El síndrome de acumulación aparece en la clasificación DSM-5 definido como "la dificultad persistente para descartar bienes, independientemente de su valor real". En este síndrome los objetos pueden resultar de cierta utilidad y representan un valor simbólico y emocional para los que los acumulan. En el denominado síndrome de Diógenes las personas, extremadamente hurañas, suelen vivir recluidas, acumulan basura y objetos aparentemente inservibles y pueden suponer también un importante problema de autoabandono y de salubridad (1). Se calcula que la incidencia estimada de estos trastornos es alrededor del 0,4 – 0,5 por 1000 habitantes/año.

El síndrome de Diógenes se ha observado en pacientes con demencia (3). Estas conductas negligentes sugieren una afectación en el lóbulo frontal, cuyas funciones se relacionan con la cognición social, el insight y las funciones ejecutivas. En este sentido se han publicado trabajos con casos de pacientes que presentan síndrome de Diógenes en el contexto de una demencia frontotemporal (4).

Se presentan tres casos propios que son atendidos en consulta de Psicogeriatría, dos mujeres y un hombre, de 72, 77 y 81 años de edad, que debutaron con conductas de acumulación compatibles con síndrome de Diógenes y en los que posteriormente aparecieron otros síntomas relacionados con afectación de los lóbulos frontales. Las exploraciones neuropsicológicas con afectación cognitiva ejecutiva y conductual frontal, así como la neuroimagen (RMN y SPECT), que mostró afectación en las regiones predominantemente frontales, sugieren el diagnóstico probable de Demencia Fronto-temporal (DFT). Por tanto, el diagnóstico del síndrome de Diógenes de nueva aparición debe suponer una alerta para el diagnóstico temprano de la DFT.

Bibliografía

1. Lavigne B, Hamdan M, Faure B, Merville H, Pareaud M, Tallen E et al. Syndrome de Diogène and Hoarding disorder: une même entité? *L'Encéphale*. 2016; 42: 421 – 425.

2. Trovato D, Finn BC, Bruetman JE, Young P. Síndrome de Diógenes. *Fronteras en Medicina*. 2019; 14(4): 199 – 202.

3. Cipriani G, Lucetti C, Vedovello M, Nuti A. Diogenes syndrome in patients suffering from dementia. *Dialgues Clin Neurosci*. 2012; 14(4) 455 – 460.

4. Finney CM, Mendez MF. Diogenes Syndrome in Frontotemporal Dementia. *Am J Alzheimer Dis Other Dem*. 2017; 32(7): 438 – 443.

17:30 -19:00 Salón Aragón - INVESTIGACIÓN EN PSICOGERIATRÍA

Modera: **Jorge Cuevas.** Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Envejecimiento activo en mayores con un trastorno mental severo: papel de la actividad y el ejercicio.

Ana Ibáñez. Psiquiatra, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Los trastornos mentales severos en la tercera edad son afecciones psiquiátricas graves que afectan significativamente la calidad de vida y la funcionalidad de las personas mayores. Estos trastornos pueden coexistir con enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer u otras demencias lo que complica más su evolución.

La prevalencia de trastornos mentales severos en personas mayores varía, pero se estima que entre el 10-20% de la población geriátrica sufre alguna forma de enfermedad mental grave.

Además de las alteraciones psicopatológicas y los déficits cognitivos asociados a su evolución, los trastornos mentales severos en gente mayor presentan una alta incidencia de comorbilidades médicas y que junto con un estilo de vida poco saludable condicionan una esperanza de vida menor a la población general, siendo la principal causa de muerte los eventos cardiovasculares.

El proceso de envejecimiento humano es universal e inevitable. Todas las funciones fisiológicas se reducen continuamente. El envejecimiento y el estilo de vida sedentario están asociados con el deterioro de las capacidades cognitivas, cardiovasculares y físicas lo que resulta en una capacidad disminuida para realizar las actividades de la vida diaria. Pero en el caso de personas mayores con trastornos mentales severos este declive funcional se ve incrementado en el contexto del trastorno mental y de una mayor problemática socioeconómica.

La investigación actual señala que la actividad física o la práctica de ejercicios atenúan sustancialmente el deterioro funcional tanto a nivel físico como cognitivo, y el aislamiento social de estas personas. Pudiéndose considerar una estrategia terapéutica adecuada que puede tener un impacto positivo en el funcionamiento global.

A pesar de ello las dificultades para acceder a programas de ejercicio de las personas mayores con un problema de salud mental grave hace difícil la prescripción de ejercicio.

En la presentación haremos una revisión de las recomendaciones actuales de prescripción de ejercicio en esta población en particular y las estrategias para la implementación y la inclusión de estos pacientes en programas de actividad física.

Investigación en nutrición, salud mental y longevidad.

Eva Garnica. Psiquiatra, Hospital de Zamudio, Bizkaia.

Tanto nuestra "longevidad" como nuestra "longevidad saludable" incluyendo nuestra salud mental, dependen de múltiples factores, desde la genética al estilo de vida.

Dentro de los factores modificables está el ejercicio, la exposición al sol, la vida social etc. Otro pilar del estilo de vida es la nutrición.

Las estrategias nutricionales demostradas para mejorar la salud mental son también beneficiosas para nuestra longevidad. Sabemos por ejemplo que la inflamación se asocia a trastornos mentales y también a otros problemas de salud global, y que en parte proviene del estilo de vida, incluyendo la alimentación. Una dieta "antiinflamatoria" que ha demostrado mejorar la salud mental y la longevidad es la dieta mediterránea, que es preventiva y coadyuvante del tratamiento en trastornos depresivos, por ejemplo, y también es beneficiosa para la salud general, mejorando nuestra microbiota, el eje intestino-cerebro, el BDNF etc.

Deberíamos evitar las dietas cargadas de ultraprocesados, que se asocian a riesgo cardiovascular y metabólico y al desarrollo de depresión en diferentes investigaciones. Estos productos son pobres en nutrientes y dañinos para nuestro intestino y cerebro, además de proinflamatorios. Existen otros enfoques prometedores para salud mental y longevidad, como la restricción calórica y/o el ayuno, que ya han demostrado ser útiles para mejorar la longevidad, y en algunos estudios han demostrado mejorías en salud mental. Por otra parte, tras años usando la dieta cetogénica para epilepsia, cada día se investiga más la "neurocetoterapia", con publicaciones para enfermedades neurodegenerativas y para trastorno mental grave, entre otras.

Psicosis en la demencia como diana de investigación y tratamiento.

Luis Agüera. Psiquiatra, Jefe de Sección de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Expresidente de la SEPG.

Los fenómenos psicóticos se encuentran entre los síntomas más graves y disruptivos de las demencias y aparecen en un 30-50% de los pacientes. Sus tratamientos actuales obtienen resultados limitados y no están exentos de efectos adversos, en

ocasiones graves, por lo que resulta crucial desarrollar nuevos tratamientos que puedan mejorar esta situación. Revisamos los datos disponibles que podrían iluminar el diseño de estos futuros tratamientos

En primer lugar analizamos los nuevos conjuntos de criterios diagnósticos, como base imprescindible para cualquier diseño terapéutico y sus propuestas encaminadas a mejorar la definición de síntomas y lo que debe incluirse y excluirse en los ensayos clínicos, así como los instrumentos de evaluación disponibles. Se ofrece una revisión de la información disponible respecto a las bases neurobiológicas de los síntomas, en términos de patología, neuroimagen y genómica, como guía hacia nuevas dianas terapéuticas. Finalmente, se realiza una revisión crítica de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos existentes y en investigación, poniendo de manifiesto las necesidades no cubiertas, en términos de eficacia y seguridad. La presentación pone de relieve la necesidad de definir y medir mejor los síntomas psicóticos en las demencias para destacar sus diferencias con los síntomas que aparecen en enfermedades no demenciales como la esquizofrenia. Los avances en neurobiología deben arrojar luz sobre el desarrollo de nuevas moléculas más eficaces y seguras, para las que esta revisión puede servir como hoja de ruta.

Sábado, 16 de noviembre

9:00 -10:30 Salón Rioja- PSQUIATRÍA GERIÁTRICA DE ENLACE

Modera: **Cristina Pujol Riera.** Psiquiatra en GGZ Delfland e investigadora en I3PT Sabadell, Barcelona.

Estudio OLD3. Características de los usuarios mayores de 65 años interconsultados en 11 hospitales españoles.

Leire Narvaiza. Psiquiatra y geriatra, Consorci Sanitari Integral, Barcelona

Estudio OLD3. Características de los usuarios mayores de 65 años interconsultados en 11 hospitales españoles. Durante la ponencia realizaremos una breve introducción sobre las publicaciones previas centradas en psiquiatría geriátrica de enlace. Posteriormente se describirán los objetivos de nuestro estudio (principal y secundarios) y material y métodos empleados. Se trata de un estudio de cohortes multicéntrico que actualmente se está llevando a cabo con un periodo de reclutamiento de 6 meses y posterior control post alta al mes y a los 3 meses. El principal objetivo del estudio es describir las características de los pacientes interconsultados en los servicios de psiquiatría

de enlace de los 11 hospitales españoles que forman parte del estudio. Finalmente se describirían los resultados preliminares tras los primeros 3 meses de reclutamiento, detallando variables sociodemográficas, situación basal geriátrica, parámetros de fragilidad y variables clínicas (tanto somáticas como psiquiátricas). Se aportarán datos preliminares del seguimiento posterior post alta (centrado en mortalidad, reingresos y uso de psicofármacos). Las ponencias siguientes propuestas se centran en datos recogidos del estudio old3

Delirium. Atención a la inatención. A propósito del estudio OLD3.

Eduardo Delgado Parada. Psiquiatra y geriatra, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Durante la ponencia caracterizaríamos a los pacientes con delirium del estudio OLD3, el manejo realizado y su evolución, comparando los resultados de salud (mortalidad, reingresos) con el resto. Diferenciaríamos el delirium atendido por los equipos de Psiquiatría de Enlace y abriríamos un marco de debate sobre la posible categorización de su inespecificidad (endofenotipos) y la utilidad de las recomendaciones generales de prevención y tratamiento de delirium aplicadas a este subgrupo de pacientes

Prevalencia soledad en pacientes mayores de 65 años atendidos por Unidades de Psiquiatría de Enlace.

Beatriz Villagrasa. Psiquiatra, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Prevalencia soledad en pacientes mayores de 65 años atendidos por Unidades de Psiquiatría de Enlace .

Se realizará una breve revisión bibliográfica a modo de introducción. Posteriormente se describirá la prevalencia de soledad según escala abreviada de 3 ítems UCLA/TILS en pacientes del estudio OLD3 (resultados preliminares de los primeros 3 meses). Finalmente se aportarán resultados de los posibles factores sociodemográficos y clínicos asociados analizando la posible asociación entre prevalencia de soledad y edad, sexo, estado civil ,núcleo de convivencia, situación basal geriátrica, comorbilidad, fragilidad y antecedentes psiquiátricos, entre otros.

11:00 -12:30 - Salón Rioja- RETOS y OPORTUNIDADES EN LA INSTITUCIÓN

Modera: **Patricia Gracia García.** Psiquiatra, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

El paciente anciano en las unidades de larga estancia de psiquiatría ¿tratamiento o aparcamiento?

Belen Sánchez Moreno. Psiquiatra, Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Guadalajara.

Actualmente, tras la reforma psiquiátrica, existen muy pocas unidades de larga estancia en nuestro país. Algunas de ellas son unidades cerradas que no admiten pacientes y que no tie-

nen ningún tipo de objetivo más que el residencial, que se extinguirán cuando fallezca el último usuario. Estas unidades se diferencian poco de las residencias de mayores. En cambio, existen otras unidades de larga estancia donde los ancianos con TMG conviven con pacientes jóvenes. Muchos de estos ancianos llevan ingresos de décadas en estos hospitales, sin que el motivo de ingreso fuera válido en la actualidad y sin necesidad de recibir una atención psiquiátrica diaria. Otros, independientemente de los años ingresados, tienen continuas desestabilizaciones y alteraciones conductuales que si les hacen subsidiarios de este tipo de ingreso. Muchos de estas personas son especialmente vulnerables pues, además de la discapacidad por la propia enfermedad mental y el desarrollo de comorbilidades médicas y psiquiátricas, ya no cuentan con ningún familiar cercano que esté pendiente de ellos y no se ha iniciado en ningún momento un procedimiento de provisión de apoyos. Es necesario estudiar bien a cada paciente para determinar dónde debe vivir y ser tratado, si en un entorno domiciliario, un hospital psiquiátrico o en una residencia de mayores; qué tipo de medidas de apoyo requieren a nivel social y judicial y cómo hacer la transición a otros dispositivos y centros para que el cambio les beneficie.

Valoración Geriátrica Integral en residencias

Peggy Ríos. Geriatra. Ayuntamiento de Madrid.

La consulta de geriatría en residencias permite una valoración geriátrica integral más completa en las personas que viven en las residencias de mayores.

1. Nos permite una valoración más real. En la residencia, los pacientes conviven con el personal sanitario, que pueden detectar problemas que podrían no ser evidentes en el hospital. Por ejemplo: falta de aseo, pérdida de hobbies, alteraciones del comportamiento, etc. Ej., en consulta, los pacientes pueden referir insomnio a pesar de 5 hipnóticos distintos, y en las "rondas nocturnas" de la residencia, se podría ver lo contrario.

2. Conocer los síntomas en un contexto global. En consulta, los familiares a veces no dan información exacta del día a día. En las residencias, tienen registrados la participación en actividades, la independencia, de control de esfínteres o síntomas frecuentes.

3. Acceso a más profesionales. La colaboración con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. podría mejorar la atención del residente. Se pueden implementar intervenciones como las "rondas de la marcha" por los auxiliares después de haberlo comentado con el médico y la directora.

4. Formación del personal. Permite que los profesionales realicen ajustes necesarios con más seguridad. Por ejemplo, retirar paulatinamente los antipsicóticos en después de un delirium, un exceso de bloqueadores cardiacos después de una arritmia puntual o de opiáceos después de una fractura.

La valoración geriátrica integral en las residencias mejora la calidad de vida de los residentes y enriquece el conocimiento del personal en el hospital y en la residencia.

Retos en los cuidados frente a los nuevos modelos de vejez

Javier Yanguas. Gerontólogo. Director científico del programa de mayores de Fundación "La Caixa".

La vejez actual está cambiando. No solo aumenta la esperanza de vida, sino que se está transformando el ciclo vital. Lo que llamamos vejez tiene etapas claramente diferenciadas, es decir, no hay una sola vejez, sino vejezes diferentes. Vivimos más tiempo, en mejores condiciones de salud (a la misma edad cada generación somos más jóvenes), pero también aumenta el tiempo de vida con enfermedades crónicas que nos permiten la vida, aunque nos la limitan. Asimismo tenemos mayores necesidades complejas de cuidados.

Las generaciones más formadas de la historia llegan a la vejez. 14 millones de personas que nacieron en España aproximadamente entre 1957 a 1973. Vienen con unos modos de convivencia muy distintos a sus predecesores: más hogares unipersonales, viven más solos, con más aislamiento social. Lo hacen, en una sociedad más individualista donde la comunidad se fragiliza; donde habrá más parejas con ambos miembros frágiles, ambos cuidadores el uno del otro, con nuevas necesidades de apoyo. Envejecerán además, en familias con menos hijos (y menos cerca de donde vivimos), serán más vulnerables, porque en el caso de necesitar ayuda, obtenerla, será más complicado.

Responder al reto de cuidados que plantea la vejez del futuro, es el objetivo de esta ponencia.

12:30 -13:30 - Salón Rioja - CONFERENCIA DE CLAUSURA:

Presenta: **Manuel Sánchez Pérez.** Psiquiatra, coordinador unidad psiquiatría geriátrica, Hospital Sagrat Cor de Martorell, Barcelona. Presidente de la SEPG.

A new dementia behavioral framework paradigm.

Dr. Atul Sunny Luthra. Medical director, program for older adults, Homewood Health Centre. Research Scientist, SCHLEGEL's Research institute in Aging. University of Waterloo. Ontario, Canada.

Introduction: The diagnosis of expressions in advanced neurocognitive disorders (ANCD) is one of exclusion. All medical, psychiatric, physiological and environmental determinants have to rule out prior to labeling a cohort of symptoms as expressions in ANCD. The prevalence of expressions is the highest in ANCD, when clinical assessments become unreliable and existing psychometric tools have no established reliability and validity for their use in ANCD. Ascribing 'meaning' to expressions is the only next forward in assessing expressions.

Objectives: The LuBAIR™ Paradigm is a novel approach to ascribe 'meaning' to behavioral expressions in ANCD. The 'meaning' ascribed to expressions was used as a guide to attempt de-prescribing of atypical antipsychotics (AAP).

Methods: The LuBAIR™ Inventory was filled on two occasions. The data collected on the second occasion, in the successful and failed de-prescribed groups, were compared in this retrospective study. MANOVA, Chi-Square paired t-test statistical analyses were used to detect the differences in the behavioral categories between the two cohorts. Cohen d was used to measure effect size.

Results: Patients who did not have Mis-Identification and Goal-Directed Expressions were more likely to successfully de-prescribe: $X^2(1, N = 40) = 29.119, p < 0.0001$ and $X^2(1, N = 40) = 32.374, p < 0.0001$, respectively. Alternatively, the same behavioral categories were more likely to be present in patients who failed de-prescribing: MANOVA and paired t-test ($p < 0.0001$).

Conclusion: Atypical antipsychotics, in their role as an antipsychotic and mood stabilizer, respectively, may be used to manage Mis-Identification and Goal-Directed Expressions, respectively.

Vocal expressions were identified as a heterogeneous group with a few sub-types responding to AAP. All other expressions in the LuBAIR™ Inventory do not justify the use of AAP in their management.

**PROPUESTAS DE PONENCIAS/
POSTERS AL XXI CONGRESO
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
PSICOGERIATRIA. AÑO 2024**

Protocolo de sensibilización, prevención y manejo del delirium en el Hospital Universitario de Navarra (HUN): resultados de un estudio de valoración de efectividad en la sensibilización del delirium

Autor principal:

Belen González Glaría, Hospital Universitario de Navarra

Introducción: Escasos estudios valoran la sensibilización en el reconocimiento del delirium en el medio hospitalario. El objetivo de este estudio fue valorar la efectividad de un protocolo asistencial de sensibilización en delirium para su prevención, diagnóstico y manejo.

Materiales y métodos: Método sensibilización: sesiones de formación y material gráfico para profesionales/pacientes/cuidadores (qué es, consecuencias, prevención y manejo). Se revisaron informes de alta de ingresados en geriatría mayo/junio 2021 y mayo/junio 2022 (previo y posterior a sensibilización).

Se recogieron datos socio-demográficos, antecedentes personales, síndromes geriátricos, funcionales y fármacos. Delirium: predisponentes, diagnóstico delirium alta (DDA), datos delirium ingreso (DDI), 4AT.

Se realizó análisis descriptivo, de homogeneidad y efectividad del protocolo en cuanto a sensibilización según capacidad de aumentar entre los dos periodos: DDA; 4AT realizados y relación entre DDI, 4AT, DDI+4AT.

Resultados: DDA 22,1% en 2021 y 33,9% en 2022 ($p=0,001$), siendo las dos muestras homogéneas salvo en enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal. La realización del 4AT, DDI y 4AT > 4 aumentaron DDA ($p<0,001$). La relación se mantuvo a pesar de que en 2022 se realizaron menos 4AT y hubo más 4AT>4.

Conclusiones: La recogida de datos de delirium al ingreso, pasar el 4AT al ingreso y una puntuación de 4AT > 4, son herramientas que ayudan a realizar el diagnóstico de delirium al alta.

El aumento de diagnósticos de delirium al alta muestra una mayor sensibilidad ante el delirium

El protocolo de delirium, es probable que haya sido el motivo de este aumento de sensibilidad

Otros autores:

Soledad Domínguez Mendoza
Débora Moral Cuesta
Marta Díaz Jiménez
Ángela Zulema Hernández Amador
Aitor Dicastillo Ripa

Catatonía Hipocinética en Paciente con Trastorno Neurocognitivo Mayor

Autor principal:

Pamela Bertha Ayamamani Torres, Hospital Benito Menni. Germanes Hospitalàries. Complex Assistencial en Salut Mental. Sant Boi

Introducción: La catatonía es un síndrome psicomotor complejo, infradiagnosticado, y más aún en el contexto de persona adulta mayor, pluripatológico con demencia avanzada. Su prevalencia varía del 10-25% de acuerdo con el escenario clínico con una alta tasa de mortalidad tras retraso de detección e intervención.

Materiales (o pacientes o sujetos) y métodos: Paciente septuagenaria, dependiente parcial para ABVD y total para AIVD, antecedentes: demencia neurodegenerativa (GDS 5), hipercoidismo. Colectomía laparoscópica, episodios de colangitis, CPRE y papilomas. Es derivada, posterior a ingreso hospitalario, por síndrome de caída (factor extrínseco: ciscs), delirium hiperactivo asociado a discoidismo de 3 semanas de evolución.

Durante ingreso, presentó mejoría tras ajuste de tratamiento hasta presentar episodios de alteración conductual con tendencia a la heteroagresividad e irritabilidad fluctuante. Posteriormente se agregó episodios de mucsmo, negacvismo, ecolalia, resistencia muscular, respuesta mínima a esBmulos y negacva a la ingesta alimentaria de duración y frecuencia progresiva.

Tras nueva valoración en examen físico, quejumbrosa, taquicárdica, resto anodino; se solicitó analítica: alteración de perfil croideo, aumento de transaminasas, reactantes de fase aguda.

Resultados: Inicialmente tras enfoque de delirium mixto secundaria a una probable infección, se descartó factores precipitantes y al agregarse episodios de negacvismo y mucsmo en aumento, se catalogó como catatonía hipocinética, secundaria a probable proceso infeccioso (colangitis). Por lo que se decidió derivar a hospital de mayor complejidad.

Conclusiones: El presente caso nos da a conocer el rol importante de la detección temprana interdisciplinaria, el apropiado diagnóstico diferencial e intervención asercva para evitar una evolución desfavorable de la catatonía.

Otros autores:

María del Mar, Sánchez Campo
Javier MarBn Tena
Jesús Antonio Vaquero Cruzado

Importancia de las interconsultas de geriatría en los trastornos cognitivos y psicoconductuales

Autor principal:

Ana Sofía Pozo Vico, Hospital Universitario De Navarra

Introducción: El envejecimiento de la población y la tendencia a la superespecialización de los hospitales han conducido a la "geriatrización" de estos. Consecuentemente, ha surgido la necesidad de apoyo por parte de geriatría como "interconsultora". Los problemas cognitivo-psicoconductuales son altamente prevalentes en esta población y muchas veces, el propio motivo de consulta.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes valorados en Interconsulta en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Navarra durante tres meses (desde 01/06/24 hasta 31/08/24). Incidencia de problemas cognitivos, de sueño, ánimo y delirium. Las Interconsultas de Traumatología quedan excluidas al ser tratadas por un equipo específico de Ortopediatría.

Resultados: La muestra fue de 61 pacientes, 57,4% varones y 42,6% mujeres, con edad media de 86 y Barthel de 79,7, solo un 14,8% tenían demencia y un 24,6% venían de residencia. Las Interconsultas procedían de 13 especialidades, siendo las más frecuentes: Cirugía Vasculard (33%), Digestivo (16%), Psiquiatría (10%) y Cardiología (8%). De las alteraciones valoradas, fue el delirium el más frecuente (44%), especialmente en pacientes de Digestivo (30%), luego el trastorno del ánimo (41%), trastorno cognitivo (33%) y trastorno del sueño (28%) todos ellos especialmente en Vasculard(40,45y 47%). Tras el alta hospitalaria, se realizó seguimiento en consulta de Geriatría a un 21% y en estrategia de crónico a un 8%.

Conclusiones: La geriatría como especialidad interconsultora está actualmente en expansión, mejorando el abordaje de síndromes geriátricos entre los que destacan los trastornos psico-cognitivo-conductuales, optimizando su diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo.

Otros autores:

Marta Lorente Escudero
Beatriz Echarte Archanco
Rodrigo Molero De Ávila García
Francesca Soler Parets
KarmeLe Julene Garaioa Aranburu

Prevalencia del uso de tratamiento analgésico en pacientes con demencia avanzada y alteraciones conductuales: Estudio piloto descriptivo en centros residenciales de Barcelona.

Autor principal:

Olga Acedo Calderon, MUTUAM M.P.S.

Introducción: La demencia es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta gravemente la función cognitiva y conductual, repercutiendo en la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Según el DSM V, el 1.2% de la población en Cataluña padecía demencia en 2020, presentando deterioro en áreas como atención y memoria. En etapas avanzadas, la agitación y agresión son comunes, lo que resalta la necesidad de un manejo integral que incluya la evaluación del dolor. Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia del uso de tratamientos analgésicos en pacientes con demencia avanzada y alteraciones conductuales en centros residenciales de Barcelona.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por el servicio del 1 de enero al 31 de marzo de 2022. Se registraron variables sociodemográficas, diagnóstico principal, presencia de agitación y tratamiento farmacológico.

Resultados: 62 pacientes con demencia avanzada. La muestra fue mayoritariamente femenina (79.03%) con una media de edad de 86.31 años. El diagnóstico predominante fue Alzheimer (79.03%). Se encontró que el 66.1% de los pacientes presentaba agitación, pero solo el 43.5% recibía tratamiento analgésico, mientras que el 62.7% recibía neurolépticos. La polifarmacia afectó al 80.6% de los pacientes.

Conclusiones: Los resultados indican una subestimación del dolor en pacientes con demencia avanzada y agitación, evidenciada por el uso más frecuente de neurolépticos en comparación con analgésicos. Es crucial implementar escalas de dolor específicas para mejorar la detección y el tratamiento del dolor, optimizando así la calidad de vida de estos pacientes y minimizando los riesgos asociados a la polifarmacia mediante revisiones periódicas de los tratamientos.

Otros autores:

Abadal Coulet, Marta
Duarte Marín, Alicia
Pascual Castañé, Olga
Marínez Campoy, Sergio

El problema del consumo en la tercera edad: un tabú en salud mental

Autor principal:

Olga Acedo Calderon, MUTUAM M.P.S.

Introducción: La demencia es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta gravemente la función cognitiva y conductual, repercutiendo en la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Según el DSM V, el 1.2% de la población en Cataluña padecía demencia en 2020, presentando deterioro en áreas como atención y memoria. En etapas avanzadas, la agitación y agresión son comunes, lo que resalta la necesidad de un manejo integral que incluya la evaluación del dolor. Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia del uso de tratamientos analgésicos en pacientes con demencia avanzada y alteraciones conductuales en centros residenciales de Barcelona.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos por el servicio del 1 de enero al 31 de marzo de 2022. Se registraron variables sociodemográficas, diagnóstico principal, presencia de agitación y tratamiento farmacológico.

Resultados: 62 pacientes con demencia avanzada. La muestra fue mayoritariamente femenina (79.03%) con una media de edad de 86.31 años. El diagnóstico predominante fue Alzheimer (79.03%). Se encontró que el 66.1% de los pacientes presentaba agitación, pero solo el 43.5% recibía tratamiento analgésico, mientras que el 62.7% recibía neurolépticos. La polifarmacia afectó al 80.6% de los pacientes.

Conclusiones: Los resultados indican una subestimación del dolor en pacientes con demencia avanzada y agitación, evidenciada por el uso más frecuente de neurolépticos en comparación con analgésicos. Es crucial implementar escalas de dolor específicas para mejorar la detección y el tratamiento del dolor, optimizando así la calidad de vida de estos pacientes y minimizando los riesgos asociados a la polifarmacia mediante revisiones periódicas de los tratamientos.

Otros autores:

Abadal Coulet, Marta
Duarte Marín, Alicia
Pascual Castañé, Olga
Marínez Campoy, Sergio

Hacia un nuevo paradigma de la catatonía. Propuesta basada en un estudio de casos.

Autor principal:

Beatriz Rodríguez-Cabo, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto, Bilbao

Resumen:

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico considerado trastorno mental. Sin embargo, tiene alto componente orgánico, como demuestra el cambio en su definición DSM-5 o su prevalencia entre ingresados en plantas médicas.

Presentamos datos de los pacientes diagnosticados de síndrome catatónico en 2024 en el Hospital de Basurto, reclutados consecutivamente y con un corto seguimiento post-alta.

Entre enero y agosto 2024 diagnosticamos 11 casos de catatonía en 9 pacientes. 64% eran mujeres y la edad media fue 62 años (SD 19.7) con solo dos casos menores de 50 años. Nueve casos requirieron ingreso psiquiátrico.

Como antecedentes orgánicos, 6 estaban diagnosticados de trastorno del movimiento (5 Parkinson, 1 Huntington) y, durante el seguimiento, un séptimo caso desarrolló síndrome parkinsoniano. Inmediatamente antes de la catatonía, 4 casos (37%) presentaron un proceso infeccioso agudo (2 ITU, 1 gripe, 1 TBC). Como antecedentes psiquiátricos, todos padecían trastorno psiquiátrico previo (5 psicosis, 4 TAB y 2 depresión).

Todos los casos mostraron respuesta a la terapia con BZD siendo capaz de resolver la catatonía en 7 casos. 6 casos recibieron TEC. El 100% evolucionó hacia la resolución completa.

Afirmamos que la catatonía es altamente prevalente en pacientes de edad avanzada y también en pacientes que padecen un trastorno del movimiento, especialmente Enfermedad de Parkinson. Además, la catatonía muestra una estrecha asociación temporal con las infecciones agudas.

Nuestros datos apoyan las hipótesis acerca de la disregulación dopaminérgica y la neuroinflamación como bases neurobiológicas de la catatonía. Entendemos este síndrome como un trastorno orgánico complejo con factores predisponentes y precipitantes.

Otros autores:

Nora Olazabal
Lucía Andrés,
Malein Pacho
Ana Catalán
Miguel Ángel González-Torres

Encefalopatía priónica tipo Creutzfeldt Jacob a Propósito de un caso.

Autor principal:

Beatriz Rodríguez-Cabo, Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto, Bilbao

Resumen:

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico considerado trastorno mental. Sin embargo, tiene alto componente orgánico, como demuestra el cambio en su definición DSM-5 o su prevalencia entre ingresados en plantas médicas.

Presentamos datos de los pacientes diagnosticados de síndrome catatónico en 2024 en el Hospital de Basurto, reclutados consecutivamente y con un corto seguimiento post-alta.

Entre enero y agosto 2024 diagnosticamos 11 casos de catatonía en 9 pacientes. 64% eran mujeres y la edad media fue 62 años (SD 19.7) con solo dos casos menores de 50 años. Nueve casos requirieron ingreso psiquiátrico.

Como antecedentes orgánicos, 6 estaban diagnosticados de trastorno del movimiento (5 Parkinson, 1 Huntington) y, durante el seguimiento, un séptimo caso desarrolló síndrome parkinsoniano. Inmediatamente antes de la catatonía, 4 casos (37%) presentaron un proceso infeccioso agudo (2 ITU, 1 gripe, 1 TBC). Como antecedentes psiquiátricos, todos padecían trastorno psiquiátrico previo (5 psicosis, 4 TAB y 2 depresión).

Todos los casos mostraron respuesta a la terapia con BZD siendo capaz de resolver la catatonía en 7 casos. 6 casos recibieron TEC. El 100% evolucionó hacia la resolución completa.

Afirmamos que la catatonía es altamente prevalente en pacientes de edad avanzada y también en pacientes que padecen un trastorno del movimiento, especialmente Enfermedad de Parkinson. Además, la catatonía muestra una estrecha asociación temporal con las infecciones agudas.

Nuestros datos apoyan las hipótesis acerca de la disregulación dopaminérgica y la neuroinflamación como bases neurobiológicas de la catatonía. Entendemos este síndrome como un trastorno orgánico complejo con factores predisponentes y precipitantes.

Otros autores:

Nora Olazabal
Lucía Andrés,
Malein Pacho
Ana Catalán
Miguel Ángel González-Torres

Cuando el remedio es peor que la enfermedad: Síndrome Neuroléptico Maligno like o síndrome de hiperpirexia parkinsoniana. A propósito de un caso.

Autor principal:

Alicia Rodríguez García, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Introducción:

- Según la Sociedad Española de Neurología, el número de afectados por la Enfermedad de Parkinson se triplicará en 2050. El 15% de los pacientes son menores de 50 años.
- El síndrome neuroléptico maligno es una emergencia neurológica potencialmente mortal asociada al uso de antagonistas de la dopamina y, con menor frecuencia, con la abstinencia de agonistas. Se ha descrito en pacientes tratados por parkinsonismo en el contexto de la retirada o reducción de dosis de L-Dopa.

Material y métodos: caso clínico.

Resultados: paciente varón de 60 años. Antecedentes personales: Trastorno depresivo recurrente.

Enfermedad de Parkinson. Tratamiento: mirtazapina, maprotilina, metilfenidato y carbidopa/levodopa.

Enfermedad actual: refiere alucinaciones visuales desde hace tres días, por lo que se le disminuye dosis de levodopa y se le suspende metilfenidato. Acude remitido desde hospital privado por agitación y empeoramiento clínico tras administración de haloperidol.

A la exploración: fiebre de 38,7°C, alterna confusión hipo e hiperactiva agitada; diaforesis, rigidez muscular, taquipnea.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea con CPK 7014 y leucocitosis.

Impresión diagnóstica: síndrome neuroléptico maligno like ante descenso brusco de fármacos dopaminérgicos. El paciente ingresa en UCI.

Evolución: favorable tras medidas de soporte y reintroducción de agonistas dopaminérgicos después de seis días.

Conclusiones: pese a la edad del paciente presentado, el auge esperable en la prevalencia de la Enfermedad de Parkinson, así como la concomitancia en el uso de fármacos pro-dopaminérgicos y neurolépticos en psicogeriatría, hacen que este caso cobre especial importancia por el adecuado manejo de las complicaciones en estos pacientes.

Otros autores:

Frade-Pedrosa, Olalla
Rodríguez-García, Beatriz

“Factores sociodemográficos de riesgo en Patología Dual del anciano”

Autor principal:

Marina Liger Argudo, Centro de trabajo y dirección: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: La sexta década supone una época con estresores vitales concretos. Estos pueden derivar en que consumidores de “larga evolución” retomen o empeoren. También puede suponer el inicio “reactivo” de consumo. Se pretende evaluar factores socio-demográficos que pueden contribuir.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de historias clínicas de ingresos de mayores de 60 años en la Unidad de Patología Dual durante un período de 5 años (2018-2022).

Resultados: De los 46 ingresos en mayores de 60 años, 7 de ellos reingresos. Los 39 pacientes restantes:

- Género: 33 varones, 6 mujeres
- Antecedentes familiares de consumo: 15 en primer grado, 3 segundo grado, 13 no tenían, 8 no se conocían
- Familias: 15 estructuradas, 18 desestructuradas, 6 conflictivas
- Estudios: 3 no habían recibido educación, 15 hasta ESO, 14 Bachillerato, 3 Universidad, 4 Formación Profesional
- Estado civil: 8 solteros, 13 casados, 16 separados/divorciados, 2 viudos

Conclusiones:

• Predominio de varones, quienes podrían ser más susceptibles o más propensos a buscar tratamiento

- Un número significativo de pacientes presentaban antecedentes familiares y entornos problemáticos durante la crianza
- Más de la mitad tenía un nivel educativo bajo, podría estar relacionado con menor acceso a información o menos oportunidades de desarrollo personal
- Un alto porcentaje de los pacientes estaba soltero, separado o viudo, lo que podría sugerir que la soledad y la falta de apoyo influyen

Será fundamental tener en cuenta estos factores para prevenir y tratar los problemas de consumo en pacientes de edad avanzada.

Otros autores:

Peso-Navarro, I.M
García-Cerdán, C
Soto-Lima, R.
Álvarez-Navares, A.I.
Bote-Bonaecha, B.

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y GERIATRÍA (AE-G) PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON DETERIORO COGNITIVO

Autor principal:

Encarna M Martín Pérez, Unidad de Geriátria. Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: Demencias son Prioridad Social y Sanitaria para las personas mayores por:

1. Elevada prevalencia. 2- Principal causa de deterioro funcional irreversible y discapacidad. 3- Impacto en las personas afectas, familiares y cuidadores. 4- Sobrecarga de los sistemas sanitarios y sociales. 5-Entorno social y sanitario fragmentado que ocasiona: 5.a) Diagnóstico tardío e infradiagnóstico; y 5.b) Estigmatización que retrasa el diagnóstico.

Objetivo: Reducir la fragmentación en el abordaje integral de personas mayores con demencia, facilita Formación de los profesionales, desde las medidas preventivas a tratamientos posibles, control de síntomas conductuales y psicológicos, a establecer planes de cuidados y final de vida.

Material y métodos: Protocolo consensuado entre AP y AE-G, como vía de comunicación basado en la Valoración Geriátrica Integral.

Coordinación inter-niveles en todas las etapas de la enfermedad. Planificación anticipada de decisiones y/o voluntades anticipadas.

Fases:

- Diagnóstico precoz
- Seguimiento continuado. Criterios Ágiles de derivación para simplificar los trámites.
- Simplificar la heterogeneidad en las herramientas de cribado
- Monitorización indicadores de consecución: cognición, funcionalidad y S. psico-conductuales

Resultados: Niveles de Prevención

Prevención Primaria. Hábitos de vida y dietéticos, entrenamiento cognitivo y control de factores de riesgo cardio-vascular. Formación y Promoción Envejecimiento activo.

Checklist de síntomas prodrómicos y herramientas de cribado.

Prevención Secundaria en deterioro cognitivo incipiente /enfermedad preclínica. -Evitar duplicidad en gestiones y reducir tiempos de espera.

Criterios de Derivación. Consultas telemáticas para Priorizar primeras consultas y reducción revisiones innecesarias.

Monitorización Farmacológica. Tipo y duración del tratamiento, desde inicio hasta criterios de retirada

Abordaje individualizado de los SPCD en el entorno natural de la persona

Conclusiones:

- Atención primaria (AP): labor de prevención, detección precoz, pruebas complementarias básicas, garantizar la continuidad asistencial y seguimiento hasta final de vida.
- Atención especializada-Geriatria: Ofrece atención específica, pruebas complementarias de neuroimagen y confirmación diagnóstica. Debe garantizar continuidad de la atención integral y soporte a los equipos de AP.

Otros autores:

Begoña González Fernández
F.Javier Idoate Gil
Sonia Jiménez Mola

Depresión versus Deterioro cognitivo, ¿cuál gana?

Autor principal:

María Paloma Pando Fernández, HCUV, Valladolid

Introducción: Mujer de 65 años que ingresa en Unidad de Convalecencia Psiquiátrica, desde UHBP. Los síntomas que presenta nos orientan hacia un diagnóstico de trastorno depresivo mayor grave.

Sin embargo, la convivencia de estos síntomas con el déficit en las tareas ejecutivas y nueva clínica de carácter fluctuante, así como la neuroimagen, nos hace sospechar de un cuadro de deterioro cognitivo a filiar.

Método: Abordamos el caso clínico de una paciente que ingresa de forma voluntaria en un centro de convalecencia de salud mental para continuar su tratamiento.

Realizamos una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de artículos en Pubmed

Resultados: DSM-5: "Trastorno Neurocognitivo frontotemporal mayor, sin alteración del comportamiento", y "Trastorno de depresión mayor".

Posteriormente, por PET: Enfermedad de Alzheimer, "Trastorno Neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer. Sin alteración del comportamiento".

Tratamiento: Litio 400 mg, 2cp/día; Lurasidona 35mg, 1.5cp/día; Quetiapina 50mg, 1cp/cena; Vortioxetina 20mg, 1cp/día.

Discusión:

- Mejorar los síntomas afectivos en pacientes con demencia es clave para el tratamiento de la función cognitiva.
- La mejoría clínica obtenida en parte por la vortioxetina, es apoyada por varios estudios (1) que refieren que al tener efectos procognitivos podría ser beneficiosa en la vejez cuando hay depresión con deterioro cognitivo, incluido en la enfermedad de Alzheimer, lo que resulta prometedor.
- Se demostró que también existía mejoría clínica en el funcionamiento diario y global, y en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastorno depresivo mayor y demencia comórbida en etapa temprana (2).

Otros autores:

Martínez Gimeno, Paula
Calvo Valcárcel, María
Andreo Vidal, Marina Antonia
Guillén Soto, María de los Ángeles
Segurado Martín, Olga

DETERIORO COGNITIVO ACELERADO ASOCIADO A MENINGIOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autor principal:

Pablo Carmona Muñoz, Hospital de atención intermedia Bernat Jaume, Figueres

Resumen: Los meningiomas son tumores del SNC. Los síntomas más frecuentes son crisis comiciales y cefalea matinal. El resto de manifestaciones dependen en gran manera de la localización del tumor.

Presentamos una paciente mujer de 91 años derivada desde Neurología a Geriátría para valoración neuropsicológica y cognitiva, tras seguimiento de tres años por deterioro cognitivo.

No hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Ama de casa y limpiadora. Es diestra, catalanoparlante y con baja reserva cognitiva.

El hijo refiere que en los últimos meses presenta deterioro cognitivo acentuado, con pérdida de memoria reciente, así como "descuidos" dificultad para "encontrar las palabras", repetitiva, habla del pasado y presenta enfados habituales si se la confronta. Niegan desorientación espacial.

A la anamnesis destaca cefalea a nivel frontal derecho desde hace unos meses.

La exploración física era estrictamente normal, sin focalidad neurológica.

La TAC cerebral de 2021 solo mostraba atrofia cortico-subcortical, mientras la realizada en 2023 para evaluar el deterioro cognitivo acelerado reveló la presencia de una lesión extra-axial frontal derecha, sugestiva de meningioma.

La valoración neuropsicológica indica deterioro cognitivo leve-moderado por amnesia anterógrada.

Resultados: Minimental 16/22 y Fototest 19. Se observan déficit ejecutivo y desorientación temporal acompañada de sintomatología conductual. El diagnóstico final fue Demencia tipo Mixta. GDS 5, con marcado declive respecto a valoraciones previas asociado a meningioma.

Conclusiones: Un cambio conductual acelerado y la aparición de cefalea en la evolución natural de la enfermedad, debe hacernos plantear la realización de pruebas de imagen; las cuales pueden ayudarnos al diagnóstico de nuevas patologías potencialmente tratables.

Otros autores:

Noemí Castillo Lorenzo

Montserrat Picazo Sánchez

Anna Serra Plana

Adriana Anglada Cabezas

Chiara Lorena Elice Paurinoto

Evaluación del riesgo potencial de glaucoma de ángulo cerrado y el uso de antidepresivos

Autor principal:

María de la Paz García Díaz, ospital de Barbastro, Huesca

Introducción: El glaucoma es la primera causa mundial de ceguera irreversible. Su prevalencia es del 2%. Determinados fármacos pueden desencadenar o exacerbar el glaucoma. Materiales :Revisión de uso de Psicofarmacos en relación entre el la aparición de glaucoma de ángulo cerrado.Método. En la revisión de seguridad se analizó la literatura científica y médica, informes sobre reacciones adversas Resultado: Actualmente tras revisión de Bibliografía, de artículos de actualización de Glaucoma de las implicaciones farmacológicas, el adecuado conocimiento de todos estos grupos de psicofarmos y su correcta prescripción en pacientes con factores de riesgo y enfermedad de base, se debería, realizar una completa historia clínica, haciendo incapie al Glaucoma, ya que podría precipitar a una crisis y pérdida irreversible de la visión.Conclusiones: Se ha descrito detalladamente los fármacos que pueden provocar su aparición o agravamiento, en función del tipo de glaucoma como Triclicos(amitriptilina), Heterociclicos(mirtazapina, trazodona)y los ISRS pueden desencadenar o agravar un glaucoma y sobre todo duloxe

Determinación de Neurofilamentos de cadena ligera en plasma para el diagnóstico diferencial en pacientes con deterioro cognitivo y comorbilidad psiquiátrica

Autor principal:

Carolina Castillo Vasquez, Unidad de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría. Centre Emili Mira. Intitut de Salut Mental. Hospital del Mar, Barcelona, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Introducción: Los Neurofilamentos de Cadena Ligera (NfL) son proteínas que forman parte del citoesqueleto de las neuronas. Cuando ocurre un daño a nivel neuro-axonal son liberados al líquido cefalorraquídeo y a la sangre en menor concentración. La elevación de NFL está siendo utilizada como biomarcador de lesión neuro-axonal en diferentes enfermedades neurodegenerativas.

En los últimos años varios estudios han mostrado la utilidad de los NfL como herramienta para diferenciar entre enfermedades neurodegenerativas y trastornos psiquiátricos primarios.

El objetivo del estudio es presentar los resultados iniciales de la determinación de NfL en pacientes con deterioro cognitivo y comorbilidad psiquiátrica controlados en nuestra unidad.

Materiales y Métodos: De los pacientes que se encontraban en seguimiento Neurología-Psiquiatría en los que se diagnóstico diferencial, 35 fueron incluidos en el estudio. Previo consentimiento se obtuvo muestra de sangre para determinación de NfL en plasma utilizando la técnica de inmunoensayo-Lumipulse.

Resultados: Los pacientes incluidos presentaban déficits cognitivos leves-moderados. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron trastornos afectivos y trastorno delirante de inicio tardío. Un total de ocho pacientes presentaron NFL-elevados. Tres fueron diagnosticados de enfermedad de Alzheimer, uno de demencia con cuerpos de Lewy y otro de demencia mixta iniciándose tratamiento específico.

Conclusiones: La determinación de NfL en plasma puede ser un biomarcador inicial útil en el diagnóstico diferencial entre enfermedades neurodegenerativas y trastornos psiquiátricos primarios. En caso de salir alterado, dada su inespecificidad, el diagnóstico debe completarse con otras exploraciones complementarias o biomarcadores. En caso de ser normal es recomendable proseguir el seguimiento conjunto Neurología-Psiquiatría.

Otros autores:

Maria Teresa Abellan Vidal
Silvia Gil

Creación de una Unidad de Psicogeriatría en América Latina

Autor principal:

Irene del Pilar Ales Siles, Benito Menni CASM, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Resumen: Entre los meses de febrero y abril de 2024, ambos inclusive, se llevó a cabo, por parte de dos médicos del Hospital Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, en Barcelona, España, un proyecto consistente en desarrollar y poner en marcha una Unidad de Psicogeriatría en el Hospital Perpetuo Socorro de Pasto, Colombia, centro perteneciente a la misma institución, Hermanas Hospitalarias.

El proyecto comenzó a fraguarse en octubre 2022, fruto del interés, por parte de dichos médicos, en materializar un voluntariado, y por otra parte de la necesidad de formación a su personal y asesoría técnica avanzada en demencias y Psicogeriatría que tenía el hospital receptor en el contexto del desarrollo del proyecto estratégico de la Unidad Gerontológica.

En un primer momento se planteó una unidad tricéfala que contase con hospitalización, consultas externas y hospital de día, de las cuales se materializó durante la estancia en dicho centro el hospital de día, mientras que los otros dos dispositivos se espera que sean puestos en marcha en un futuro próximo.

No obstante, en los meses que duró el voluntariado, y dada la necesidad existente en el centro receptor de ayuda clínica, se realizaron otras actividades, como fueron labor asistencial, interconsultas de Psicogeriatría y Neurología, docencia y un largo etcétera.

El proyecto ha hecho posible la puesta en marcha de la Unidad de Psicogeriatría, la cual mejorará significativamente la calidad de vida de los pacientes psicogeriatricos de la ciudad de Pasto.

Otros autores:

Ales Siles, Irene del Pilar
Sanchez Ruiz, Domingo Guzman
Garcia Piernas, Isabel;
Vaquero Cruzado, Jesus Antonio
Orrit Clotet, Joan

¿El tratamiento del delirium en personas mayores mejora la supervivencia?

Autor principal:

Paula Fernández García, Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: Los antipsicóticos típicos han sido durante mucho tiempo el tratamiento estándar del síndrome confusional agudo, sin embargo, no están exentos de efectos adversos, por esa razón están siendo relegados por los antipsicóticos atípicos, que son más seguros. Desgraciadamente hay poca literatura sobre estos tratamientos en las personas mayores.

Objetivos: En este estudio se analiza la supervivencia a los 6 meses de pacientes con delirium que han sido tratados con antipsicóticos típicos y atípicos.

Metodos: Estudio retrospectivo observacional de una muestra de 162 pacientes mayores de 75 años recogida en el año 2022 en el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de León.

Resultados: Se observó un total de 90 varones y 72 mujeres, donde el 50% de ellos presentaban deterioro cognitivo siendo una mortalidad similar a aquellos sin deterioro cognitivo (40%vs37.65%).

Durante el ingreso un 31.5% fueron tratados con antipsicóticos típicos, un 19.8% con atípicos, un 45% en combinación con ambos y 3.7% sin tratamiento farmacológico. De todos ellos, se observó una mayor supervivencia en el grupo tratado con antipsicóticos atípicos(68.75%), posteriormente los combinados (64.78%) seguidos de los típicos(56.9%).

En el grupo antipsicóticos típicos, el haloperidol fue más utilizado (53%) que el tiaprizal (45%), presentando mayor mortalidad en comparación (27.45%vs13.73%).

Por otro lado, dentro de los antipsicóticos atípicos, la quetiapina presentó una mortalidad del 27,27%, mientras que la Risperidona 33,33% junto con el aripiprazol 75%.

Conclusiones: Debido al pequeño tamaño muestral se necesitan más estudios en personas mayores donde se demuestre la seguridad de estos tratamientos.

Otros autores:

John Fabricio Portero
Victoria Sauleda
Warsama Ali Ahmed
Encarnación Martin Pérez
Yanett Dávila

Psicosis tardía. Asociación etiológica y manejo de cuadros hipocinéticos con episodios psicóticos. A propósito de un caso clínico.

Autor principal:

Carlos Jesús Yauri López, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción:

 Objetivos:

- Ilustrar mediante caso clínico la asociación etiológica y manejo de cuadros hipocinéticos con episodios psicóticos.
- Describir la importancia del manejo integral en psicogeriatría.

Materiales y métodos: Varón de 76 años, sin antecedentes en salud mental, ingresa en planta de medicina interna por síndrome hipocinético e ideas delirantes. Como antecedente de interés, seguimiento hace 2 años por Neurología por síndrome hipocinético en estudio. En exploración psicopatológica, destacan ideas delirantes de perjuicio, irreductibles con escasa elaboración, con elevada repercusión conductual (negándose a ingesta de alimentos, líquidos y medicamentos), además de conductas de comprobación (cierre de pestillos y ventanas); episodios de agitación moderada y heteroagresividad en relación a dichas ideas; alucinaciones visuales de insectos de predominio nocturno. Durante los primeros días del ingreso se reajusta y corrobora toma de Quetiapina, sin mejoría, llegando incluso a ingesta nula por vía oral, ameritando colocación de sonda nasogástrica al quinto día del ingreso, indicándose Clozapina 37.5mg con buena respuesta y tolerabilidad, reiniciando ingesta oral y aceptando el tratamiento; aunque persiste la idea delirante, se objetiva una mejoría en la repercusión de la misma.

Resultados y conclusiones: Los síndromes rígido-acinéticos son enfermedades crónicas neurodegenerativas, caracterizadas por degeneración de neuronas dopaminérgicas de sustancia negra, generando insuficiencia de dopamina estriatal. Además de síntomas motores, pueden presentarse cuadros depresivos, alteraciones cognitivas e incluso psicosis, constituyendo una seria complicación, caracterizada por alucinaciones visuales y delirios paranoides. Se resalta importancia del tratamiento antipsicótico con Clozapina, que ha demostrado adecuada respuesta en dichos casos, incluso a bajas dosis.

Otros autores:

Lucía Garrido Sánchez

APLICACIÓN DE MEDICINA DE PRECISIÓN EN PACIENTE CON UN NUEVO GENOTIPO DE CYP2D6

Autor principal:

Lorena Carrascal Laso, Complejo Asistencial De Zamora

Introducción: La población geriátrica resulta un reto a la hora de realizar un abordaje psicofarmacológico al tratarse de pacientes especialmente frágiles, tanto por las comorbilidades como por los secundarismos de los diferentes tratamientos. El análisis farmacogenético es una herramienta que podría aportar información muy útil para optimizar las diferentes opciones farmacológicas.

Material métodos y resultados: Se presenta el caso de un paciente con una variante alélica en CYP2D6, CYP2D6*19, que se relacionó con CYP2D6*41 y da lugar a una proteína con actividad enzimática reducida y de la que solo se diferencia en un SNP el cual se considera que no altera la actividad enzimática. A este paciente se le clasificó como IM en cuanto al metabolismo por la vía del CYP2D6. Este fenotipo, definido por una actividad reducida de la enzima CYP2D6 puede haber contribuido a los efectos extrapiramidales que sufrió tras la administración de Levomepromazina y Haloperidol y a la sedación asociada a la toma de olanzapina.

Conclusiones: Este caso complejo, ilustra como los efectos adversos asociados a antipsicóticos pueden influir en la adherencia al tratamiento. El análisis farmacogenético podría aportar información a la hora de localizar el origen de los efectos adversos que aparentemente podrían haber sido causados por una combinación de su fenotipo farmacocinético y el efecto fenocopia relacionado con interacciones farmacocinéticas, situación que conduce a desarrollar un plan terapéutico guiado por el perfil farmacogenético del paciente y el conocimiento de la farmacocinética de la terapia que este requiriere que concluyó con la mejora de su situación clínica.

Otros autores:

Óscar Gonzalo Rodríguez
Leticia Vicente Rodríguez
Laia Giménez Robert
Vicente Sàez Enguñanos

El Silencio del Delirium: Desafíos y Estrategias en el Diagnóstico del Delirium Hipoactivo en Ancianos

Autor principal:

Patricia Gil Delgado, Hospital Universitario de Burgos, Burgos

Introducción: El delirium hipoactivo es una forma subdiagnosticada de delirium en pacientes geriátricos, caracterizada por letargia, disminución de la actividad y apatía. A menudo, estos pacientes "no dan guerra", lo que dificulta su identificación y retrasa el tratamiento adecuado. Un manejo precoz y holístico es fundamental para prevenir la progresión hacia demencia y preservar la calidad de vida.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 82 años con antecedentes de hipertensión y enfermedad cardiovascular, que ingresó por una infección urinaria complicada con delirium hipoactivo. La paciente mostraba somnolencia, desinterés por su entorno y falta de respuesta a estímulos, lo que llevó a una inicial subestimación de su condición. La evaluación clínica reveló signos de deterioro cognitivo agudo, pero sin agitación ni comportamientos disruptivos, típicos del delirium hiperactivo. Se revisa literatura sobre el tema propuesto.

Resultados: Tras el diagnóstico, se implementaron medidas físicas, como la movilización temprana y reorientación cognitiva, junto al tratamiento de la infección subyacente. Además, se ajustaron los medicamentos sedantes y se optimizó la hidratación y nutrición. Los resultados de nuestra revisión sugieren que los enfoques terapéuticos descritos resultan esenciales para revertir el delirium precozmente, mejorando el estado funcional del paciente y calidad de vida.

Conclusiones: El delirium hipoactivo en ancianos tiene graves consecuencias si no se trata a tiempo. Este caso subraya la importancia de un enfoque integral, que incluya la identificación temprana, el manejo orgánico y medidas físicas adecuadas, para prevenir la progresión y mejorar la calidad de vida en pacientes geriátricos.

Otros autores:

Pilar Tejedor Bello
Álvaro de Santiago Sánchez
Patricia Menéndez Trillo,
Antonia María Nogales Raedo
Nuria Hostalrich Llopis

Consecuencias de la restricción terapéutica en pacientes mayores en un centro de atención intermedia

Autor principal:

Ester Bermúdez Gómez, Centro de Atención Intermedia Monterols (Institut Pere Mata). Reus. Tarragona

Introducción: El impacto de las restricciones terapéuticas en unidades de rehabilitación hospitalaria, como consecuencia por ejemplo de la pandemia por COVID-19, es solo parcialmente conocido.

Material y métodos: Análisis secundario de un estudio observacional prospectivo en el Centro de Atención Intermedia Monterols (Reus). Se compararon 48 sujetos que permanecían ingresados el primer periodo de la pandemia por Covid-19 ("periodo restrictivo") con 48 ingresados un año antes, que tuvieron la asistencia hospitalaria habitual ("periodo no restrictivo"). Se realizó un análisis bivariado de variables clínicas y demográficas y una regresión logística binaria de las variables significativas.

Resultados: Los dos grupos fueron comparables en edad (77,67 \pm 10,327 Vs. 73,77 \pm 9,891 años) y antecedente de demencia, también en el resto de variables exploradas excepto en los pacientes "sin restricción" que tenían niveles más bajos de albúmina y un índice neutrófilo/linfocito más alto. Los usuarios ingresados en el periodo restrictivo tuvieron un ingreso más largo, mayor número de caídas, menor recuperación funcional de la marcha (escala FAC) y mayor institucionalización al alta. En la regresión, al controlar por el tiempo de estancia e institucionalización, el periodo de restricción se asoció con mayor institucionalización primero y después con menor recuperación funcional.

Conclusiones: El incremento de días de estancia en la unidad, la necesidad de recurso residencial al alta y la peor recuperación de la autonomía de la marcha respecto al estado previo son los factores asociados a la restricción de la actividad terapéutica.

Otros autores:

José Palma
Eva Viñuelas
Marta Ciutat
Immaculada Grau
Elisabet Vilella
Esteban Sepúlveda

Presentación atípica de la enfermedad con cuerpos de Lewy: síndrome corticobasal en el anciano

Autor principal:

Mihaela Alina Sava Hospital Infanta Leonor, Madrid

Resumen:

El síndrome corticobasal (SCB) se manifiesta con síntomas motores asimétricos como parkinsonismo y distonía. Aunque suele asociarse con degeneración corticobasal, parálisis supranuclear progresiva o Alzheimer, también puede presentarse como Enfermedad con cuerpos de Lewy (ECL), con inicio más temprano y menos síntomas típicos de ECL.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 88 años, con seguimiento en Psiquiatría, por sintomatología ansioso-depresiva desde hace 5 años y seguimiento en Neurología por enlentecimiento de la marcha; dificultad para vestirse y para mantener la atención desde hace 3 años. En los últimos 3 meses se añade la disminución progresiva de la fuerza en el brazo derecho, disfagia a líquidos y apatía.

Exploración neurológica: habla disártrica flácida; hipomimia facial; bradicinesia bilateral, con rigidez axial. En las praxis para actos motores intransitivos, se evidencia un déficit en los bimanuales y un componente leve de asternognosia derecha.

PET-FDG: hipometabolismo parieto-occipital bilateral simétrico, con hipermetabolismo subcortical bilateral.

El cuadro clínico corresponde a un SCB, en relación con una ECL en fase prodrómica, sin poder descartar un componente de demencia tipo Alzheimer acompañante, al no disponer de biomarcadores psicopatológicos específicos. Se inicia tratamiento con: Levodopa-Carbidopa; Rivastigmina 4,6mg/bisemanal, parches y Escitalopram 10mg.

La variante atípica de la ECL, que se presenta como un SCB, muestra una evolución clínica distinta, con inicio más temprano y menor prevalencia de síntomas típicos de ECL (trastorno de la conducta, del sueño REM, alucinaciones visuales...) Reconocer esta presentación atípica, excepcional en población geriátrica, resulta crucial para un diagnóstico preciso y manejo adecuado.

Otros autores:

Daniela Castro Guarderas
María Delso González Shenda
Paz Orrego Molina
María Sagrario Manzano Palomo

Perspectivas renovadas: La Vortioxetina, una opción segura para el tratamiento de la depresión

Autor principal:

Patricia Menéndez Trillo, Hospital Universitario de Burgos, Burgos

Introducción: La depresión representa una carga significativa para la salud pública, especialmente entre las personas mayores, quienes enfrentan no solo los desafíos psicológicos de la enfermedad, sino también riesgos adicionales relacionados con la salud cardiovascular. La prevalencia de enfermedades cardíacas y la susceptibilidad a complicaciones como la prolongación del intervalo QT y las arritmias son preocupaciones importantes en esta población vulnerable.

La búsqueda de antidepresivos efectivos y seguros es fundamental, dado que muchos tratamientos actuales pueden presentar efectos adversos significativos en pacientes con comorbilidades cardíacas. En este contexto, la Vortioxetina emerge como una opción terapéutica prometedora, no solo por su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor recidivante, sino también por su perfil de seguridad cardiovascular favorable.

Materiales y Métodos: La paciente en este estudio tiene una historia psiquiátrica de 20 años y experimentó síntomas depresivos recurrentes, incluyendo un episodio tras el parto que inicialmente se diagnosticó como Depresión Postparto y posteriormente como Trastorno Depresivo Mayor Recidivante. Se emplearon escalas de evaluación estándar (BDI, HAM-D) y una evaluación neuropsicológica detallada para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

Dado el riesgo cardiovascular de la paciente, particularmente la preocupación por prolongación del intervalo QT con el uso previo de Venlafaxina, se realizó una evaluación cardiológica exhaustiva. Esta evaluación incluyó el monitoreo del ECG para detectar posibles efectos adversos relacionados con el tratamiento farmacológico, lo cual fue crucial para la decisión de cambiar a Vortioxetina.

La Vortioxetina se seleccionó debido a su mecanismo de acción único y su perfil de seguridad cardiovascular más favorable en comparación con otros antidepresivos. Se inició el tratamiento con Vortioxetina con el objetivo de mejorar los síntomas depresivos y minimizar el riesgo de efectos adversos cardíacos.

Se utilizó una combinación de escalas de evaluación clínica y neuropsicológica para monitorizar la respuesta al tratamiento con Vortioxetina. Los resultados se evaluaron a lo largo de un periodo de 3 años, durante el cual se observó una mejora sostenida en el estado de ánimo, la funcionalidad diaria y la calidad de vida de la paciente.

Resultados: Desde la introducción de la Vortioxetina, la paciente mostró mejoría significativa en los síntomas depresivos, manteniendo estabilidad clínica y sin eventos adversos cardiovasculares importantes durante el seguimiento.

Conclusiones: La Vortioxetina representa una opción terapéutica valiosa para pacientes con Trastorno Depresivo Mayor Recidivante, especialmente aquellos con comorbilidades cardíacas. Su capacidad para mejorar los síntomas depresivos sin comprometer la seguridad cardiovascular la posiciona como una alternativa destacada en el tratamiento de la depresión resistente en personas mayores.

Otros autores:

Cuesta Merino, Silvia
Nogales Raedo, Antonia María
Gil Delgado, Patricia
Hostalrich Llopis, Nuria

Titulo: LA BIBLIOTERAPIA COMO ACTIVO PARA LA SALUD EMOCIONAL EN MAYORES DE 65 AÑOS

Autor principal:

Susana Novella Nebreda , Centro de Salud Almozara, Zaragoza

Introducción: Tras el aumento de consultas relacionadas con problemas de bienestar emocional, desde un centro de salud urbano valoramos la posibilidad de utilizar la Biblioterapia como herramienta terapéutica a través de la recomendación formal de activos para la salud.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo realizado desde Junio 2023 a Agosto 2024. La población diana fueron personas mayores de 65 años con alteraciones del bienestar emocional pertenecientes a la zona básica de salud estudiada.

Se creó un grupo de trabajo con profesionales del equipo de atención primaria, la unidad de salud mental y la biblioteca del barrio.

En el momento de la recomendación, a cada usuario se le entregó un tríptico informativo sobre biblioterapia y un documento con información para entregar en la biblioteca con el motivo de derivación y aspectos a potenciar.

Las variables en el estudio fueron el grado de activación del servicio(Sí/No), grado de mejoría percibida por el profesional(Likert1-5) y grado de satisfacción(Likert1-5).

Para medir los datos se realizó seguimiento telefónico y/o presencial en las consultas de enfermería pasado al menos un mes.

Resultados: Se realizaron 21 recomendaciones. El 61,9%(13) de las personas acudieron y activaron el servicio. El 100%(13) de las personas mostraron una satisfacción igual o superior a 4, con una media total de 4,6 y el 76,9%(10) manifestaron una mejoría igual o superior a 4, con una media total de 4.

Conclusiones: Los resultados obtenidos parecen mostrar que la biblioterapia puede ser una herramienta que contribuye al bienestar emocional de las personas mayores.

Otros autores:

Marina Pola García

María Victoria Oliete García

María Plumed Tejero

María José Bujeda Cavero

María Concepción Martínez Casamayor

Programa integrado enfocado en el impacto de las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad visoespacial en adultos mayores de 65 años

Autor principal:

María Antonia Parra-Rizo, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández de Elche

Introducción: El envejecimiento poblacional plantea desafíos en la capacidad funcional y cognitiva de los adultos mayores, particularmente en las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad visoespacial. Estas áreas son cruciales para mantener la independencia y el bienestar en la vejez. Abordar estas necesidades de manera integral es fundamental para mejorar la calidad de vida de esta población.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es desarrollar y evaluar un programa multicomponente de intervención dirigido a mejorar las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad visoespacial en adultos mayores. Se busca determinar si esta intervención integrada produce mejoras significativas en comparación con intervenciones aisladas, con el fin de proporcionar una base sólida para su aplicación en entornos comunitarios y residenciales para adultos mayores.

Método: Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental con un grupo de intervención y un grupo control, cada uno compuesto por 30 adultos mayores. El grupo de intervención participará en un programa multicomponente durante 12 semanas, con sesiones de 90 minutos, tres veces por semana. Estas sesiones incluirán ejercicios físicos específicos para mejorar las actividades básicas de la vida diaria y actividades cognitivas diseñadas para estimular la capacidad visoespacial. Se utilizarán pruebas estandarizadas para evaluar estas variables antes y después de la intervención.

Resultado: Se espera encontrar mejoras significativas en el grupo de intervención en comparación con el grupo control en las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad visoespacial. Se analizarán los cambios en las puntuaciones de las pruebas correspondientes para determinar la efectividad del programa multicomponente.

Conclusión: Se espera que el programa multicomponente propuesto sea efectivo en mejorar las actividades básicas de la vida diaria y la capacidad visoespacial en adultos mayores. Estos resultados podrían tener importantes implicaciones para el desarrollo de intervenciones de salud preventiva y rehabilitadora dirigidas a esta población. Además, se espera que este programa pueda ser implementado con éxito en diferentes entornos para promover la autonomía y el bienestar en adultos mayores.

Otros autores:

Igor Cigarroa Cuevas
Rafael Zapata-Lamana
Ana Isabel Agustí-López
Jesús González-Moreno
Sergio Sebastián-Amat
Gema Sanchís-Soler
Rodrigo Andrés Yáñez-Yáñez

Conciliación de la medicación al alta en la unidad de psicogeriatría

Autor principal:

Kevin O'Hara Veintemilla, Hospital Ricardo Bermingham, Donostia

Introducción: La conciliación de la medicación (CM) es el proceso de comparar la medicación que toma el paciente habitualmente con la nueva prescrita tras una transición asistencial.

Al alta, el paciente es especialmente vulnerable por tener menor monitorización de su tratamiento en domicilio.

El objetivo ha sido analizar el impacto de la CM al alta hospitalaria realizada por un equipo interdisciplinar en pacientes ingresados en la unidad de Psicogeriatría de un hospital de media estancia.

Materiales y métodos: Estudio cuasi-experimental, en el que se compara un grupo control histórico (GC) retrospectivo (altas marzo-mayo 2023), frente a un grupo intervención (GI) prospectivo (altas marzo-mayo 2024), en el que se comentan las discrepancias detectadas en equipo y se registra la resolución de la intervención propuesta.

Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, farmacológicas y económicas.

Resultados: muestra estudiada 43 pacientes GC, 40 GI. Se realizaron 68 intervenciones, se aceptaron 46 (67,6%), como consecuencia disminuyó el % de pacientes con errores de conciliación (EC) al alta (60,5% GC; 35% en GI) y el número medio de EC/paciente al alta (1,09GC; 0,55 GI). Además, en el GI disminuye el número de prescripciones crónicas en una media de 0.65 y la carga anticolinérgica y sedante en 0.16 puntos.

La intervención supone un ahorro en el coste de tratamiento/mes de 964,82 euros (promedio de 14,29 euros/paciente).

Conclusiones: la CM al alta disminuye el número de pacientes con EC, el número de EC/paciente el número de prescripciones crónicas y la carga anticolinérgica y sedante, suponiendo un ahorro económico.

Otros autores:

Adriana E. San Juan Muñoz
Leire Martínez Alderete
Alexander Ferro Uriguen
Esther Laso Lucas
Idoia Beobide Telleria

Programa multicomponente basado en la evaluación del equilibrio y la función cognitiva: memoria, capacidad visuoespacial, función ejecutiva y orientación en población mayor de 65 años

Autor principal:

María Antonia Parra-Rizo, Facultad de Ciencias Sociosanitarias, Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), Elche

Introducción: El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que plantea desafíos significativos en términos de salud y bienestar. Entre los problemas más comunes que enfrentan los adultos mayores se encuentran el deterioro del equilibrio y de las funciones cognitivas, lo que puede impactar negativamente en su calidad de vida y autonomía. La pérdida de equilibrio aumenta el riesgo de caídas, mientras que los déficits cognitivos, como la memoria, la capacidad visuoespacial, la función ejecutiva y la orientación, pueden limitar la capacidad de realizar actividades diarias de manera independiente.

Ante este panorama, surge la necesidad de desarrollar intervenciones integrales que aborden simultáneamente tanto el aspecto físico como el cognitivo. Investigaciones previas han demostrado que los programas multicomponentes, que combinan ejercicio físico con actividades cognitivas, pueden ser más efectivos que las intervenciones aisladas. Estos programas tienen el potencial de mejorar la salud física y mental de los adultos mayores de manera integral.

En este contexto, se propone un programa de intervención multicomponente diseñado específicamente para adultos mayores, con el objetivo de mejorar su equilibrio y funciones cognitivas. Este programa integra ejercicios físicos dirigidos a fortalecer el equilibrio con actividades cognitivas diseñadas para estimular la memoria, la capacidad visuoespacial, la función ejecutiva y la orientación. La implementación de esta intervención podría proporcionar una solución efectiva y holística para abordar los desafíos de salud asociados con el envejecimiento.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es desarrollar y evaluar la efectividad de un programa multicomponente de intervención en adultos mayores, enfocado en mejorar el equilibrio y las funciones cognitivas, incluyendo la memoria, la capacidad visuoespacial, la función ejecutiva y la orientación. Se busca determinar si esta intervención integrada produce mejoras significativas en comparación con intervenciones aisladas, con el fin de proporcionar una base sólida para su aplicación en entornos comunitarios y residenciales para adultos mayores.

Método: Se diseñará un estudio cuasi-experimental con un gru-

po de intervención y un grupo control. La muestra consistirá en 60 adultos mayores, divididos en dos grupos de 30 participantes cada uno. El grupo de intervención participará en un programa multicomponente durante 12 semanas, con sesiones de 90 minutos, tres veces por semana. Estas sesiones incluirán ejercicios físicos específicos para mejorar el equilibrio, así como actividades cognitivas diseñadas para estimular la memoria, la capacidad visuoespacial, la función ejecutiva y la orientación. Se utilizarán pruebas estandarizadas para evaluar el equilibrio, la memoria, la capacidad visuoespacial, la función ejecutiva y la orientación antes y después de la intervención.

Resultado: Se espera encontrar mejoras significativas en el grupo de intervención en comparación con el grupo control en todas las áreas evaluadas. Se analizarán los cambios en las puntuaciones de las pruebas de equilibrio, memoria, capacidad visuoespacial, función ejecutiva y orientación para determinar la efectividad del programa multicomponente.

Conclusión: Se espera que el programa multicomponente propuesto sea efectivo en mejorar tanto el equilibrio como las funciones cognitivas en adultos mayores. Estos resultados podrían tener importantes implicaciones para el desarrollo de intervenciones de salud preventiva y rehabilitadora dirigidas a esta población. Además, se espera que este programa pueda ser implementado con éxito en entornos comunitarios y residenciales para adultos mayores, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida y promoviendo la autonomía y el bienestar en esta etapa de la vida.

Otros autores:

Igor Cigarroa Cuevas
Rafael Zapata-Lamana
Ana Isabel Agustí-López
Jesús González-Moreno
Sergio Sebastián-Amat
Gema Sanchís-Soler
Rodrigo Andrés Yáñez-Yáñez

¿Depresión o Demencia?

Autor principal:

Jhoana Buitrago Martínez, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Introducción: La catatonía asociada a la depresión debe plantearse en todo paciente mayor con o sin demencia, ya que su tratamiento repercutirá en su pronóstico y calidad de vida.

Material y métodos: Caso clínico de depresión con catatonía y deterioro cognitivo.

Resultados: Mujer de 80 años con síndrome ansioso-depresivo crónico. Acude a Urgencias por declive funcional, apatía e ideación delirante. Se descarta patologías agudas intercurrentes. Orientada como síndrome confusional, ingresa con pauta dequetiapina y haloperidol condicional.

Durante el ingreso presenta disminución del nivel de consciencia, con nula respuesta a estímulo doloroso, mutismo, ausencia de contacto visual, rigidez y negativa a la ingesta. Se plantea el diagnóstico diferencial entre parkinsonismo farmacológico, síndrome confusional persistente y depresión mayor con catatonía. Finalmente se retiran antipsicóticos y se inicia antidepresivo oral, pero ante toma irregular de medicación y fluctuación de la clínica se ensaya clomipramina endovenosa, con mejoría progresiva de la clínica.

Conclusión: La catatonía es un síndrome motor, relacionado con trastornos del estado de ánimo, pensamiento y cognición. Los signos principales son mutismo, inmovilidad, negativismo y catalepsia, como se observó en la paciente. La clínica inespecífica y variable puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones y muerte. Las benzodiacepinas son el tratamiento de elección, aunque hay casos que mejoran tratando la causa, en este caso, el trastorno depresivo. En casos graves o refractarios se puede realizar TEC con una eficacia del 70-80%.

Otros autores:

Pilar Sales Moreno

Talleres de Simulación para formación de cuidadores de pacientes con demencia

Autor principal:

Mercedes Fernández López, Hospital de Atención Intermedia de L'Hospitalet de Llobregat

Introducción: En el Hospital de Atención Intermedia de L'Hospitalet de Llobregat, de marzo del 2023 a marzo del 2024 se han realizado cuatro talleres de simulación dentro de los cursos de formación de familiares de pacientes con demencia.

Material y método: Se pasaba una encuesta de satisfacción, donde se valoraba en una escala de 0 al 10, distintos aspectos de la prueba en general y en particular de cada uno de los talleres.

Resultados: En total asistieron 37 de 31 y 82 años (edad media 58 años). El 83% eran mujeres. El 73% eran hijos del paciente. El 8,3% no tenían estudios, el 30,5% estudios primarios, el 25% secundarios y el 36% superiores. El 47% estaban activos laboralmente, el 38,8% jubilados.

En la encuesta de satisfacción el 89% dio la máxima puntuación en la organización, el 89% en el ambiente del taller, el 92% en cuanto al interés que les había supuesto y el 92% lo recomendarían a otros cuidadores.

En cuanto a los distintos talleres, en el del calzado apropiado el 84% de los participantes dio la máxima puntuación; en el de alimentación el 92%; en el de movilizaciones el 86,4%; en el de adaptaciones en domicilio el 83,7% y en el del control de situaciones disruptivas el 92% dio la máxima puntuación.

Conclusiones: Los talleres de simulación como complemento en los cursos psicoeducativos

Otros autores:

Elisenda Reig
Gemma Soteras
Silvia Melero

Síndrome delirante en la enfermedad de parkinson

Autor principal:

Esperanza Gómez Fernández, Complejo Asistencial de Segovia

Introducción: La psicosis en la Enfermedad de Parkinson (EP) es una característica común, no motora, de la EP y abarca un espectro de ilusiones, alucinaciones y delirios que comprometen la evolución de la enfermedad.

Materiales (método): revisión bibliográfica a raíz de un caso clínico real.

Resultados: presentación de un caso clínico real ingresado en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría: Varón de 69 años con diagnóstico de EP desde hace 6 años y en tratamiento con agonistas dopaminérgicos desde hace 5. No presenta antecedentes previos en salud mental. Desde hace unos meses empieza a presentar ideación delirante de perjuicio con importante repercusión conductual (alteración ciclo -sueño vigilia, heteroagresividad) y emocional. Se decide ingreso para manejo de la clínica psicótica y regulación de las alteraciones comportamentales. Se inicia tratamiento con Quetiapina hasta estabilización del paciente.

Conclusiones: La prevalencia de delirios de forma aislada en la EP se encuentra en torno al 5- 15%, incrementándose a un 50% en pacientes con otras manifestaciones psicóticas comórbidas. Los delirios son de naturaleza paranoica y suelen ser de contenido persecutorio, referencial y de control. El enfoque de manejo inicial debe centrarse en la identificación y el tratamiento de cualquier factor médico contribuyente, la reducción o interrupción de los medicamentos con potencial para inducir o empeorar la psicosis, las estrategias ambientales y la consideración del tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, en caso de asociar demencia. Se puede considerar el uso de pimavanserina, quetiapina y clozapina en la clínica psicótica asociada a la EP.

Bibliografía:

Cullinan, R. J., Richardson, S. J., Yarnall, A. J., Burn, D. J., Allan, L. M., & Lawson, R. A. (2023). Documentation and diagnosis of delirium in Parkinson's disease. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 147(5), 527–535. <https://doi.org/10.1111/acps.13470>

Ffytche, D. H., Creese, B., Politis, M., Chaudhuri, K. R., Weintraub, D., Ballard, C., & Aarsland, D. (2017). The psychosis spectrum in Parkinson disease. *Nature reviews. Neurology*, 13(2), 81–95. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.200>

Pagonabarraga, J., Bejr-Kasem, H., Martinez-Horta, S. et al. Parkinson disease psychosis: from phenomenology to neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurol* 20, 135–150 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00918-8>

[org/10.1038/s41582-023-00918-8](https://doi.org/10.1038/s41582-023-00918-8)

Schneider, R. B., Iourinets, J., & Richard, I. H. (2017). Parkinson's disease psychosis: presentation, diagnosis and management. *Neurodegenerative disease management*, 7(6), 365–376. <https://doi.org/10.2217/nmt-2017-0028>

Segal, G. S., Xie, S. J., Paracha, S. U., & Grossberg, G. T. (2021). Psychosis in Parkinson's Disease: Current Treatment Options and Impact on Patients and Caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 34(4), 274–279. <https://doi.org/10.1177/08919887211018280>

Otros autores:

Aitor Peman Alcazar
Emma Talaya Navarro
Marta Teijeiro Rebolo
Lucía Martín de Francisco Murga

Abordaje multidisciplinar: Estimulación sensorial en el deterioro cognitivo grave

Autor principal:

Marc Montoliu Pallarés, Residencial Azahar del Mediterráneo S.L, Castellón de la Plana (Castellón)

Introducción: Durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2024 se aplica un programa multidisciplinar de estimulación sensorial con la colaboración de profesionales de la psicología y la fisioterapia. Se analizan los resultados observados.

Metodología: El programa se lleva a cabo con una sesión semanal consistente en una fase inicial con movilizaciones pasivas y/o dirigidas según el nivel de activación conductual en ese momento. Una vez ha aumentado el grado atencional hacia los profesionales se presentan diferentes láminas con el objetivo de estimular y reforzar la orientación temporo-espacial. A continuación, se estimulan diversos dominios cognitivos como el lenguaje (Expresión, comprensión), la memoria (Sensorial, CP, LP, Operativa, MT), praxias y capacidades visoconstructivas, alternados con estimulación sensorial con elementos de maderoterapia, cremas multisensoriales y ejercicios de movilidad específicos dirigidos.

Resultados: Se observa como las personas participantes han experimentado una reducción en intensidad y frecuencia en las SPCD, incremento de la activación conductual ajustada a objetivos y mantenimiento de dominios cognitivos.

Abordaje multidisciplinar: Estimulación sensorial en el deterioro cognitivo grave

Conclusiones: Las dificultades para realizar esta investigación en curso están en:

- Exitus
- Pluripatologías
- Dificultad para obtener feedback directo.

Si bien estos hechos no han impedido que desde 2019, Por ello, en septiembre 2024, se decide aumentar a dos sesiones semanales, con nuevos objetivos e hipótesis que introducen a los familiares de forma activa.

Instrumentos valoración:

NPI, MEC-Lobo, hojas de registro.

Otros autores:

Lledó Gas Viciano
Asia Kilani Martínez

La depresión en población mayor hospitalizada

Autor principal:

Raquel Condón Martínez, Hospital Nuestra Señora de Gracia. Servicio de Geriátrica. Zaragoza

Introducción: La depresión en población anciana es una patología grave y prevalente en nuestro medio que precisa un abordaje prioritario.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo transversal descriptivo que incluye pacientes ingresados en el servicio de Geriátrica durante cinco meses. Variables: demográficas, índice de Charlson, antecedentes: dolor crónico, demencia, depresión e insomnio, tratamiento con psicofármacos. Ideación de "fin de vida".

Resultados: La muestra fue de 469 pacientes con edad media 88,67 años, de los cuales un 42,6% tenían antecedente de depresión o toma de antidepresivos, con predominio en mujeres 81,5%. Al ingreso 45% tomaban antidepresivos siendo los más prescritos escitalopram 21%, trazodona 19,5% y mirtazapina 16,5%. Un 1,7% fueron nuevos diagnósticos.

No se encontró relación con lugar de residencia ni con estado civil. El 49,8% tenía demencia y depresión ($p=0,001$). La depresión fue más prevalente en dependientes moderados y severos ($p=0,002$). No se encontró relación con su comorbilidad. El 62,5% de los pacientes con dolor crónico tuvieron depresión. El 57% de los pacientes con depresión tuvo insomnio ($p=0,001$). 46,2% tomaban también benzodiacepinas y 49,1% neurolépticos.

No registramos ninguna ideación de muerte en nuestro estudio.

Conclusiones: La alta prevalencia de depresión con insomnio y de uso de psicofármacos en población anciana justifica la necesidad de un abordaje prioritario.

La depresión es más frecuente en personas mayores con dolor crónico y dependencia funcional con necesidad de un tratamiento óptimo.

Hay una alta asociación entre demencia y depresión en nuestro medio.

Es necesario abordar durante la hospitalización las ideas de fin de vida.

Otros autores:

Romik Méndez Baldeón
Miranda Dóz Arcas
Natalia Rodríguez Osto
Carmen Cánovas Pareja

Cambios longitudinales en Cognición Social y su relación con el estado cognitivo en pacientes con Enfermedad de Parkinson

Autor principal:

Roberto Fernández Fernández, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid

Introducción: Existe un interés creciente en la relación entre el deterioro de la cognición social (CS) y el deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson (EP), si bien hasta la fecha solo disponemos de resultados en estudios transversales.

Método: Evaluamos 32 pacientes con EP y 20 individuos sanos cognitivamente intactos (HC) en un estudio longitudinal prospectivo. Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio y tres años después. Clasificamos a los pacientes como Deterioro Cognitivo Leve (EP-DCL) o cognitivamente normales (EP-CN) siguiendo los criterios de nivel 2 de la Movement Disorders Society. La evaluación de la CS se realizó mediante el test de Historias de Teoría de la Mente (ToM Stories) y el test de la lectura de la mirada en los ojos (RMET), que evalúan la esfera cognitiva y afectiva de la ToM, respectivamente. El reconocimiento de emociones faciales (REF) se evaluó mediante la prueba Karolinska Directed Emotional Faces (KDEF). Se excluyeron pacientes con alteraciones en el test de Benton para Reconocimiento Facial.

Resultados: Al analizar las variables demográficas en los grupos HC (n=20), EP-CN (n=22) y EP-DCL (n=10) encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad y la escolaridad. El ANCOVA de medidas repetidas covariado no reveló diferencias estadísticamente significativas al analizar los cambios en RMET y KDEF, mientras que sí encontró un efecto significativo al analizar ToM Stories ($F=3,31$; $p<0.05$), donde el grupo EP-DCL mostró una evolución más desfavorable en comparación con los otros grupos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que, mientras la ToM afectiva y el REF no se deterioran en esta población no demente en EP, los pacientes con EP-DCL sufren un deterioro tras el seguimiento a tres años en el dominio cognitivo de la ToM. Estos resultados subrayan la evolución diferenciada y la compleja interrelación entre los distintos componentes de la CS.

Otros autores:

Clara Trompeta
Beatriz Fernández-Rodríguez
Guillermo Lahera
Carmen Gasca-Salas

ARRITMIA COMO EFECTOS SECUNDARIO DE LA TOMA DE TRAZODONA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor principal:

Roxana Isabel Singo Guamanarca, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza

Introducción: En los ancianos los trastornos del sueño son más frecuente. La cantidad del sueño se invierte. La trazodona es un fármaco antidepresivo de segunda generación. Sus efectos bloquea los receptores alfa adrenérgicos post sinápticos (hipotensión y el priapismo) receptor de histamina H1 (sedante) No afecta a receptores colinérgicos.

Método: Paciente: Varón de 89 años EPOC, remitido a urgencias por desaturación hasta 62%. Pasa a vitales se inicia VMNI luego BIPAP en planta. Consciente, AC: rítmico AP: hipo ventilación generalizada Rx tórax: Aumento de densidad alveolar basal bilateral + en izquierdo con derrame. ECG: ritmo sinusal a 90x' 1 EV IDG: Neumonía por Gripe A (FINE 160, clase V alto riesgo; CURB 65:2) ICC.IRA. Tto: ceftriaxona y broncodilatadores con lenta y tórpida evolución por agitación y mala adaptación a VMNI. Episodio de ACxFA (trazodona 100 mg) por: insuficiencia respiratoria, antecedente cardiaco y efecto secundario de trazodona con posterior paso a RS tras estabilización y cambio de trazodona por haloperidol. Posterior mejoría del estado general.

Resultados: La trazodona puede causar efectos secundarios, en ensayos aleatorizados se comparó el uso de este con placebo, con mayor incidencia: Sedación, mareos, boca seca y náuseas. Además de hipotensión ortostática y dolor de cabeza. Y el priapismo así como las arritmias cardíacas aunque raras pero graves.

Conclusiones: Este medicamento debemos usar con precaución, aún más en pacientes con enfermedad cardíaca, ya que como en este caso y en diferentes revisiones se informa de arritmias auriculares / ventriculares, que es un efecto secundario raro puede ser mortal.

Otros autores:

María Magdalena Martínez LLaria

Depresión en el adulto mayor

Autor principal:

Alexandra Guerrero Medina, Consorci Hospitalari de Vic, Barcelona

Introducción: La depresión y el deterioro cognitivo son condiciones comunes en los adultos mayores y frecuentemente ocurren al tiempo. La interrelación entre estas dos entidades clínicas es compleja y aún no del todo comprendida, por lo que se requiere un mayor trabajo al respecto para examinar la relación temporal y las conexiones neurobiológicas subyacentes, y de esta forma llegar a conclusiones fehacientes (Bennet. S, Thomas, A. 2014).

Objetivos: Poner en evidencia la asociación existente entre la depresión y la demencia y establecer la importancia de realizar un abordaje integral y un adecuado diagnóstico diferencial.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente masculino de 91 años que acude a urgencias por un intento autolítico en contexto de un cuadro depresivo con síntomas psicóticos. Se indicó tratamiento farmacológico con resolución completa del cuadro. Posteriormente se realizó una valoración neuropsicológica que arrojó hallazgos compatibles con demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer en fase GDS 4 final.

Resultados y conclusiones: En este caso se observó el debut de un trastorno depresivo con síntomas psicóticos en un paciente adulto mayor, en quien luego se filió una demencia, siendo difícil establecer la relación temporal entre estas dos condiciones y si se comporta la depresión como factor de riesgo de demencia, la depresión como consecuencia de demencia o como entidades comórbidas sin relación entre ellas. Pone en evidencia la complejidad de la relación entre demencia y depresión y la importancia de una exploración clínica y complementaria completa.

Otros autores:

Alexandra Guerrero Medina
Lorena Bajo Pena,
Teresa Romero Mas

Efectividad de la terapia electroconvulsiva en paciente geriátrico: a propósito de un caso.

Autor principal:

Marta Díaz Jimenez, Hospital Universitario de Navarra

Introducción: Los cuadros depresivos en el anciano se presentan con frecuencia con clínica somática en la esfera del sueño y de la alimentación, con trastornos de conducta alimentaria (TCA) relacionados con cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos. El síndrome de Cotard es un trastorno delirante raro, manifestado en situación de depresión severa y trastornos psicóticos que puede ser causa de TCA y, en caso de refractariedad a las medidas farmacológicas y psicoconductuales, podría beneficiarse de la terapia electroconvulsiva (TEC).

Caso clínico: Paciente de 90 años, dependiente leve y sin trastorno neurocognitivo filiado que ingresa por sospecha de disfagia. Durante anamnesis se objetivan ideas delirantes sobre la presencia de contenido fecal en la garganta y basura en múltiples órganos con rechazo a la ingesta oral. Se descarta organicidad a través de estudio endoscópico, analítica completa y TC craneal, considerándose como primera opción un trastorno delirante, categorizado por Psiquiatría como síndrome cotaroides en el seno de un posible trastorno depresivo mayor. Por mala tolerancia y escasa efectividad de antipsicóticos recibe sesiones periódicas de TEC con mejoría de la ideación delirante así como de las ingestas, trasladándose a centro de recuperación funcional posteriormente.

Conclusiones: La depresión en el adulto mayor puede ser causa de múltiples trastornos tanto físicos como neuropsicológicos. Los trastornos de conducta alimentaria son una forma de presentación frecuente de depresión en el anciano, precisando un enfoque integral y personalizado. La TEC es un tratamiento bien tolerado, a tener en cuenta en paciente anciano con refractariedad al resto de tratamientos.

Otros autores:

Soledad Domínguez Mendoza
Karme J. Garaioa Aramburu
Débora Moral Cuesta
Ángela Zulema Hernández Amador
Irene Criado Martín

¿Qué pasa cuando el trastorno mental se da en un adulto mayor? El doble estigma.

Autor principal:

María Macías Sánchez, Hospital Regional Universitario de Málaga, UGC Salud Mental (Psiquiatría)

Introducción: Los pacientes con trastorno mental grave constituyen un grupo que son objeto de exclusión y discriminación. Cuando se hacen mayores se enfrentan además al doble estigma de ser mayores (edadismo o ageism) y tener un trastorno mental.

Objetivo: Abordar el concepto de ageism en el paciente con trastorno mental mediante la descripción de un caso.

Caso clínico: Mujer de 76 años diagnosticada de trastorno bipolar, que ingresa en Unidad de Agudos por clínica confusional, previamente autónoma y residiendo sola. A la valoración por el psiquiatra de planta, se observa edema en miembro inferior izquierdo sin fovea de tobillo a rodilla. Se consulta con Medicina Interna, que lo achaca a una insuficiencia venosa crónica sin explorar a la paciente. En unas horas el edema se extiende hasta la cadera y se decide solicitar ecodoppler venoso y angio-tac tórax, objetivándose trombosis venosa profunda extensa con flecmasía cerúlea dolens y tromboembolismo bilateral masivo. Ingresó en Medicina Interna, pero en dos días es trasladada a psiquiatría, para posteriormente terminar en una residencia de tercera edad, sin haberse resuelto la clínica confusional que motivó su ingreso ni hallado sus causas.

Conclusiones: El doble estigma repercute en la creación de barreras de acceso a la salud y en una peor atención de su salud física y mental. El estigma que pueden tener los profesionales sanitarios hacia el trastorno mental de las personas mayores puede conllevar una infradetección e infratratamiento de los problemas de salud. Las actitudes estigmatizantes también proceden de profesionales de salud mental.

Otros autores:

Gloria Pérez Guerrero esumen las 250 palabras.

Demencia por cuerpos de lewy, un reto en domicilio. A propósito de un caso

Autor principal:

Lucía Fernández Mosquera, Hospital Universitario Central De La Cruz Roja, Madrid.

Resumen: La demencia por cuerpos de Lewy es una patología a veces olvidada, con diagnóstico centrado en las manifestaciones clínicas; y que produce una gran sobrecarga de los cuidadores debido a el complicado manejo con psicofármacos; y a las alteraciones del comportamiento y del sueño que en la mayor parte de los casos se producen.

Se presenta el caso de una paciente de 91 años con deterioro funcional severo, que cumple criterios clínicos de Demencia de cuerpos de Lewy, y que valoramos en el Servicio de Atención Geriátrica Domiciliaria a lo largo de varios meses. Se realiza el diagnóstico en domicilio; ya que se objetiva una demencia de curso fluctuante, parkinsonismo, alucinaciones visuales, trastornos del comportamiento con respuesta nula o paradójica a diversos fármacos, trastornos de predominio en tarde/noche.)

Nuestras intervenciones se centran en la valoración geriátrica integral en una primera visita; y en un acercamiento al ajuste de la medicación para el sueño, entre otros.

Se consigue mejoría del trastorno del sueño; sin ser óptima; gracias al inicio de nuevas líneas terapéuticas.

Finalmente, la seguimos hasta el día del alta; en que ingresa en una residencia.

La importancia de este caso se centra en ilustrar con un caso la gran afectación de la persona y del entorno; el preocupante infradiagnóstico; y la elevada tasa de institucionalización por la relevante sobrecarga de los cuidadores que ocasiona esta enfermedad.

Otros autores:

Zúñiga Bartolomé, Cristina
Prieto Castillejo, Ana
Rodríguez Gómez, Paz
Díaz Crespo, Marina Ángela
Sánchez Del Corral Usaola, Francisco

Priapismo como efecto secundario de la toma de trazodona. A propósito de un caso

Autor principal:

María Magdalena Martínez Llaría, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Royo Villanova (Zaragoza)

Introducción: El priapismo es una emergencia urológica que se manifiesta como una erección dolorosa prolongada sin estimulación sexual, y puede provocar complicaciones graves, como la disfunción eréctil. Aunque es más común en hombres jóvenes, también puede ocurrir en ancianos, especialmente relacionado con el uso de fármacos. La trazodona, un antidepresivo frecuentemente recetado para el insomnio en personas mayores, ha sido reportada como una causa infrecuente pero relevante.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios publicados entre 2020 y 2024 en PubMed, Medline y HCE SALUD Aragón. Palabras clave: "trazodona" y "priapismo".

Resultados y discusión: paciente de 75 años con antecedentes de depresión e insomnio presentó priapismo tras iniciar tratamiento con trazodona a 100 mg/día. Consultó en urgencias por una erección dolorosa de duración superior a 4 horas. Se descartaron causas hematológicas y traumáticas, identificando la trazodona como el posible desencadenante. El priapismo se resolvió con tratamiento conservador y suspensión del medicamento. La trazodona puede inducir priapismo por su acción antagonista sobre los receptores α -adrenérgicos, lo que reduce el tono venoso y facilita la irrigación de los cuerpos cavernosos.

Conclusiones: El priapismo inducido por trazodona, aunque raro, debe ser considerado un posible efecto adverso, especialmente en pacientes mayores. El manejo temprano es clave para prevenir complicaciones como la disfunción eréctil. Se recomienda monitorizar y ajustar la dosis en aquellos en riesgo.

Otros autores:

Roxana Isabel Singo Guamanarca

Encefalitis y Más Allá: Manejo Integral de Trastornos Psiquiátricos en el Paciente Geriátrico"

Autor principal:

Patricia Gil Delgado, Hospital Universitario de Burgos, Burgos

Introducción: Los cambios de personalidad en pacientes ancianos, especialmente tras enfermedades neurológicas graves, pueden representar un reto diagnóstico y terapéutico en el ámbito de la psicogeriatría. Este caso describe el manejo de una paciente de edad avanzada con alteraciones conductuales y síntomas obsesivo-compulsivos, desencadenados tras una encefalitis herpética, que evolucionó hacia un cuadro psiquiátrico complejo.

Presentación del caso: Una mujer de 76 años sin antecedentes previos en Salud Mental, ingresa involuntariamente en psiquiatría debido a una pérdida de peso significativa, junto con conductas obsesivas centradas en el control de la glucemia y la actividad física excesiva, lo que dificultaba su manejo domiciliario. La paciente había desarrollado estos síntomas tras una afección neurológica que afectó el lóbulo temporal, lo que también desencadenó ideas delirantes de perjuicio hacia el personal sanitario. Tras estudio por parte de Neurología, se determina como diagnóstico encefalitis autoinmune con manifestaciones psiquiátricas tras infección de herpes virus tipo I. Se revisa literatura sobre el tema propuesto.

Resultados: La combinación de tratamiento neurológico con IgIV y el manejo psiquiátrico con antipsicótico condujo a una mejoría progresiva en la conducta obsesiva, las ideas delirantes y el estado de ánimo de la paciente. Los resultados de nuestra revisión sugieren que la psicogeriatría aborda complejos trastornos mentales en ancianos, considerando comorbilidades y envejecimiento cerebral.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario, combinando tratamientos neurológicos y psiquiátricos. El apoyo familiar y psicosocial es crucial en la rehabilitación, subrayando la necesidad de una atención integral y especializada en esta población vulnerable.

Otros autores:

Pilar Tejedor Bello
Álvaro de Santiago Sánchez
Patricia Menéndez Trillo
Antonia María Nogales Raedo
Nuria Hostalrich Llopis

Pancreatitis necrohemorrágica en paciente con ideación paranoide de perjuicio

Autor principal:

Katia Jacqueline Avila Rosales, Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza

Introducción: Las ideas delirantes son unas de las características principales de los trastornos psicóticos pudiendo ser atribuidas a los efectos fisiopatológicos de una patología orgánica.

Métodos: Caso extraído de la práctica clínica en nuestra unidad de agudos de geriatría. Datos recopilados a través de la anamnesis y exploración detallada.

Mujer de 83 años con dependencia parcial para actividades diarias, ingresa desde urgencias por severas alteraciones de conducta que dificultan el cuidado domiciliario y causan gran sobrecarga familiar. Ideación delirante desde la juventud, exacerbada en los últimos años, y deterioro cognitivo progresivo. Actualmente negativa a la ingesta e ideación paranoide de perjuicio con ideas de envenenamiento. Además, presenta dificultad para deambulación refiriendo dolor lumbar.

Resultados: Afebril, taquicardia, desorientación, sequedad de mucosas, abdomen distendido y dolor difuso. Analíticamente leucocitosis severa, anemia moderada y signos de colestasis. TC abdominal objetiva pancreatitis necrotizante aguda con colelitiasis y colédoco dilatado. Durante el ingreso recibe nutrición parenteral, antibioterapia, y analgesia. Se realiza CPRE con extracción de litiasis y transfusión por anemia. Reintroducción de dieta oral con buena tolerancia, mejoría del dolor lumbar permitiendo deambulación. Disminución de ideación paranoide con el uso de risperidona y clometiazol que se mantienen al alta con seguimiento psiquiátrico. Dos meses después, se realiza colecistectomía laparoscópica programada con buena recuperación.

Otros autores:

Guillermo Menendez Fermin
Noelia Bueno Loraque
Carmen Canovas Pareja

Uso de antipsicóticos en mayores de 65 años atendidos en Psiquiatría

Autor principal:

Sergio Ciria Villar, Hospital General de la Defensa en Zaragoza

Introducción: Aproximadamente la mitad de la población psicogeriatrica en Aragón está en tratamiento con fármacos antipsicóticos, siendo la proporción superior en pacientes con demencia. Los ancianos son especialmente vulnerables a los efectos adversos que estos fármacos implican, por lo tanto, las prescripciones deben ser cuidadosas y adecuadas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un proyecto de mejora en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para evaluar la adecuación de las prescripciones, mediante un registro de variables en las diferentes Unidades de Salud Mental durante 3 meses. Posteriormente se realizó el análisis estadístico correspondiente con el programa SPSS.

Resultados: Se analizaron un total de 164 pacientes, recogiendo tanto el fármaco antipsicótico prescrito como su indicación (psicosis, trastorno de conducta o agresividad, trastorno afectivo, ansiedad o insomnio). El 88,1% de las prescripciones de antipsicóticos en pacientes con demencia se ajustaron a indicación (psicosis, trastorno de conducta o agresividad). La elección del principio activo fue adecuada en el 95% de los casos, con uso preferente de quetiapina sobre risperidona y de dosis bajas respecto a dosis altas.

Conclusiones: En general, la indicación de tratamiento con antipsicóticos en población psicogeriatrica fue adecuada. Sin embargo, en más de la mitad de los casos el fármaco se mantuvo durante más tiempo del deseable y el número de intentos de retirada fue escaso.

Otros autores:

Susana Novella Nebreda
Patricia Gracia García
M^a del Carmen Blasco Fresco
Elena de la Fuente Ruiz
Andrés Castillo Hernández

DEPRESION EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA

Autor principal:

Erwin martin hernandez ocampo, Hospital de Cuidados Intermedios Bernat Jaume -Figueres (Girona)

Introduccion: La depression es frecuente, entre de los síntomas psicológicos conductuales a asociados al deterioro cognitivo (SPCD), aunque a veces también es predecir al del deterioro cognitivo. El objetivo de este estudio: Determinar la frecuencia de depresión de una unidad de psicogeriatría en un hospital de cuidados intermedios desde 1 de enero y 31 de agosto del 2024

Material y metodos: Se recolectaron los datos de forma prospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de depresión de una unidad de psicogeriatría de un hospital de cuidados intermedios desde 1 de enero al 31 de agosto de 2024.

Resultados: Se recolecto datos de 125, de estos 41 (32.8%) tuvieron depresión y la mayoría fueron mujeres 26 (63.4%). Tuvieron Índice Barthel (IB) >60: 10, IB (59-20): 16 y IB <20 : 15. La depresión como parte SPCD, estuvo presente en 37 (90.2%), estos tuvieron : Deterioro cognitivo leve 12, Demencia moderada mixta 7, demencia mixta moderadamente-grave 4, Demencia vascular moderada 5, demencia Alzheimer moderada 4, demencia frontal moderada 4, demencia avanzada tipo Alzheimer 2 y la depresión que evoluciono a demencia 4 (9.75%). Los fármacos utilizados: Vortioxetina 15, Duloxetina 10, Sertralina 3, Citalopram 6, Venlafaxina 2, Mirtazapina 2, Fluoxetina 2, Paroxetina 1

Conclusiones: La depresión es un diagnóstico frecuente en los pacientes estudiados, con una frecuencia 32,8%, la depresión en la mayoría formaba parte de los SPCD en 90,25% y la depresión fue predictor del deterioro cognitivo 9,75%. El antidepresivo más utilizado fue Vortioxetina.

Influencia de la frecuencia de uso de una segunda lengua en la memoria de trabajo en el envejecimiento.

Autor principal:

Ana Isabel Liranzo Grajales, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna – Universitat Ramon Llull, Barcelona

Introducción: El objetivo de este estudio es determinar la influencia de la frecuencia de uso de la L2 en la memoria de trabajo en el envejecimiento medido con la prueba dígitos inversos.

Hipótesis: Un mayor uso de la L2 favorecerá el mantenimiento de la memoria de trabajo en el envejecimiento, obteniendo mejor puntuación en la prueba de dígitos inversos.

Participantes: La muestra final consistió en 47 participantes mayores de 65 años, residentes en Cataluña, cuya lengua materna es el castellano y tienen como L2 el catalán, habiéndose adquirido a partir de los 6 años. Se excluyeron personas sin estudios o que aprendieron a leer y escribir de forma autodidacta, diagnosticadas de deterioro cognitivo moderado o grave, con diagnóstico de demencia, depresión geriátrica o que por su situación funcional no puedan cumplimentar los test de las pruebas.

Método: Se aplicó la encuesta de datos sociodemográficos, cuestionario sobre factores de influencia en la reserva cognitiva (CRC), Language History Questionnaire 3 (LHQ3), MiniMental State Examination (MMSE) y Geriatric Depression Scale (GDS). Se analizaron los resultados de la primera sesión para comprobar que los participantes no cumplieran ningún criterio de exclusión. Se aplicó la prueba de dígitos inversos.

Resultados: Se observa una correlación positiva en la subprueba DIGITOS INVERSOS (WAIS) es decir, a mayor frecuencia de uso de la L2, mejor resultado.

Conclusiones: La frecuencia de uso de una segunda lengua puede ser un factor protector de la memoria en el envejecimiento, participando así en la reserva cognitiva de los sujetos bilingües.

Otros autores:

Olga Bruna Rabassa
Ignasi Ivern Pascual

Mejora en la atención de los pacientes diagnosticados de demencia entre las Residencias Asistidas del Bages y Moianès y la unidad de Demencias del Hospital Sant Andreu

Autor principal:

Joan Catena, Hospital Sant Andreu, C/Remei de dalt 1-3, Manresa (Barcelona)

Introducción: En las Demencias aparecen trastornos del comportamiento y psicológicos que alteran la convivencia entre residentes y/o profesionales. Deben estar integrados en las actividades y establecer vínculos. Ha de existir una fácil comunicación entre profesionales cuando existen estos problemas.

Material y método: Hay que proporcionar un soporte asistencial para un mejor control de los síntomas de demencia y ofrecer el recuso adecuado. Proporcionar vías de comunicación útiles y efectivos a los médicos (objetivo) Instrumentos: Ruta asistencial sobre les Demències al Solsonès-Bages-Berguedà-Moianès, última revisión 2018; Historia Clínica Compartida Catalunya HC3-plataforma IS3; Programa "Gestión de Llamadas"; Comisión de ingresos. Las consultas se realizan a través de la plataforma HC3 o por teléfono al Hospital Sant Andreu. Se organiza por el Programa "Gestión de Llamadas" y se proporciona una respuesta por el geriatra y neuróloga a la solicitud cursada siguiendo la misma vía. Si es preciso el ingreso, se coordina con la Comisión de ingresos HSA. Objetivo: 1 control de SCPD; 2 proporcionar instrumentos de comunicación.

Resultados: Plazas Residencias Asistidas totales: Bages 1617 Moianès 276.

Conclusiones: La atención rápida y directa mejora la calidad de vida. Con frecuencia

Otros autores:

M^a Cristina Pardo
Olga Sabarté
Elena Rovira
Eva Lozano
Maribel Martínez

DETERIORO COGNITIVO EN EL PACIENTE MAYOR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Autor principal:

María Cristina Fernández Coloma, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: El trastorno mental grave (TMG) y el deterioro cognitivo (DC) en el paciente anciano forman parte de un continuum, implicando múltiples desafíos en el proceso diagnóstico, ya que los síntomas prodrómicos de las demencias pueden confundirse con manifestaciones cognitivas propias del trastorno psiquiátrico, especialmente en aquellos que reciben tratamientos como la terapia electroconvulsiva (TEC).

Caso: Mujer de 69 años con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo depresivo con fase catatoniforme. Como antecedentes, factores de riesgo cardiovascular, taquicardia intranodal ablacionada, parkinsonismo farmacológico y Enfermedad de Alzheimer (EA) en familiares. Presenta estudios superiores en filología hispánica. En los últimos años, ha sido hospitalizada repetidamente por episodios de inhibición psicomotriz extrema, con buena respuesta a la TEC. Paralelamente, ha desarrollado fenómenos afásicos (logopenia, disnomia, empobrecimiento prosódico) que empeoraron tras la TEC, además de signos de posible DC frontosubcortical incipiente. En los períodos de estabilidad se realizaron análisis de líquido cefalorraquídeo (compatibles con EA) y dos PET-TAC, el primero sugestivo de Demencia Frontotemporal, pero por disonancia con los antecedentes y la exploración psicopatológica de la paciente se repitió, observando un patrón sugerente de EA, estableciendo el diagnóstico de probable afasia primaria progresiva (APP) variante logopénica e iniciando tratamiento con rivastigmina.

Conclusiones: El diagnóstico de DC en pacientes mayores con TMG representa un desafío por la superposición de síntomas. Es crucial un abordaje multidimensional, incluyendo una valoración geriátrica integral, para optimizar tratamiento y seguimiento. Las pruebas complementarias deben ser interpretadas de forma individualizada y en el tiempo, ya que el DC y la enfermedad mental conforman un continuo dinámico.

Otros autores:

Carlos de Pablo Gallego
María Isabel Ramos García

Revisión sistemática de Alternativas farmacológicas al uso de benzodicepinas en ancianos

Autor principal:

Carlos Murillo González, Hospital Infanta Cristina de Parla

Introducción: El uso de benzodicepinas en la población anciana ha sido objeto de preocupación debido a sus efectos adversos, como la sedación excesiva, deterioro cognitivo, el riesgo de caídas y la dependencia. Por ello, es fundamental explorar alternativas farmacológicas más seguras en este grupo etario.

Método: Se realiza una revisión sistemática de estudios clínicos que compararon el uso de alternativas a las benzodicepinas, como los ISRS, antipsicóticos, pregabalina y gabapentina, en pacientes mayores de 65 años. Se analizaron parámetros como eficacia, tolerabilidad y efectos secundarios.

Resultados y conclusiones:

ISRS: Mostraron una eficacia comparable a las benzodicepinas en la reducción de síntomas de ansiedad. Los efectos secundarios fueron generalmente leves, siendo los más comunes náuseas y disfunción sexual. No se asociaron con un aumento significativo en el riesgo de caídas o deterioro cognitivo. Sin embargo, se observó que el inicio de acción de los ISRS es más lento.

Antipsicóticos: Mostraron una reducción significativa en la ansiedad y la agitación en comparación con las benzodicepinas. Sin embargo, se observó un aumento en los efectos adversos, como el riesgo de eventos cerebrovasculares y efectos extrapiramidales.

Gabapentina y pregabalina: Demostraron eficacia comparable a las benzodicepinas en la reducción de la ansiedad. Los efectos secundarios fueron generalmente leves, siendo los más comunes mareos y somnolencia. No se observaron aumentos significativos en el riesgo de caídas o deterioro cognitivo. Sin embargo, se destacó la necesidad de un ajuste de dosis cuidadoso debido a la variabilidad en la respuesta entre los ancianos.

Otros autores:

Maria Sanchez Duque

La Neuroeducación al servicio de nuestros mayores

Autor principal:

Juan Antonio Alonso Bravo, Centro Asistencial Dr. Villacián, Diputación Provincial de Valladolid.

Introducción: En consonancia con el título del Congreso, el presente Poster parte de la base de investigaciones llevadas a cabo en estas últimas dos décadas con doctores en medicina, psiquiatras, profesores universitarios, diferentes entidades..., y a través de la aplicación de una batería de pruebas hemos podido diferenciar el envejecimiento, el deterioro cognitivo con y sin trastornos de salud mental, plasmados en el libro "La Neuroeducación al servicio de nuestros mayores", en varios Centros Residenciales.

Métodos: La valoración de las funciones cognitivas a través de Evaluaciones sistemáticas nos han permitido la obtención de datos cuantitativos y cualitativos: a lo largo de estos años (2020-2024), la intervención en el Centro Asistencial 'Dr. Villacián' ha ido dirigida a rehabilitar áreas recuperables y estimular otras, en consonancia con el aprendizaje a lo largo de toda la vida, recogido en la Resolución del Consejo sobre el Plan Europeo de Aprendizaje de Adultos 2021-2030.

Resultados: Los estudios longitudinales nos han permitido poner en práctica programas pedagógicos, psicológicos y sociales, algunos novedosos y otros que se venían aplicando adaptándolos a las circunstancias vividas.

Conclusiones: La Agenda 2030, en su Objetivo 3, punto 3.4 propone la prevención y el tratamiento, así como promover la salud mental y el bienestar.

La neuroeducación demuestra que nuestros procesos cognitivos se basan en emociones, los estados de estrés o miedo perjudican el aprendizaje. Un moderado nivel de estrés resulta positivo para el mantenimiento del estado de alerta, concentración hacia una tarea y la inhibición de distractores que perjudican la atención. El envejecimiento es una realidad y los mayores tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales por lo que son más vulnerables.

La anhedonia como factor de riesgo de mortalidad: Un estudio de seguimiento a 22 años

Autor principal:

Dr. David Vaquero Puyuelo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Otros autores:

Dra. Concepción De la Cámara Izquierdo
Dra. Patricia Gracia García
Dr. Miguel Ángel Quintanilla
Dr. Antonio Lobo
Dr. Javier Santabárbara.

Introducción: En un estudio longitudinal de base poblacional, se analizó la influencia del síntoma de anhedonia en la mortalidad de personas mayores de 55 años, controlando factores modificadores y confusores.

Metodología: Se evaluó una muestra de 4.803 participantes en el estudio epidemiológico "Proyecto ZARADEMP", utilizando instrumentos como el History and Aetiology Schedule y el Geriatric Mental State-AGECAT.

Resultados: De los 3.783 sujetos analizados, 2.481 fallecieron durante 22 años de seguimiento. La tasa de mortalidad en quienes presentaron anhedonia fue 3,3 veces mayor que en los que no la padecieron. En el análisis de supervivencia, la mediana de vida de los no casos fue de 11,9 años, frente a 2,9 años en los casos de anhedonia. En un modelo de regresión de Cox univariado, el riesgo de fallecimiento en los casos fue aproximadamente 4 veces mayor. En el análisis multivariado, este riesgo se redujo a aproximadamente el doble, después de controlar por variables significativas. Se concluyó que el 3% de los fallecimientos observados se atribuyen a la anhedonia.

Conclusión: Es crucial diferenciar los síntomas afectivos en varios trastornos psicopatológicos. Este estudio concluye que la anhedonia está significativamente asociada con un mayor riesgo de mortalidad en esta población en concreto.

Perfil del Paciente Adulto Mayor en una Unidad de Conductas Adictivas"

Autor principal:

Mercedes Miryan Vulcano, Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción: El uso de sustancias de abuso en adultos mayores se ha convertido en un importante problema de salud pública. En las últimas cuatro décadas, el número de usuarios mayores ha aumentado a nivel internacional, impulsado por cambios demográficos y un incremento en la expectativa de vida. Este fenómeno plantea un desafío significativo para los servicios de salud y asistencia social, que deben desarrollar estrategias específicas para esta población. Dado el envejecimiento progresivo de la población, se anticipa un aumento en este perfil y en sus necesidades de atención sociosanitaria en los próximos años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el que se recopilaron variables como edad, sexo, estado civil y sustancia principal de consumo.

Resultados y Conclusiones: Entre el 1 de junio de 2023 y el 30 de junio de 2024, se atendieron a 134 usuarios de 60 años o más, predominando el sexo masculino y el alcohol como sustancia principal de abuso. Este estudio representa un primer paso hacia una comprensión más profunda de las características de este grupo etario en nuestra unidad. Es crucial resaltar que esta población presenta necesidades complejas y específicas que requieren atención especializada, dado que exhiben un estado de salud físico, orgánico, psicológico y social más deteriorado en comparación con sus pares sin trastornos por uso de sustancias, así como un deterioro mayor en relación con los jóvenes drogo-dependientes.

Otros autores:

Juana Muñoz Novillo
Isabel Montoya Crous
Lorena Bixquert Pla
Mar Sanabria Ordoñez
Luis Beato Rodríguez

Lundbeck

