

Psicogeriatría

Julio-Septiembre 2011, volumen 3, número 3

XVIII Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría Tendiendo puentes

Simposio: trastornos psicogeriátricos graves

Nuevos fenotipos de la psicosis delirantes de inicio tardío
New phenotypes of late-onset acute psychotic episodes
J. Cervilla, E. de Portugal 101

El trastorno bipolar en los ancianos: diagnóstico y tratamiento
Bipolar disorder in the elderly: diagnosis and treatment
A. Nivoli, E. Vieta 103

Urgencias y situaciones críticas en psicogeriatría
Emergencies and critical situations in psychogeriatrics
J. Olivera-Pueyo, J. Galindo-Ortiz de Landázuri,
C. Pelegrín-Valero 105

Simposio: atención psicogeriátrica en residencias de personas mayores

De la epidemiología a la intervención
From epidemiology to intervention
R. Mateos-Álvarez 107

Atención psiquiátrica en residencias
Psychiatric care in homes for the elderly
A. Pérez-Rodrigo 109

Servicios de promoción de la autonomía personal en el marco de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia: nueva regulación para la dependencia moderada
Services for promoting personal autonomy within the framework of the law on promotion of personal autonomy and care for dependent persons: new regulations concerning moderate dependence
A. Balbontín López-Cerón 111

Simposio: trastornos psicogeriátricos en la comunidad

Atención a los pacientes con demencia en atención primaria en la Comunidad de Madrid
Care for patients with dementia in primary care in the Community of Madrid
E. Tapias 113

Avances en cronobiología y ritmos circadianos
Advances in chronobiology and circadian rhythms
F. Pérez-Crespo 115

Simposio: avances en demencias

Detección de demencias y deterioro cognitivo en la población
Detection of dementias and cognitive impairment in the population
P. Montejo 119

Demencia avanzada
Advanced dementia
J.C. Rovira-Pascual 123

Conferencia magistral

Continuo depresión-demencia: aproximaciones a través de estudios de imagen molecular
The depression-dementia continuum: insights from molecular imaging
G. Smith 125

Simposio: papel de la psicoterapia en psicogeriatría

Psicoterapias de inspiración dinámica
Dynamically inspired psychotherapies
P. Nieto-Degregori 127

Papel de la psicoterapia cognitivo-conductual
The role of cognitive-behavioural psychotherapy
A. Losada, C. Nogales-González, V. Fernández-Fernández 129

Programas de apoyo a cuidadores
Caregiver support programmes
M. Martín-Carrasco 131

Simposio: ¿hacia dónde va la investigación?

Neurobiopsicología del envejecimiento cognitivo
The neurobiopsychology of cognitive ageing
D. Crespo-Santiago, C. Fernández-Viadero 133

¿Hacia dónde se dirige la investigación en Alzheimer?
Where is Alzheimer research going?
P. Martínez-Martín 135

Pósters / Abstracts 137

Normas de publicación / *Instructions to Authors* www.viguera.com/sepg

Nuevos fenotipos de la psicosis delirantes de inicio tardío

Jorge Cervilla, Enrique de Portugal

Esta ponencia revisa los diversos tipos de psicosis tardía, con especial atención al trastorno delirante, considerado por muchos como el trastorno psicótico de inicio tardío por excelencia. Tras una introducción teórica breve y actualizada, se exponen los principales estudios científicos en el ámbito de la definición fenotípica o expresión clínica del trastorno, es decir, la psicopatología y la neuropsicología.

La definición actual del trastorno delirante se cuestiona desde el punto de vista categorial, demostrándose la probable valía de una aproximación dimensional a su psicopatología con la descripción de fenotipos sintomáticos y la comorbilidad del tras-

torno delirante con otros trastornos psiquiátricos. Se describen también las diferencias entre la psicopatología de la psicosis tardía en comparación con la población general y con otras poblaciones psicóticas de inicio más precoz.

Finalmente, se aborda el área cognitiva, de tanta importancia en el anciano: se muestran estudios empíricos que definen la neuropsicología del trastorno delirante en comparación con población general y esquizofrénica, y se cuestiona la supuesta ausencia de defecto cognitivo en estos pacientes en particular, en el plano de la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas.

Hospital Universitario San Cecilio; CIBERSAM; Universidad de Granada (J. Cervilla). Hospital Gregorio Marañón; Madrid (E. de Portugal).

© 2011 Psicogeriatría

El trastorno bipolar en los ancianos: diagnóstico y tratamiento

Alessandra Nivoli, Eduard Vieta

El trastorno bipolar es un trastorno frecuente en los ancianos, con una prevalencia de 0,1-0,4%. Además, un 10% de los pacientes bipolares padece el primer episodio maniaco después de los 50 años de edad, en cuyo caso a menudo es secundario a una enfermedad médica [1]. El trastorno bipolar se manifiesta en los ancianos con una presentación clínica heterogénea, con episodios maníacos menos graves y episodios depresivos más frecuentemente mixtos respecto a los pacientes jóvenes. El deterioro cognitivo resulta un síntoma fundamental, incluyendo déficit en la atención selectiva, memoria verbal y funciones ejecutivas [2], y puede llevar a un mal diagnóstico, con consecuentes errores en el tratamiento y además una mala adhesión del paciente. El tratamiento en general sigue los mismos principios que en los pacientes jóvenes, con diferencias debidas a cambios farmacocinéticos, comorbilidad médica (problemas metabólicos, endocrinos, respiratorios y renales) y psiquiátrica (abuso de sustancias, ansiedad, demencia), y mayor sensibilidad a los efectos secundarios [3]. Sin embargo, las dosis tienen que ser más bajas y la titulación, más prudente. Algunas guías clínicas internacionales sobre el tratamiento del trastorno bipolar incluyen recomendaciones para el tratamiento de estos pacientes ancianos [4,5], a pesar de la escasez de estudios clínicos aleatorizados controlados específicos. El litio se ha demostrado eficaz en los síntomas tanto depresivos como maníacos y en la prevención del suicidio, pero debido a su toxicidad y efectos secundarios, otras posibilidades pueden ser la carbamacepina, el valproato y los antipsicóticos atípicos. La guías clínicas CANMAT e ISBD recomiendan el uso de aripiprazol debido a resultados positivos en la reducción de síntomas depresivos y maníacos en un estudio clínico abierto de 12 semanas en 20 pacientes ancianos [6]. El uso de antidepresivos en monoterapia

no está recomendado y necesita una atención especial debido al riesgo de virajes maníacos, igual que en los pacientes jóvenes.

Nuestras observaciones sobre una muestra de 604 pacientes bipolares tratados en el Programa del Trastorno Bipolar del Hospital Clínic de Barcelona han evidenciado la presencia de un 11,7% de pacientes con edad mayor de 65 años ($n = 70$), con una edad media de $71,9 \pm 5,4$ años. Los pacientes ancianos se han comparado con el grupo de pacientes jóvenes en las variables clínicas: las variables cuantitativas se han estudiado con el test t de Student o U de Mann-Whitney (si la distribución no era normal), mientras que las variables categóricas se han estudiado con las tablas de contingencia (chi al cuadrado). La significación se definió por $p < 0,05$ (doble cola). Los resultados de nuestras inferencias estadísticas han demostrado algunas características que difieren de manera estadísticamente significativa entre los dos grupos de pacientes. Comparados con los pacientes jóvenes (edad < 65 años; $n = 529$; 88,3%), los pacientes ancianos padecen con mayor frecuencia un diagnóstico de trastorno bipolar tipo II (45,6% frente a 28%; $p = 0,003$), están más frecuentemente casados (94,2% frente a 55,8%; $p < 0,001$), tienen un nivel de estudios más bajo (69,4% frente a 47%; $p = 0,001$), mejor adhesión al tratamiento (80,7% frente a 66,5%; $p = 0,030$), menos síntomas psicóticos durante el curso de la enfermedad (42,3% frente a 58,8%; $p = 0,008$) y al inicio de la enfermedad (18,3% frente a 33,5%; $p = 0,045$), más síntomas melancólicos (49,1% frente a 34,4%; $p = 0,035$), menos síntomas de depresión atípica (7,8% frente a 22,9%; $p = 0,013$) y más historia familiar de suicidio (28,1% frente a 14,7%; $p = 0,009$). Los pacientes ancianos tienen una edad al inicio de la enfermedad significativamente mayor (45,8 frente a 25,6 años; $p < 0,001$) y una mayor edad a la primera hospitalización (59,1

Programa de Trastorno Bipolar.
Hospital Clínic. Universitat de
Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM.
Barcelona.

© 2011 Psicogeriatría

frente a 30,9 años; $p < 0,001$). El número de episodios maníacos es menor (2,1 frente a 2,5; $p = 0,043$), pero el número de episodios hipomaniacos es significativamente mayor en los pacientes ancianos (8,4 frente a 4,65; $p = 0,040$). Los pacientes ancianos están tratados menos frecuentemente con litio (21,4% frente a 54,7%; $p < 0,001$), más frecuentemente con antidepresivos tricíclicos (18,6% frente a 4,9%; $p > 0,001$) y no presentan otras diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento.

Bibliografía

1. Sajatovic M. Treatment of bipolar disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 865-73.
2. Monczor M. Bipolar disorder in the elderly. *Vertex* 2010; 21: 275-83.
3. Vieta E. Bipolar disorder in later life. *N Engl J Med* 2007; 357: 1564-5.
4. Goodwin GM; Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition – recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2009; 23: 346-88.
5. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord* 2009; 11: 225-55.
6. Sajatovic M, Coconcea N, Ignacio RV, Blow FC, Hays RW, Cassidy KA, et al. Aripiprazole therapy in 20 older adults with bipolar disorder: a 12 week, open label trial. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 41-6.

Urgencias y situaciones críticas en psicogeriatría

Javier Olivera-Pueyo, José Galindo-Ortiz de Landázuri, Carmelo Pelegrín-Valero

Introducción

Con el progresivo envejecimiento poblacional cada día son más frecuentes las consultas generadas por la población mayor; este hecho no es una excepción para las urgencias psiquiátricas. En algunos de estos servicios, las urgencias psicogeríatras han aumentado desde un 5% hasta un 12% [1].

Algunas de las principales características de la atención a pacientes geriátricos en los servicios de urgencias psiquiátricas son:

- Elevado grado de comorbilidad médica y neurológica asociadas.
- Frecuente aparición de alteraciones del comportamiento como manifestación de trastornos mentales orgánicos.
- Frecuentes reacciones a los psicofármacos.
- Gravedad de los intentos de suicidio en la población mayor.

Por ello podemos considerar que la atención psicogeríatrica urgente requiere una atención específica y bien planificada.

Consulta psicogeríatrica urgente

Cuando se realiza un análisis de la demanda psicogeríatrica en los servicios de urgencia, los motivos de consulta más frecuentes son [2]:

- Agitación.
- Agresividad.
- Alucinaciones e ideas delirantes.
- Intoxicaciones agudas por alcohol o fármacos.
- Intentos de suicidio.

En cuanto a las conductas agresivas, la mayoría se producen en el contexto familiar y pueden incluir acciones impulsivas, gritos y llanto continuo. El seguimiento continuo del cuidador y el vagabundeo

(y consiguiente extravío del domicilio) constituyen conductas que también generan consultas urgentes frecuentes.

Respecto a los diagnósticos, los más prevalentes son los expuestos en la tabla [2].

Es importante destacar las urgencias que generan los pacientes con demencia y sus complicaciones asociadas (suponen un tercio del total), y también los cuadros psicóticos, que a pesar de su menor prevalencia global, suponen en total una cuarta parte de las urgencias. Por el contrario, los trastornos afectivos, mucho más prevalentes, suponen una menor carga para los servicios de urgencias. Es lógico pensar que los motivos de consulta psicogeríatrica urgente (agresividad, agitación, alucinaciones y delirios) son mucho más frecuentes en pacientes con demencia y con psicosis.

Recomendaciones para la atención a pacientes psicogeríatricos en urgencias

Existen una serie de características que hacen de la atención psicogeríatrica urgente una asistencia particular [3]:

- Conocer la situación y el contexto del paciente.
- Posibilidad de comunicación con un acompañante o cuidador.
- Valorar las funciones cognitivas y el estado de conciencia.
- Descartar el abuso de sustancias, alcohol y fármacos.
- Cribado de ideas y conductas suicidas.
- Considerar la situación que ha desencadenado la consulta urgente.
- Considerar la posibilidad de abuso o maltrato del anciano.
- Solicitar una segunda opinión en caso de duda (geriatras, médicos de atención primaria, médicos de urgencias...).

Programa de Psicogeriatría.
Hospital San Jorge (J. Olivera-Pueyo, C. Pelegrín-Valero).
Hospital Provincial Sagrado Corazón (J. Galindo-Ortiz de Landázuri). Huesca.

© 2011 Psicogeriatría

Tabla. Diagnósticos más frecuentes en las urgencias psicogerítricas [2].

Demencia	29,9%
Psicosis de inicio tardío	14,3%
Esquizofrenia	11,7%
Trastornos afectivos	11,7%
Abuso de sustancias	9,1%
Otros	23,4%

- Valorar posibilidades racionales y reales de derivación posterior.

La atención práctica urgente en psicogeriatría incluirá por tanto protocolos de evaluación cognitiva y conductual breves y muy prácticos (especialmente en el tema de la agitación y el delirio), así como un rápido diagnóstico diferencial de los posibles cuadros somáticos y farmacológicos acompañantes [4].

Cuando pensamos en la atención psicogerítrica urgente nos imaginamos un servicio de urgencias

psiquiátricas hospitalarias donde se dispone de los métodos de exploración complementaria y la tecnología más especializada; sin embargo, no debemos olvidar uno de los rasgos esenciales de la psiquiatría geriátrica, la atención domiciliaria. Por ello, también resultaría de gran utilidad disponer de un equipo multidisciplinar de urgencias psicogerítricas domiciliarias, lo cual permitiría la atención del anciano en su domicilio y evitaría hospitalizaciones innecesarias, manteniendo la filosofía propia de la psicogeriatría [5].

Bibliografía

1. Thienhaus OJ, Rowe C, Woellert P, Hillard JR. Geropsychiatric emergency service: utilization and outcome predictors. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 1301-5.
2. Nizato K, Suzuki M, Kawada F, Oshima K, Matsushita M. Analysis of psychogeriatric patients in the psychiatric emergency system. *Psychogeriatrics* 2003; 3: 109-14.
3. Thienhaus OJ, Piasecki MP. Assessment of geriatric patients in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 639-42.
4. Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. Guía esencial de psicogeriatría. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
5. Barton R, Whitehead JA. A Psycho-geriatric domiciliary emergency service. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 107-8.

De la epidemiología a la intervención

Raimundo Mateos-Álvarez

Desde los primeros estudios epidemiológicos en centros residenciales de personas mayores, llevados a cabo en los años sesenta, se conoce la elevada prevalencia de trastornos mentales en este tipo de instituciones. Estudios posteriores arrojan las habituales diferencias de cifras entre aquellos que parten de fuentes epidemiológicas primarias o secundarias. Los estudios del primer tipo son más fiables pero menos numerosos; utilizan entrevistas psiquiátricas validadas, al interrogar a la totalidad de las nuevas admisiones o a muestras representativas de los centros, y arrojan las más altas prevalencias (80-94%). La prevalencias son menores cuando se infieren de los diagnósticos consignados en los historiales de los residentes o cuando se ignoran submuestras de residentes (p. ej., los afectados por demencia, como aconteció en el estudio ECA).

La mayoría de los estudios analiza algunos síndromes, fundamentalmente el deterioro cognitivo-demencia o el depresivo, o los trastornos psicóticos. Sólo una minoría de estudios incluye trastornos como el abuso de alcohol, los trastornos de ansiedad o el rango completo de trastornos mentales. Lógicamente, la prevalencia también se ve influida por la tipología del centro, que oscila entre los destinados exclusivamente a pacientes con demencia a otros que admiten a personas mayores más o menos autónomas (residencias de 'válidos' y 'no válidos', siguiendo la terminología clásicamente utilizada en nuestro medio).

A pesar de estas limitaciones metodológicas, la investigación epidemiológica pone de manifiesto una elevada prevalencia de trastornos mentales. La prevalencia de demencia en estos centros oscila entre el 12-95%, siendo la mediana del 58%. Entre dichos pacientes con demencia, la prevalencia de trastornos psicológicos o de la conducta oscila entre el 38-92% (mediana: 78%). La prevalencia de depresión mayor oscila entre el 5%-25% (mediana: 10%),

mientras que resulta mucho mayor la horquilla de la sintomatología depresiva, un 14-82% (mediana: 29%). La prevalencia de abuso o dependencia de sustancias, fundamentalmente alcohol, varía entre el 1-10%.

Desde una perspectiva clínica, y a pesar de sus limitaciones metodológicas, merecen mencionarse los resultados del *National Nursing Home Survey*, llevado a cabo en Estados Unidos en 2004, que incluyó los datos de 1.317.292 residentes. Las prevalencias de los grandes síndromes psiquiátricos fueron: demencia, 52,2% (dos terceras partes con síntomas conductuales reseñables); depresión mayor, 1,3%; síndrome depresivo, 35%; trastorno bipolar, 1,5%; trastornos de ansiedad, 11,7%; abuso/dependencia de alcohol, 1%, y esquizofrenia, 3,6%.

La limitada información disponible en España apunta prevalencias similares. En un estudio sobre 558 ancianos de varios centros residenciales, en torno a un 30% presentaba sintomatología depresiva; un reciente estudio en residencias de diverso tipo encontró una prevalencia de demencias del 61,7%.

Los estudios de la prescripción de psicofármacos en residencias alertaron desde hace más de tres décadas de una elevada prevalencia de prescripción de benzodiacepinas y neurolépticos, y, por el contrario, de una insuficiente prescripción de antidepresivos. Además, sólo se monitorizaba una pequeña parte los prescritos, y excepcionalmente por parte de psiquiatras. Paralelamente, creció la preocupación sobre la utilización excesiva de medidas de contención mecánica en estas instituciones.

La alarma generada condujo al Congreso estadounidense, en 1987, a promulgar una profunda reforma legal del sector, en el marco de la *Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA). Dicha reforma legislativa conllevaba la obligación de llevar a cabo encuestas periódicas para comprobar si se estaba cumpliendo la nueva normativa. En lo que concier-

Departamento de Psiquiatría (USC) y Unidad de Psicogeriatría (CHUS). Santiago de Compostela.

© 2011 Psicogeriatría

ne a salud mental, se dictaminó con carácter preceptivo un cribado al ser admitido en la residencia y una revisión anual sistematizada por medio de un *Minimum Data Set* (MDS), que incluía diversos aspectos relacionados con la salud mental. Cuando los resultados del MDS sugerían déficits o empeoramiento de la salud, la enfermería procedía a cumplir un protocolo de segundo nivel, el *Resident Assessment Protocol* (RAP). Éste incluía aspectos relacionados con la salud mental, como delirio, deterioro cognitivo, bienestar psicosocial, afectividad, trastornos conductuales, empleo de psicofármacos y medidas de contención mecánica.

La mencionada reforma legal produjo cambios importantes a lo largo de la década siguiente, pero además motivó la puesta en marcha de intervenciones docentes destinadas a cambiar los hábitos de prescripción de psicofármacos en estos contextos. Ensayos controlados de dichas intervenciones demostraron su eficacia, más allá de los efectos atribuibles a la simple reforma legal. Sin embargo, se critica la escasez de estudios farmacoepidemiológicos que hayan examinado adecuadamente el efecto que haya podido tener la adhesión a la normativa OBRA sobre el control de los síntomas, estado funcional, calidad de vida y otros resultados relevantes para la salud mental de estos residentes.

Estudios llevados a cabo también en Estados Unidos en las dos últimas décadas han puesto de manifiesto cambios de distinto signo:

- Aumento de las prescripciones de neurolépticos, pero más modernos y con un perfil mayor de seguridad.
- Mayor tasa de prescripción de antidepresivos.
- Dosificación inadecuada de éstos.

En general, los expertos valoran positivamente el impacto que tuvo la normativa OBRA en Estados Unidos sobre la prescripción de psicofármacos y la contención mecánica, aunque se plantean dudas sobre la idoneidad del procedimiento estandarizado de cribado para determinar el estado de salud mental al entrar en la residencia, ni parece que haya mejorado significativamente el acceso a los servicios de salud mental.

Cada vez resulta más patente que los estudios de eficacia de intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, llevadas a cabo en adultos no son extrapolables a la población que vive en residencias, afecta de una notable polimorbilidad, dependencia, deterioro cognitivo y con las limitaciones inherentes a su institucionalización. Si bien aumenta el número de ensayos clínicos que se llevan a cabo en estas poblaciones, es un área necesitada de investigación epidemiológica.

A pesar de algunas mejoras llevadas a cabo, todos los datos corroboran que la población de las residencias de personas mayores presenta una elevada prevalencia de trastornos mentales, éstos están insuficientemente diagnosticados y los tratamientos farmacológicos resultan con frecuencia inadecuados o no son monitorizados con la debida continuidad por parte de psiquiatras o profesionales expertos en salud mental.

La principal conclusión es de tipo ético, una quiebra del principio de equidad incluso en los países con buen nivel de asistencia sanitaria: las necesidades psiquiátricas de estos residentes son mayores que los de la población comunitaria de referencia, mientras que la atención psiquiátrica que reciben es de menor calidad. La principal conclusión investigadora es que la epidemiología en este sector ha alertado del problema y contribuye a evaluar los intentos de resolverlo, pero aún resulta insuficiente.

Bibliografía

1. Conn DK. Practical psychiatry in the long-term care home: a handbook for staff. 3 ed. Cambridge, MA: Hogrefe; 2007.
2. Monforte-Porto J, Fernández-Rojo C, Díez-Boizas J, Toranzo-Martín I, Alonso-Jiménez M, Franco-Martín M. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 1998; 33: 13-20.
3. Reichman WE, Katz PR. Psychiatric care in the nursing home. New York: Oxford University Press; 1996.
4. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1025-39.
5. Streim JE, Katz IR. Psychiatric aspects of long-term care. In Sadavoy J, Jarvik LE, Grossberg GT, Meyers BS, eds. *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry*. 3 ed. New York: W.W. Norton; 2004. p. 1071-102.

Atención psiquiátrica en residencias

Arantza Pérez-Rodrigo

La patología psiquiátrica en el anciano presenta una elevada prevalencia que aumenta con la mayor esperanza de vida. Destacan por su frecuencia los trastornos del sueño, cuadros de depresión, irritabilidad-ansiedad y delirios psicóticos, que en muchas ocasiones forman parte de los trastornos de conducta asociados a la demencia. Frecuentemente, los delirios son de perjuicio (p. ej., envenenamiento con la comida), robo o celotipia.

La adaptación a los cambios fisiológicos, funcionales, psíquicos y sociales producidos con el envejecimiento conllevan en muchas ocasiones la aparición de patología psiquiátrica, sobre todo ansiedad y depresión, al no ser capaces de desarrollar habilidades de afrontamiento ante situaciones de dependencia física por pérdida de funcionalidad, situaciones de soledad por pérdida de familiares y amigos, etc.

Son muy frecuentes también los cuadros confusionales agudos desarrollados en el contexto de un cuadro infeccioso. En ocasiones no se diagnostican correctamente y, por tanto, tampoco se tratan de manera adecuada, sino que se prescriben neurolépticos que agravan los síntomas en vez de resolver el cuadro. Se trata de un ejemplo de iatrogenia farmacológica, origen frecuente de alteraciones del comportamiento, delirios, etc.

En las residencias encontramos a menudo casos de alcoholismo de años de evolución, que conllevan una problemática social importante, lo cual condiciona su institucionalización.

Actualmente, como consecuencia del cierre de centros psiquiátricos, llegan a las residencias ancianos que han pasado una gran parte de su vida institucionalizados en dichos centros.

El tratamiento de las patologías psiquiátricas en las residencias es muy heterogéneo. Una minoría de establecimientos dispone de profesionales de psiquiatría en el equipo asistencial; la mayoría cuenta

con el apoyo de los centros de salud mental. Sin embargo, la asistencia directa y diaria corresponde al médico de la residencia, ya que es quien está más próximo y controla al paciente constantemente. Si es necesario se deriva al centro de salud mental e incluso, en casos de crisis agudas graves, a los servicios de urgencias hospitalarias y en algunos casos directamente al centro psiquiátrico de referencia.

La asistencia en una residencia se basa en la valoración geriátrica integral por parte del equipo interdisciplinar para abarcar todas las esferas del individuo: física, mental, funcional y social. En este entorno, el tratamiento de las patologías psiquiátricas lo realiza un equipo multidisciplinar. Una vez valorado el paciente, se establecen los diferentes tratamientos farmacológicos y terapias indicadas. La valoración y seguimiento se realiza de forma global, activa (anticipándonos y no actuando solo ante las crisis), flexible (adaptándose a cualquier cambio o imprevisto), ágil (para responder con rapidez), continuada (de forma mantenida para hacer un seguimiento sistemático) e individualizada (formando parte del plan de atención individualizada). Todo ello requiere coordinación entre los diferentes equipos dentro de la residencia y con los profesionales de los centros de salud mental de referencia.

Mención aparte merece el 'miedo' ante las patologías psiquiátricas por parte de algunos profesionales de los equipos de las residencias. Debemos tener en cuenta que la mayoría de estos profesionales son de sexo femenino y la causa de este miedo suele residir en posibles reacciones agresivas en estados de agitación durante las crisis que se pueden presentar.

Es necesario ofertar formación continuada específica para abordar este tipo de ancianos e indicar pautas de actuación y conductas de contención claras y concisas con el fin de proporcionar la capacitación y confianza necesarias.

Departamento Médico.
Dirección Asistencial. Residencia
Etxe-Maitia. Basauri, Vizcaya.

© 2011 Psicogeriatría

Bibliografía

1. Agüera LF, Cervilla J, Martín M. Psiquiatría geriátrica. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
2. De la Serna I. Salud mental en el anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de consenso: organización de la asistencia en psiquiatría geriátrica (programa de salud mental). Ginebra: OMS-WPA; 1997.
4. Jacoby R, Oppenheimer C. Psiquiatría en el anciano. Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.
5. Martín M. Trastornos psiquiátricos en el anciano. Anales Sis San Navarra 1999; 22 (Supl 1): 95-108.
6. Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz de Azua MA. Psicogeriatría. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Vol. 3. 1 ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2010.

Servicios de promoción de la autonomía personal en el marco de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia: nueva regulación para la dependencia moderada

Antonio Balbontín López-Cerón

La Ley de dependencia estableció la gradualidad en la efectividad de las prestaciones de dependencia, estableciendo un calendario para su aplicación progresiva. Durante sus primeros cuatro años de vigencia se han hecho efectivos los derechos de las personas valoradas en el grado III, de gran dependencia, y en el grado II, de dependencia severa. Desde el pasado 1 de enero de 2011 ha entrado en vigor la efectividad del derecho de quienes sean valorados en el grado I de dependencia moderada, nivel 2, y a partir del 1 de enero de 2013 será efectivo el de quienes sean valorados en el grado I de dependencia moderada, nivel 1.

Por tanto, ha sido necesario regular cuáles serán las prestaciones concretas que podrán reconocerse a las personas con dependencia moderada

Esta nueva regulación establece el carácter prioritario de la prevención de las situaciones de dependencia, indicando que debe formar parte de todas las actuaciones que se realicen en el ámbito del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. No se ha pretendido diferenciar la prevención en un único servicio, la pretensión es que la prevención impregne todos los servicios del catálogo para que, con independencia del servicio prestado, se preste implícitamente la prevención.

Buscando la sostenibilidad del sistema se ha pretendido impulsar los servicios de promoción de la autonomía personal, siendo por tanto necesaria una mayor concreción de estos servicios, dotándolos de un contenido específico.

Sin duda, dentro de los servicios, para la dependencia moderada, se ha optado fuertemente por los servicios de promoción de la autonomía personal en la medida en que existe obligación de garantizar, como derecho subjetivo, la promoción de la autonomía personal evitando el avance de la situación de dependencia precisamente en los primeros momentos de su aparición. No sólo es justo para las

personas beneficiarias del derecho, sino que además es profundamente sostenible económicamente porque constituye una auténtica inversión de futuro al retrasar situaciones de dependencia más acusadas y contribuir a la creación de un auténtico motor de actividad económica.

Los servicios de promoción de la autonomía personal son la auténtica opción para la dependencia moderada, regulándose de una manera más exacta el contenido prestacional de este servicio, superando la inconcreción del Real Decreto 727/2007. Debemos tener en cuenta que para los grados III y II la promoción de la autonomía personal se estaba prestando fundamentalmente en el marco de otros servicios, en especial servicios de atención residencial y centros de día. Para las personas en situación de dependencia moderada se ha definido un servicio específico, con identidad propia.

De esta manera se ha realizado un esfuerzo por concretar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal, definiendo como servicios propios de la promoción de la autonomía los siguientes:

- Habilitación y terapia ocupacional.
- Atención temprana.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- Apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales.

Por otra parte, se ha realizado un importante esfuerzo para que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar se configure como una prestación de carácter excepcional; con ese fin se introduce una mayor concreción en la regulación de los requisitos y condiciones de acceso a esta prestación.

Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Imsero. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

Atención a los pacientes con demencia en atención primaria en la Comunidad de Madrid

Ester Tapias

Introducción

Según el Plan Nacional de Atención a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la atención primaria debe ser el centro y eje fundamental de la atención y coordinación del paciente con demencia, pero las circunstancias reales de asistencia a este colectivo no son siempre las ideales. A continuación se analiza la situación en la Comunidad de Madrid desde el punto de vista de la atención primaria.

Cartera de servicios de atención primaria. Actividades de prevención y promoción de la salud en las personas mayores

En 1994, la cartera de servicios incluyó el servicio denominado 'Prevención y detección de problemas en el anciano'. Este servicio se dirige a las personas de 75 años o más y su objetivo es la promoción de la salud, la prevención primaria y la detección de las patologías más prevalentes en este grupo de edad. En el momento actual existen tres servicios relacionados con la atención a este colectivo: prevención y detección de problemas en personas mayores, atención a la persona mayor frágil y atención al paciente con demencia.

Diferencia de recursos en las distintas áreas de Madrid para la atención a los pacientes con demencia

En el estudio realizado en 2003 sobre los recursos disponibles para la atención a las demencias destacaba la distribución poco homogénea de recursos sanitarios de apoyo en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento domiciliario de los pacientes con de-

mencia. Se analiza la evolución hasta 2011, con cambios significativos que homogeneizan esta atención, como la existencia del servicio de atención al paciente con demencia que protocoliza de alguna manera la atención al paciente con esta patología, la oferta homogénea de cursos a todas las áreas sanitarias desde la Agencia Laín Entralgo y la creación del Área Única, que posibilita, al menos teóricamente, el acceso del paciente a servicios a los que antes no podía acceder al no estar disponibles en su área sanitaria (como el servicio de geriatría).

Centro de Salud Comillas.
Área Centro de Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

Prevalencia de demencia registrada en atención primaria

Se analizaron 35.078 historias clínicas de mayores de 65 años en las áreas sanitarias 8 y 11 de Madrid y se encontraron 977 demencias registradas (prevalencia de demencia registrada del 2,79%), 72,5% mujeres y 27,5% hombres, edad media de $83,0 \pm 6,9$ años, con incremento en ambos sexos al aumentar la edad hasta llegar al 6,28% (intervalo de confianza: 5,21-7,34%) a los 90-94 años, estacionándose posteriormente. No se encontraron diferencias entre áreas en la prevalencia global de demencia ni en su distribución por sexo o grupos de edad (Tabla).

Utilización de los servicios sanitarios de los pacientes con demencia

Existe una mayor utilización de los recursos del centro de salud por la población con demencia. Hay un aumento del número de visitas anuales de los pacientes tanto a la consulta del médico como de enfermería y también se realizan más visitas a domicilio a los pacientes con demencia que a la población general. Las visitas a domicilio de enfermería

Tabla. Prevalencia de demencia por sexo y grupos de edad.

		Pacientes (n)	Pacientes con demencia (n)	% prevalencia de demencia (IC 95%)	p
Sexo	Mujer	21.473	708	3,30 (3,06-3,54)	< 0,005
	Hombre	13.605	269	1,98 (1,74-2,21)	
Grupo de edad (años)	65-69	8.134	29	0,36 (0,23-0,49)	< 0,001
	70-74	8.113	82	1,01 (0,79-1,23)	
	75-79	6.876	187	2,72 (2,34-3,10)	
	80-84	5.522	286	5,18 (4,59-5,76)	
	85-89	3.628	225	6,20 (5,42-6,99)	
	90-94	1.976	124	6,28 (5,21-7,34)	
	≥ 95	829	44	5,31 (3,78-6,83)	
Total		35.078	977	2,79 (2,61-2,96)	

se duplican, en muchos casos debido al cuidado de heridas y escaras en pacientes con demencias moderadas y graves.

Tratamiento farmacológico de los pacientes con demencia

En el estudio realizado en las áreas 8 y 11 de Madrid se encontró que el 26,8% de los pacientes con diagnóstico de demencia registrado recibían tratamiento con anticolinesterásicos. El 35% de los pacientes con diagnóstico de demencia recibían neu-

rolépticos, un 18% antidepresivos y un 36% benzodiazepinas.

Bibliografía

1. Tapias-Merino E, De Hoyos-Alonso MC, Garrido-Barral A. Diferencia de recursos en las distintas áreas de Madrid para la atención a los pacientes con demencia. *Actual Neurol Envejec* 2003; 1: 282-6.
2. Tapias-Merino E, De Hoyos-Alonso MC, Garrido-Barral A. Atención a los pacientes con demencia en atención primaria de salud. In: Libro blanco sobre la demencia y enfermedad de Alzheimer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Siglo; 2005. p. 27-43.
3. Cartera de Servicios estandarizados de Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria. Madrid: Comunidad de Madrid; 2006.

Avances en cronobiología y ritmos circadianos

Francisco Pérez-Crespo

Desde los seres más sencillos hasta los más complejos, como los humanos, existen sistemas reguladores que generan oscilaciones con periodos de aproximadamente 24 horas, que denominamos ciclos circadianos (relojes circadianos). Básicamente, el sistema circadiano está formado por vías de entrada de señales externas, un marcapasos central y vías de salida de las señales del marcapasos. Uno de los ritmos más importantes para la mayoría de las especies es el ciclo luz-oscuridad, que en los seres humanos regulariza las funciones de los estados de sueño y vigilia. La gran precisión del ciclo luz-oscuridad ambiental ha favorecido la selección de la luz como el estímulo sincronizador más importante en la mayoría de los sistemas circadianos conocidos.

El estímulo, que es la luz, tiene lugar a través de la retina por medio de unas células específicas, las células ganglionares especiales. En los somas de estas células se han descubierto los fotorreceptores circadianos; estas células tienen una capacidad fotosensitiva directa debido a la presencia de un pigmento, la melanopsina, que parece ser responsable de la transmisión de la información luminosa con el marcapasos central que conforma el núcleo supraquiasmático a través del tracto retinohipotalámico, un haz de fibras que discurre por el nervio óptico.

A principios del siglo xx se inició la cronobiología como ciencia –con el concepto de reloj biológico–, pero el análisis adecuado de los fenómenos cíclicos no se realizó hasta la década de los cincuenta, impulsado por los pioneros de los equipos de Aschoff y Hallerg.

El aumento de la esperanza de vida de la población es uno de los fenómenos más destacables que está ocurriendo en todas las sociedades desarrolladas del mundo. Algunas de las razones más importantes de este hecho son los avances de la medicina y la generalización de hábitos sanos en alimentación, higiene y ejercicio físico.

El alargamiento de la vida, sin embargo, representa un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier agresión porque conlleva una reducción global de los diferentes mecanismos de reserva del organismo y una aproximación entre las situaciones de normalidad y enfermedad. El sueño es un estado fisiológico en el que el nivel de vigilancia está disminuido y el individuo reposa o descansa. Pero esta apariencia externa de depresión funcional es engañosa. En realidad, la fisiología del sueño es tan compleja como la de la vigilia en su regulación endocrina, metabólica o cardiorrespiratoria. El estado de sueño puede sufrir alteraciones por motivos físicos o psíquicos, que ocasionan trastornos potencialmente graves.

Los efectos del sistema circadiano sobre el envejecimiento producen una pérdida de melatonina nocturna, la cual se asocia a un mayor daño oxidativo, inmunosupresión y aparición de cierto tipo de cánceres.

Por otra parte, la lesión del núcleo supraquiasmático va seguida de un envejecimiento prematuro. El trasplante de un núcleo supraquiasmático fetal a un animal viejo permite no sólo la recuperación de los ritmos circadianos, sino que paralelamente se alarga su periodo de vida por encima de los controles.

Los patrones del sueño cambian con la edad, los niveles de ansiedad y muchos otros factores. Normalmente, las personas más jóvenes tienen mayores concentraciones de sueño profundo. Diferencias encontradas son: temperatura, cambios electroencefalográficos, niveles de cortisol en saliva al despertar, niveles de melatonina, cambio en los hábitos y afrontamiento, variabilidad de la personalidad, enfermedades mentales, edad y sexo. Existen biomarcadores del envejecimiento que afectarían la edad cronológica: bioquímicos, endocrinos, inmunológicos, comportamentales, morfológicos y cronológicos

Servicio de Psiquiatría. Área V (Yecla-Jumilla). Servicio Murciano de Salud.

© 2011 Psicogeriatría

Hay evidencias clínicas de la relación entre la alteración de los ritmos circadianos y los síntomas de la depresión. Entre ellos destacarían los cambios de humor diurnos, patrón de actividad diaria, organización día/noche y concentración alterada.

El sistema circadiano envejece, como ocurre con otros sistemas del organismo. Con el envejecimiento se produce una reducción progresiva de la amplitud, un adelanto de fase y una tendencia al aumento de la inestabilidad interdiaria de los ritmos circadianos. El registro combinado de los ritmos de actividad motora y de la temperatura periférica, durante al menos una semana, puede ser de utilidad como marcador de envejecimiento que complete otros marcadores biológicos clásicos. La alteración de los ritmos circadianos como consecuencia de los hábitos de vida que impone la sociedad de 24 horas, siete días a la semana, afecta negativamente la salud y la calidad de vida, induciendo un envejecimiento acelerado. El envejecimiento se acelera cuando no se respetan los ciclos de día y de noche del cuerpo. La melatonina muestra un máximo durante la noche, el pico de cortisol se produce en el momento de despertar y la temperatura corporal aumenta durante la tarde.

Cuando el orden corporal interno se rompe, se habla de cronodisrupción y sea asocia a numerosas patologías, como insomnio nocturno, somnolencia diurna, depresión, obesidad, hipertensión, resistencia a la insulina, trastornos en el tránsito intestinal, absorción y utilización de psicofármacos, úlcera gastroduodenal...

Es posible medir el grado de envejecimiento de una persona a través de los cambios que experimentan sus ritmos circadianos, y sabemos que la cronodisrupción produce un envejecimiento acelerado. Las personas con elevados ritmos irregulares en sus patrones de vida, con baja actividad física y con baja exposición a la luz brillante, son personas con un mal funcionamiento circadiano. El aumento de la luz nocturna, los turnos de trabajo y vivir las 24 horas sin respetar los ciclos de reposo y actividad se pueden asociar con un aumento de cáncer o con trastornos como el síndrome metabólico. La incidencia de infartos tiene un aumento significativo con la población, según la contaminación, las estaciones y los horarios.

Una de las funciones del sistema circadiano es mantener una estructura temporal interna adecuada entre las diferentes variables que muestran ritmos biológicos. Es muy importante no ya la existencia de ritmos biológicos, sino que se mantenga una relación de fase con otros ritmos de variables que desempeñan funciones que necesariamente han

de coordinarse entre sí. Para mayor complejidad y maravilla de nuestro organismo, el patrón circadiano no es propiedad de un tejido en su conjunto, sino que puede reducirse aún más a la actividad periódica de cada una de las células del reloj, siendo el comportamiento resultante un promedio de los comportamientos de cada una de las células que componen el núcleo supraquiasmático.

Esta estructura temporal discurre como una partitura musical en la que la alteración de los patrones temporales de sus notas cambia el sentido de la obra. Todavía queda por saber cuáles son los mecanismos por los cuales estas células se comunican, estableciendo una única oscilación maestra que imparte una ritmicidad única al resto del cuerpo.

Estos cronotipos se asocian con diferencias interindividuales en diversos patrones de sueño, personalidad y riesgos psicopatológicos en adolescentes, adultos y mayores. Estos aspectos tienen, por tanto, gran importancia en la práctica diaria en ámbitos como el diseño de horarios laborales, realización de viajes transmeridionales (*jet-lag*), rendimiento deportivo profesional y rendimiento académico, cambios estacionales y, en general, en el ámbito de la salud y el bienestar psicológico. El desajuste entre la orientación de la persona y los horarios de su entorno podría generar importantes problemas de sueño e incrementar alteraciones físicas o psicológicas. Se ha reconocido que los ritmos circadianos están determinados en gran parte por factores genéticos.

El término 'cronopsicología' se refiere a la disciplina que se propone estudiar los ritmos del comportamiento por ellos mismos, lo que implica que los procesos psicológicos también varían en el tiempo de manera periódica regular y previsible.

Las variaciones conductuales pueden variar en un cambio total en un 10% y la variación en la eficiencia de ejecución es equivalente en magnitud al efecto de dormir sólo tres horas o de ingerir el límite legal de alcohol.

Tanto los efectos de aprendizaje como de fatiga son muy difíciles de controlar. Dado que el ritmo circadiano tiene un periodo de 24 horas, su estudio requiere muestrear como mínimo un periodo completo. Pero la superposición del ritmo sueño-vigilia provoca que durante las horas de oscuridad –en condiciones normales– los sujetos duerman unas ocho de 24 horas, un tercio del día.

Realizar un registro conductual de este periodo implica mantener al sujeto privado de sueño o bien despertarlo regularmente para que efectúe las pruebas. Ambas alternativas resultan insatisfactorias, aunque la segunda parece una estimación menos sesgada de las condiciones normales. Una alternati-

va consiste en limitar las observaciones al periodo de vigilia. En cronopsicología también se detectan ritmos circasemanales unidos a la propia actividad laboral, aunque su estudio durante mucho tiempo se redujo a la actividad escolar.

El bienestar subjetivo presenta una clara variación de siete días: el máximo se presenta el viernes y el sábado, y el mínimo, entre lunes y miércoles.

Nos basamos en pruebas subjetivas. Suelen medirse en escalas psicométricas, en las que el sujeto debe efectuar su estimación del 'estado actual' ante una variable o constructor determinado. Su objetivo es recoger la valoración del estado (activación y bienestar) en que el propio sujeto cree hallarse en el momento de su aplicación.

Se cumplimentan en muy poco tiempo, pueden responderse en condiciones autoaplicadas (en casa o en el lugar de trabajo) y no requieren un entrenamiento laborioso.

Las más utilizadas son las analógico-visuales. Se trata de segmentos de centímetros con los dos polos extremos de la variable seleccionada, determinando el estado 'peor' (izquierda) y 'mejor' (derecha).

La alerta presenta un patrón que aumenta rápidamente durante las primeras horas de la mañana y alcanza su pico máximo entre las 11:00 y las 14:00 h, momento a partir del cual inicia una lenta pero continuada disminución.

La variación de somnolencia durante la vigilia es bifásica y opuesta a la de alerta: elevada puntuación inmediatamente después de levantarse (7:00-9:00 h) y en el intervalo de acostarse (21:00-23:00 h).

Las pruebas objetivas incluyen tareas que ponen en marcha una capacidad del sujeto para cumplimentarla. Los trabajos cronopsicológicos obtienen diferencias según se realice una valoración cuanti-

tativa (normalmente rápida, el tiempo utilizado en ejecutarla) o cualitativa (errores, lapsus, olvidos...). En algunos casos, a mayor velocidad, peor calidad o menor precisión en la tarea.

Las tareas simples incluyen el conjunto de tareas perceptivomotoras medidas a través de tests conectados a procesos atencionales, cuyo denominador común es priorizar la velocidad de respuesta. Son respuestas repetitivas que requieren un procesamiento de información simple, y las diferenciamos en tareas de vigilancia y tareas de detección o discriminación de señales, con un elevado componente motor.

Entre las tareas complejas diferenciamos las de memoria y la que requieren una complejidad cognitiva mayor.

Bibliografía

1. Álamo C, López-Muñoz F, Armada MJ. Agomelatina: un nuevo enfoque farmacológico en el tratamiento de la depresión con traducción clínica. *Psiquiatr Biol* 2008; 15: 125-39.
2. Ciarleglio CM, Axley JC, Strauss BR, Gamble KL, McMahon DG. Perinatal photoperiod imprints the circadian clock. *Nat Neurosci* 2011; 14: 25-7.
3. Lored J. Sleep in America. National Sleep Foundation. URL: <http://www.sleepfoundation.org/article/press-release/poll-reveals-sleep-differences-among-ethnic-groups>. [08.03.2010].
4. Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K, Rasmussen J. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28: 329-33.
5. Kasper S, Hale A, Lemoine P, Quera-Salva MA. Superior efficacy results of agomelatine in a pooled analysis versus SSRI/SNRI. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010; 20 (Suppl 3): S348-9.
6. Donga E, Van Dijk M, Van Dyjk JG, Biermasz NR, Lammers GJ, Van Kralingen K, et al. A single night of partial sleep deprivation induces insulin resistance in multiple metabolic pathways in healthy subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 2963-8.

Detección de demencias y deterioro cognitivo en la población

Pedro Montejo

Introducción

Actualmente hay un número importante de personas, sobre todo mayores, con deterioro cognitivo no diagnosticado [1]. Estas personas constituyen una población vulnerable con numerosas factores de riesgo: calidad de vida muy disminuida, accidentes, consultas repetidas y tratamientos mal orientados, descontrol de la medicación y de sus otras patologías, dificultades en la vida cotidiana, etc. Es necesario realizar el diagnóstico de estas personas y sobre todo un diagnóstico precoz, pues entonces se pueden evitar o disminuir riesgos, comenzar un tratamiento precoz, informar a la familia del modo adecuado para buscar su colaboración, adaptar aspectos de la vida y vivienda del paciente, evitar complicaciones económicas, retrasar la evolución de la demencia y la institucionalización, etc. Este diagnóstico precoz es recomendado por guías de atención especializadas [2], estudios científicos e incluso por declaraciones políticas [3], aunque no se recomiendan los estudios de cribado generales ni en sujetos asintomáticos [4].

Hay varias estrategias para el diagnóstico precoz. Dado que se desaconseja la realización de campañas de cribado de deterioro cognitivo en la población, la detección se hace en la consulta. El medio de detección más importante es, evidentemente, la historia clínica obtenida del sujeto y los acompañantes.

Para la detección de demencias y deterioro cognitivo en la población los objetivos son varios, pero se concretan en dos: detectar si hay deterioro cognitivo y discriminar la gravedad de este deterioro –normalidad, deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia–.

Cuando se quiere detectar la demencia o el deterioro cognitivo surgen, entre otras, una serie de dificultades:

- ¿Hasta dónde llegan la ‘normalidad’, el DCL y la demencia?
- Según los criterios de detección (DSM-IV, ICD-10, CAMDEX, consenso clínico...) hay más o menos demencias.
- ¿Cómo estamos valorando? Lo poblacional, es decir, los puntos de corte, las medias, datos normativos y, por otra parte, el individuo con su singularidad.
- ¿Los tests neuropsicológicos valoran aunque no tengan baremos adecuados para todos los rangos de edad? Con frecuencia, las pruebas tienen los mismos baremos para una persona de 75 años que para una de 85 años.
- Algunas complicaciones frecuentes: depresión y otras alteraciones psiquiátricas.
- Las actividades de la vida diaria y la exigencia del entorno.
- ¿Son resolutivas las pruebas de imagen?
- Otros problemas: la demencia frontal y la patología pseudodepresiva, tiempo del deterioro para diagnosticar (¿6 meses?)...

Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

Aspectos diarios de la detección

El paciente acude a nuestra consulta con quejas de memoria o bien es traído por olvidos cotidianos. A este paciente se le realiza la historia clínica y en nuestro centro sigue generalmente, no siempre, un proceso con dos niveles de valoración.

Vamos a realizar los planteamientos siguientes con una muestra de referencia de nuestro centro: 998 sujetos, de los cuales 614 normales y 384 con deterioro cognitivo. De los primeros, 98 con alteración de memoria asociada a la edad y 516 sin alteración, y del segundo grupo, 334 con DCL y 50 con demencia tipo Alzheimer (DTA).

Tabla I. Normales frente a DTA (bien clasificados).

	Normales	DTA
MMSE	99,7%	78,7%
Test de siete minutos	99,3%	90,9%
Sólo preguntas de orientación temporal del MMSE (corte 2/3)	99,3%	62,2%
Lista de palabras de Wechsler	99,3	82,1

Tabla II. Normales frente a DCL (bien clasificados).

	Normales	DCL
MMSE	89,8%	58,6%
Test de siete minutos	90,5%	74,2%
Lista de palabras de Wechsler ^a	88,9	76,1

^a Análisis discriminante tomando puntuación primera, total, demorada y reconocimiento.

Primer nivel de valoración

Quejas de memoria

La prevalencia de quejas de memoria entre población mayor es del 25-50% [5]. Un estudio poblacional en la ciudad de Madrid [6] encontró una prevalencia del 32% y halló como factores predictores el rendimiento cognitivo, la depresión-ansiedad, la calidad de vida y las dificultades en las actividades de la vida diaria [7], de manera que ante una persona con quejas de memoria hay que plantearse no sólo la posible alteración cognitiva, sino la presencia de otros factores como los mencionados.

Olvidos cotidianos

En este caso es la familia la que suele llevar al paciente. Un listado de olvidos cotidianos y su relación con el deterioro es el que tenemos en la escala de deterioro global (GDS) de Reisberg et al [8]. En nuestra población de referencia encontramos que los olvidos del GDS que más discriminaban entre ambos grupos (normales y con deterioro) eran: desorientación en lugares no familiares, olvido de hechos actuales importantes, dificultades para viajar y controlar la economía, pérdida de objetos de uso habitual y olvido de datos importantes como teléfono o dirección. Otros no discriminan: olvido de nombres, olvido de personas nuevas, dificultad para expresarse o decir el nombre de las cosas, dificultades para el manejo de objetos, olvido de datos importantes de su historia personal... Sin embargo, los olvidos cotidianos de la GDS discriminan muy mal entre DCL y DTA.

Pruebas de cribado

Con los datos del apartado anterior tenemos sospecha de deterioro. El siguiente paso es administrar pruebas de cribado. En este primer nivel pasamos unas pruebas generales: test minimental (MMSE) y

test de los siete minutos (con sus subtests: orientación temporal, fluidez semántica, test del reloj y subtest de memoria visual). Ambos discriminan bien entre normales y pacientes con DTA (realizado mediante regresión logística) (Tablas I y II).

Si hacemos la curva COR para el test de siete minutos diferenciando a sujetos normales de los pacientes con DCL, observamos que el área bajo la curva es de 0,918, y el punto de corte, de 50/51, con una sensibilidad de 0,819 y una especificidad de 0,842.

En la prueba de siete minutos para diferenciar DCL y DTA, el punto de corte de 5/6 da una sensibilidad de 0,864 y una especificidad de 0,822 (área bajo la curva: 0,888).

Vemos pues que ambas pruebas son aceptables para la diferenciación entre normales y DTA. Sin embargo, el test de siete minutos es más válido que el MMSE para el diagnóstico de DCL.

Segundo nivel de valoración

Valoración específica neuropsicológica

Una vez que tenemos una gran probabilidad de que haya deterioro cognitivo, buscamos afinar más este diagnóstico y planteamos pruebas específicas, más exigentes o más completas de memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias y gnosias. En este segundo nivel se trata de diferenciar entre DCL y DTA y los casos dudosos de DCL, que pueden ser los de pérdida de memoria asociada a la edad. Se utilizan las siguientes pruebas:

- *Memoria lógica*: textos de la escala de memoria de Wechsler.
- *Memoria visual*: test abreviado de Rey
- *Lenguaje*: FAS, categorías semánticas, test de denominación de Boston.
- *Funciones ejecutivas*: *Trail Making Test A* y *B*, *BADS*.
- *Otras*: para praxias, gnosias...

Tabla III.

Normales frente a DTA + DCL (bien clasificados)

	Normales	DTA+DCL
Pfeffer	93,0%	42,9%

Normales frente a DTA (bien clasificados)

	Normales	DTA
Pfeffer	98,8%	61,9%

DTA frente a DCL (bien clasificados)

	DCL	DTA
Pfeffer	98,6%	54,8%

Curva COR: área, 0,907; punto de corte, 7/8; sensibilidad, 0,833; especificidad, 0,862.

Con estas pruebas se tiene un nivel suficiente para ver qué áreas cognitivas están alteradas, pero de cara al diagnóstico de demencia es necesario estudiar las alteraciones funcionales.

Alteraciones funcionales

Una condición para el diagnóstico de demencia es que haya alteración en las actividades de la vida diaria (aspecto social, laboral-ocupacional o de las actividades habituales que antes realizaba). En el DCL se supone que estas alteraciones no existen o son mínimas. La información debe obtenerse tanto de los pacientes como de sus familiares, pues en algunos estudios es un factor predictor de DTA cuando los pacientes no son conscientes de estos déficits y son los familiares-cuidadores quienes los notifican [9].

Utilizamos la escala de Lawton-Brody y la de Pfeffer. El estudio demostró que algunas actividades (de la escala de Lawton-Brody), como el uso del teléfono, la toma de medicación, el uso de medios de transporte y el manejo de la propia economía, eran predictoras de desarrollo de demencia un año más tarde; la *odds ratio* subía desde 10,6 cuando se era dependiente en una actividad a 318,4 cuando se era dependiente en las cuatro actividades [10].

Puede observarse que la prueba clasifica mejor a los que tienen menos alteraciones en la vida diaria (Tabla III).

Conclusión

Con este protocolo se diferencia entre mayores sin deterioro cognitivo o con deterioro y los diversos grados de deterioro. Quedan sin embargo límites entre los que no es posible diferenciar más que con el juicio del profesional y la evolución del cuadro, pues ni la clínica, ni la evaluación neuropsicológica o funcional, ni las pruebas de imagen, ni los antecedentes familiares (de los últimos 30 pacientes con DTA, el 53,3% tenían familiares de primer grado con demencia) resuelven de modo seguro el problema diagnóstico.

Bibliografía

1. Zunzunegui-Pastor MV, Del Ser T, Rodríguez-Laso A, García-Yébenes MJ, Domingo J, Otero-Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria Aten Primaria 2003; 31: 581-6.
2. National Collaborating Centre for Mental Health, Social Care Institute for Excellence (SCIE), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dementia: supporting people with dementia and their careers in health and social care. National clinical practice guideline no. 42. London: NICE; 2006.
3. Parlamento Europeo. Declaración por escrito sobre las prioridades en la lucha contra la enfermedad de Alzheimer. [08.10.2008].
4. Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2003.
5. Jonker C, Geerlings M, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population based studies. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 893-991.
6. Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestú F. Subjective memory complaints in the elderly: prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population based study in the city of Madrid. Aging Ment Health 2011; 15: 85-96.
7. Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestú F. Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. Arch Gerontol Geriatr [aceptado].
8. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. Global Deterioration Scale. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-9.
9. Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment prediction of AD. Neurology 2002; 58: 758-64.
10. Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia. Age Ageing 1993; 22: 457-63.

Demencia avanzada

Joan Carles Rovira-Pascual

Actualmente, la mayoría de personas que padecen una demencia llegan a estadios avanzados de ésta y en muchos casos requieren institucionalización.

Dado que nos enfrentamos a una enfermedad por ahora no curable, deberíamos abordarla, en la fase más avanzada, como una enfermedad terminal, similar al cáncer. Por ello, la estrategia de cuidados paliativos parece la más apropiada para el manejo de la demencia avanzada, siendo los principales objetivos el mantenimiento de la calidad de vida, la dignidad y el confort [1].

En la demencia terminal, los signos de deterioro cognitivo son graves (miniexamen cognitivo < 2 o Pfeiffer > 9) y existe afasia con limitación grave del lenguaje (< 6 palabras), incapacidad para el baño y aseo, incapacidad para reconocer miembros de la familia, e incapacidad motriz y del tono muscular (incapacidad de deambulación o movilización autónoma, signos extrapiramidales con mayor rigidez y alteración reflejos posturales, el paciente pasa la mayor parte del tiempo encamado o en una cama-silla, hay incapacidad para mantenerse sentado o para sostener la cabeza) [2].

Existe dificultad para tragar los alimentos o negativa a comer, lo suficientemente grave para que el paciente no cubra sus necesidades básicas de alimentación e hidratación, con lo cual, algunas veces, se llegan a plantear recursos alternativos como alimentación por sonda nasogástrica o la nutrición parenteral.

La enfermedad de Alzheimer en fase avanzada se ha definido en los ensayos clínicos como alteración cognitiva con test minimental < 10, ADAS-COG con 30 puntos o más y un estadio 6 o 7 en GDS o FAST.

Los instrumentos de valoración han de basarse en las funciones cognitivas que persisten, y por ello deben ser sencillos, con preguntas comprensibles y que permiten habitualmente algunas ayudas. Exis-

ten instrumentos como el *Severe Impairment Battery* y el *Test for Severe Impairment* para medir los aspectos cognitivos, y se utiliza habitualmente el inventario neuropsiquiátrico para los aspectos conductuales [3].

De por sí, la edad avanzada ya supone un reto para la valoración, dada la frecuente coexistencia de problemas auditivos y visuales, y las altas tasas de analfabetismo funcional en las personas más mayores de nuestro entorno.

A menudo, los tests neuropsicológicos más frecuentemente utilizados no están adaptados a una población de edad avanzada y la mayoría se dirigen a sujetos alfabetizados y de cultura urbana. Una duración excesiva de los tests condiciona cansancio y suele haber lentitud en realizar las pruebas por parte de ancianos con falta de motivación y falta de comprensión del objetivo del test. Así, muchas pruebas quedan incompletas o sesgadas [4].

Las neumonías, cuadros febriles o problemas en la ingesta constituyen complicaciones frecuentes del paciente con demencia avanzada y se asocian con elevada mortalidad a los seis meses.

En el estudio de Mitchell et al [5], a lo largo de un periodo de 18 meses, el 54,8% de pacientes fallecieron y la probabilidad de neumonía fue del 41,1%, de episodio febril del 52,6% y de problemas en la ingesta del 85,8%. También aparecieron otros síntomas como disnea (46%) y dolor (39,1%) (Tabla). Existe habitualmente una grave incapacidad funcional asociada que requiere supervisión continua [5].

Algunos estudios ponen de relieve la práctica de intervenciones de dudoso beneficio para la calidad de vida del paciente en los estadios más avanzados. Un buen conocimiento del pronóstico por parte de los cuidadores principales del paciente y de los profesionales que lo atienden disminuye este tipo de intervenciones.

Hospital Sant Jaume.
Consorci Hospitalari de Vic.
Manlleu, Barcelona.

© 2011 Psicogeriatría

Tabla. Características de pacientes institucionalizados con demencia avanzada ($n = 323$) (adaptado de [5]).

Edad (años)	85,3 ± 7,5
Sexo (femenino)	276 (85,4%)
Estado civil (casado)	64 (19,8%)
Estancia media (años)	3,0
Tiempo hasta diagnóstico de demencia (años)	6,0
Ubicación en unidad específica de demencias	141 (43,7%)
Etiología de demencia	
Demencia tipo Alzheimer	234 (72,4%)
Demencia vascular	55 (17,0%)
Otras	41 (12,7%)
Problemas asociados	
Cáncer activo	4 (1,2%)
Enfermedad pulmonar crónica	36 (11,1%)
Insuficiencia cardíaca	57 (17,6%)
Puntuación en la escala Bedford	21,0 ± 2,3
Puntuación de 0 en <i>Test for Severe Impairment</i>	233 (72,1%)

Pese a ello, algunas veces podemos plantearnos intervenciones con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente, como puede ser hospitalización en caso de fractura o bien determinados tratamientos [6].

En la toma de decisiones es fundamental considerar el grado de evolución de la enfermedad, valorar la crisis actual, la frecuencia de complicaciones, la opinión previa del enfermo si ésta ha podido recogerse (testamento vital, voluntades anticipadas...), la propia actitud del paciente ante los cuidados y la del personal sanitario que permanece más horas con el, el grado de control sintomático y confort que se puede conseguir, la opinión de la familia, y también deberán siempre evitarse juicios subjetivos en relación a la calidad de vida [7].

En lo que se refiere al tratamiento farmacológico, cabe valorar su utilidad considerando siempre el riesgo/beneficio, tener en cuenta la vía de administración, y valorar la seguridad en la administración y las interacciones medicamentosas.

No está justificado iniciar un tratamiento para dislipemia, hipertensión arterial, diabetes (vigilar cetoacidosis), antiagregación o anticoagulación en las fases más avanzadas.

Siempre deberíamos preguntarnos: si instauramos un tratamiento, ¿habrá cambios importantes en la situación mental o física respecto a la basal?, ¿mejorará la calidad de vida del paciente? [8,9].

Finalmente, no debemos olvidar el abordaje de los síntomas neuropsiquiátricos del paciente con demencia avanzada con estrategias no farmacológicas. Existen evidencias que entornos bien adaptados (unidades especiales) o terapias orientadas a la estimulación sensorial del paciente pueden desempeñar un papel relevante en mejorar su calidad de vida [10].

Bibliografía

1. Volicer L. Goals of care in advanced dementia: quality of life, dignity and comfort. *J Nutr Health Aging* 2007; 11: 481.
2. Hanrahan P, Luchins DJ. Feasible criteria for enrolling end-stage dementia patients in home hospice care. *Hosp J* 1995; 10: 47-54.
3. Alberca R. Demencia avanzada de la enfermedad de Alzheimer y memantina. *Rev Neurol* 2005; 40: 173-9.
4. Bufill E, Bartés A, Moral A, Casadevall T, Codinachs M, Zapater E, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 80 años: estudio COGMANLLEU. *Neurología* 2009; 24: 102-7.
5. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529-38.
6. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Park PS, Morris JN, Fries BE. Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *JAMA* 2004; 291: 2734-40.
7. Givens JL, Kiely DK, Carey K, Mitchell SL. Healthcare proxies of nursing home residents with advanced dementia: decisions they confront and their satisfaction with decision-making. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1149-55.
8. Blass DM, Black BS, Phillips H, Finucane T, Baker A, Loreck D, et al. Medication use in nursing home residents with advanced dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 490-6.
9. Tariot PN. Medical management of advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 (Suppl 5): S305-13.
10. Kverno KS, Black BS, Nolan MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 825-43.

The depression-dementia continuum: insights from molecular imaging

Gwenn Smith

Geriatric depression is associated with disability, a dramatic increase in the rate of completed suicide, higher mortality in the medically ill elderly, and greater risk of Alzheimer's dementia. Depression in the elderly is a clinically and neurobiologically heterogeneous disorder. The clinical management of geriatric depression is complicated by age-related changes in cognition and neurochemical function, in addition to neurodegenerative and cerebrovascular disease processes. More than half of geriatric depressed patients are partial responders or refractory to antidepressant treatment. Even after mood symptom remission, persistent cognitive impairment is commonly observed, which may be associated with increased risk of Alzheimer's dementia. An understanding of mechanisms underlying affective and cognitive symptoms in geriatric depression, and their failure to respond to treatment, is a priority for research in this area.

Over the past decade we have incorporated molecular imaging studies –including positron emission tomography (PET) imaging– into antidepressant treatment studies to understand the neurobiological mechanisms underlying treatment response variability in geriatric depression. This strategy provides a unique opportunity to assess the functional integrity of neurochemical systems and the capacity of the brain to compensate for age and disease related (neurochemical and neuropathological) changes. Studies of the functional neuroanatomy of geriatric depression have shown elevated glucose metabolism in cortico-cortico networks that include regions that comprise the 'default network'. Antidepressant (the SSRI, citalopram) treatment decreased metabolism in a subcortical-limbic-frontal network that was associated with improvement in affect (depression and anxiety), while decreases in a medial temporal-parietal-frontal network was associated with improvement in cognition (verbal memory and verbal fluency). Having identified the functional neuroanatomy, the next

step is to examine the underlying pathophysiology. Our recent molecular imaging studies using high resolution PET and well-established radiotracers have focused on the role of the serotonin transporter (5-HTT) and beta-amyloid deposition ($A\beta$) as mechanisms underlying affective and cognitive network dysfunction, respectively, in geriatric depression.

Late life depressed patients demonstrate lower 5-HTT concentrations than controls. Further, greater 5-HTT occupancy in the regions implicated in the affective network correlated with better mood symptom improvement. Region of interest and voxel-wise analyses demonstrated decreased baseline 5-HTT in cortical –superior and middle frontal, superior and middle temporal, precuneus and posterior cingulate gyri–, limbic –parahippocampal gyrus– and subcortical –striatum, thalamus, midbrain (raphe)– regions. Voxel-based morphometry analyses of the magnetic resonance imaging scans did not show significant differences between the patients and controls, which suggests that lower 5-HTT in the patients was not explained by cerebral atrophy. Significant correlations between 5-HTT occupancy by citalopram and improvement of depressive symptoms (change in Hamilton Depression Rating Scale Scores) were observed in these regions, as well the anterior cingulate (BA 24). $A\beta$ is observed in the regions implicated in the cognitive network and associated with less antidepressant related improvement in cognition. Significantly greater cortical $A\beta$ was observed in the patients than controls in superior and middle frontal, anterior and posterior cingulate, superior temporal and parahippocampal gyri. The selective vulnerability of the serotonin system has been demonstrated in transgenic amyloid mouse models. Thus, lower 5-HTT availability and less occupancy in late life depression (associated with treatment resistance) may be associated with $A\beta$ deposition, as suggested by the neuroimaging data.

Presidenta del International College of Geriatric Psychoneuropharmacology (ICGP). Profesora del Departamento de Psiquiatría en la Johns Hopkins University. Baltimore, Estados Unidos.

© 2011 Psicogeriatría

Psicoterapias de inspiración dinámica

Pilar Nieto-Degregori

Infancia, adolescencia, adultez y vejez son etapas del ciclo vital. En cada una de ellas los individuos se enfrentan a una serie de crisis en las que se vuelven a movilizar diversos aspectos de las fases del desarrollo: oral, anal, fálico-genital y edípica.

Los problemas que surjan en la etapa de la vejez podremos abordarlos con una psicoterapia de inspiración dinámica si tenemos en consideración una serie de modificaciones de la técnica y de la valoración global de las circunstancias de la persona que demanda ayuda.

Es preciso que el encuadre explícito sea claramente más flexible que el de la psicoterapia de adultos:

- Frecuencia y tiempo de duración de las sesiones: suelen ser una o, como mucho, dos sesiones semanales, de menos de una hora por sesión, dependiendo del tipo de psicoterapia.
- Posición cara a cara.
- Posibles cambios del lugar donde se realice el tratamiento.
- Duración del tratamiento.

En cuanto a las indicaciones de psicoterapia, es imprescindible trabajar la 'demanda' (¿quién solicita el

tratamiento?, ¿es la persona a tratar u otras personas?, etc.). Hay que tener en cuenta, además, la posible comorbilidad.

Esta presentación se centra más en las dificultades de los psicoterapeutas que en las de los ancianos que acuden al tratamiento.

Las dificultades de los terapeutas en la psicoterapia con pacientes ancianos se basa fundamentalmente en los fenómenos transferenciales (transferencia parental, amistosa y fraternal, filial y sexual) y en los fenómenos contratransferenciales (sobreprotección y paternalismo, sentimientos omnipotentes e irreales, sentimientos de gratificación personal y de incremento de narcisismo, irritación o malestar, deseos de evitar el tratamiento).

Bibliografía

1. Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia. Barcelona: Herder; 1987.
2. Erikson EH. El cielo vital completado. B. Aires: Paidós; 1985.
3. Ferrey G, Le Goues G, Bobes J. Psicopatología del anciano. Barcelona: Masson; 1994.
4. Peruchon M. Thome-Renault A. Vejez y pulsión de muerte. B. Aires: Amorrortu; 1995.

Centro de Salud Mental del Distrito Tetuán. Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

Papel de la psicoterapia cognitivo-conductual

Andrés Losada, Celia Nogales-González, Virginia Fernández-Fernández

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las aproximaciones psicoterapéuticas más extendidas y con mayor respaldo empírico. Desde la óptica cognitivo-conductual, se consideran importantes las cogniciones de las personas acerca de cuál es el significado de sus problemas o de los desafíos vitales a los que se enfrenta, así como las conductas que realizan, en términos de estrategias de afrontamiento y obtención de reforzadores (p. ej., niveles de actividades positivas). El objetivo de una terapia cognitivo-conductual es entrenar a los pacientes en habilidades y técnicas que les permitan enfrentarse por sí mismos a los problemas. Se trata de una aproximación terapéutica activa, directiva, limitada en el tiempo y estructurada, dirigida a reducir la sintomatología patológica [1]. La práctica de la TCC es desafiante para los pacientes dado que han de percibir, asumir y enfrentarse a cambiar hábitos de comportamiento y pensamiento que se han fusionado durante toda una vida y que, por lo tanto, son difíciles de identificar y modificar.

Una revisión de la literatura científica disponible permite comprobar que una importante evidencia empírica respalda la eficacia de la TCC con personas mayores por encima de otras terapias como, por ejemplo, la terapia psicodinámica, el ejercicio físico o las intervenciones de apoyo [2]. Así, por ejemplo, entre otros problemas, la TCC es eficaz para el tratamiento de trastornos de ansiedad [3] o para la depresión [2], y se ha encontrado que es más eficaz que la farmacoterapia para problemas como el insomnio [4]. El componente conductual de las intervenciones ha recibido también apoyo empírico en el caso de intervenciones en personas con deterioro cognitivo [5].

Si bien la investigación sobre TCC ha asumido generalmente que se puede trasladar lo realizado con otros grupos de edad a las personas mayores, obteniéndose resultados que respaldan su eficacia,

la realidad es que la eficacia de las intervenciones podría incrementarse si se incluyeran ciertas modificaciones en los protocolos de tratamiento. Así, sin perder de vista la enorme heterogeneidad existente en la población mayor, pueden requerirse adaptaciones en las intervenciones dirigidas a considerar los cambios y transiciones asociados al envejecimiento, como realizar esfuerzos para entrenar a algunas personas mayores en estrategias para centrarse y tratar en detalle aspectos clave de las intervenciones. De la misma manera que pueden ser necesarias adaptaciones para aplicar la TCC a personas mayores, es también posible que el propio terapeuta haya de adaptarse al trabajo con mayores, adquiriendo formación sobre el envejecimiento normal y patológico. Así, por ejemplo, la edad puede alterar factores asociados con el inicio o mantenimiento de problemas como la depresión [6].

Aunque que la bibliografía respalda la práctica de la TCC con las personas mayores, como señala Gatz [7], existen dos obstáculos especialmente importantes que dificultan la materialización de este objetivo: la evidencia y el acceso. El número de trabajos realizados para analizar la evidencia de las psicoterapias con personas mayores es muy escaso, y esto es especialmente significativo en países hispanohablantes. Esta cuestión, además, resulta particularmente significativa con respecto al número de trabajos en los que se analiza la eficacia de terapias en formato individual. En lo referente al acceso de las personas mayores al tratamiento, una primera dificultad con la que se encuentran los afectados son las dificultades existentes para detectar el problema. Así, en primer lugar, existen estereotipos que llevan a muchas personas a pensar que ciertas manifestaciones de patologías son 'normales' para la edad o se confunden síntomas de las patologías con 'cambios normales' asociados a la edad. Esto es así hasta tal punto de que, en el caso de la depre-

Departamento de Psicología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Rey Juan Carlos.
Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

sión, una proporción significativa de las personas que padecen este problema no son detectadas en atención primaria y, por tanto, no reciben tratamiento. Además, incluso en el caso de detectarse, la derivación a psicoterapia es rara, algo especialmente habitual en nuestro país, donde la presencia de los psicólogos en la sanidad pública es extremadamente escasa y limitada, por ejemplo en número de especialistas formados en atención gerontológica.

En conclusión, parece existir suficiente evidencia empírica como para respaldar la recomendación de intervenciones cognitivo-conductuales en personas mayores. Son necesarios estudios adicionales para mejorar las intervenciones existentes y para responder a problemáticas distintas a la depresión o la ansiedad, las cuales, aunque de forma escasa, han recibido una mayor atención. Resulta necesario además proporcionar una respuesta a las razones que dificultan el reconocimiento, atención y acceso al tratamiento de los problemas psicológicos en las personas mayores. Finalmente, dado que el envejecimiento se asocia a problemas inevitables, como la fragilidad o la pérdida de personas queridas, las denominadas terapias conductuales de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso, presentan un enorme potencial para el tratamiento de problemas psicológicos en personas ma-

yores, si bien precisan un mayor respaldo en forma de estudios que permitan otorgarles la consideración de terapias empíricamente validadas [8].

Bibliografía

1. Laidlaw K. Enhancing cognitive behaviour therapy with older people using gerontological theories as vehicles for change. In Pachana NA, Laidlaw K, Knight B, eds. *Casebook of clinical geropsychology: international perspectives on practice*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 17-31.
2. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007; 11: 645-57.
3. Stewart RE, Chambless DL. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 595-606.
4. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2851-8.
5. Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychol Aging* 2007; 22: 28-36.
6. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89.
7. Gatz M. Commentary on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 52-5.
8. Márquez-González M. Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45: 247-9.

Programas de apoyo a cuidadores

Manuel Martín-Carrasco

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neuropsiquiátrico que se caracteriza por su carácter progresivo y por la afectación del funcionamiento cognitivo y de la capacidad funcional de las personas que la sufren. Asimismo, los síntomas psiquiátricos y las alteraciones del comportamiento constituyen aspectos fundamentales de esta patología, llamada a constituir uno de los problemas fundamentales de la atención sociosanitaria en todo el mundo en las próximas décadas, en función de su relación con el envejecimiento.

En efecto, el envejecimiento es el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, y los cambios sociodemográficos ocurridos en el ámbito mundial en el último siglo –básicamente, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad– condicionan un aumento de la población anciana tanto en cifras totales como relativas. Por ejemplo, se espera que el número de adultos de edad igual o superior a 65 años se duplique entre los años 2000 y 2030, pasando de 420 millones a 973 millones. En la Unión Europea (incluyendo los nuevos países miembros) se estima que viven 5,1 millones de personas con demencia; de ellos, una cifra próxima al medio millón vive en España. En los próximos cincuenta años esta cifra puede elevarse hasta 11,9 millones.

En la EA, las necesidades de atención y supervisión crecen conforme progresa la enfermedad, así como la utilización de recursos sociales y sanitarios. La creciente dependencia requiere un esfuerzo muy importante de las personas próximas, ya que más del 70% de las personas con demencia viven en su domicilio y casi el 75% de los cuidados necesarios son prestados por los familiares y allegados, sin que exista una contraprestación económica. Se ha estimado que el cuidador principal de un paciente con EA puede dedicar alrededor de 70 horas a la semana a la labor de cuidados. Obviamente, el esfuerzo rea-

lizado por los cuidadores familiares supone un ahorro sustancial a los sistemas sanitarios y sociales, pero a cambio da lugar a una serie de consecuencias negativas para los cuidadores, al conjunto de las cuales se denomina ‘sobrecarga del cuidador’.

No existe una definición unánime acerca de en qué consiste una relación de cuidados. En una relación humana, a partir de un cierto grado de intimidad o parentesco, se asume como una característica de la relación la prestación de cuidados extraordinarios en caso de necesidad. El nivel de lo que se considera ‘extraordinario’ varía sustancialmente según los entornos culturales, sociales y étnicos, pero se admite en general que las tareas relacionadas con el aseo personal, la alimentación, el vestido y la autoconservación pertenecen a esa categoría. La relación de cuidados tiene un carácter dinámico y generalmente la mayoría de las personas sienten satisfacción al prestarla porque lo consideran un deber hacia el otro.

La mayoría de los cuidadores de pacientes con EA son mujeres de edad media, unidas por un lazo familiar directo –son hijas o esposas– con el paciente. Los cuidadores varones son predominantemente los esposos de las pacientes y, en consecuencia, suelen tener una edad más avanzada que los cuidadores femeninos. En las sociedades occidentales, una serie de factores afectan a la capacidad de las familias de atender a los pacientes con demencia; entre ellos podemos citar la reducción del número de personas en la familia, la crisis de la institución familiar y la incorporación de la mujer al trabajo, lo que da lugar a la multiplicidad de roles.

La compleja tarea de cuidar a un paciente con EA u otro tipo de demencia repercute en diversos aspectos del bienestar del cuidador, como su salud física y mental, su funcionamiento social y laboral, y sus finanzas. El tiempo dedicado a la prestación de cuidados se detrae de otras actividades sociales e

Clínica Psiquiátrica Padre Menni.
Pamplona, Navarra.

© 2011 Psicogeriatría

incluso de la dedicación laboral, con la siguiente repercusión económica, que va por tanto más allá del gasto directo empleado en los cuidados y en las adaptaciones del medio familiar (p. ej., modificaciones en el baño, mobiliario específico, medidas de seguridad, etc.).

En la mayor parte de la bibliografía se emplea el término 'sobrecarga' (*burden*) para describir los efectos negativos de la relación de cuidados sobre los familiares. Existe cierta confusión semántica, ya que se usa para referirse alternativamente a una variedad de fenómenos diferentes relacionados con la prestación de cuidados. Por ejemplo, se ha empleado tanto para referirse al grado de incapacidad que presenta un determinado paciente como al nivel de ayuda que precisa, o a la repercusión que la prestación de cuidados tiene en el familiar. Habitualmente se distingue entre sobrecarga 'objetiva' (debida a las alteraciones del comportamiento y al deterioro del grado de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que conllevan) y sobrecarga 'subjetiva', o reacción emocional del cuidador.

Tradicionalmente, la mayoría de los estudios se han centrado fundamentalmente en la vivencia subjetiva de los cuidadores, pero en la actualidad se destaca la importancia de la afectación de la vida

social del cuidador. En este sentido, uno de los aspectos con mayor frecuencia señalados por los cuidadores como generadores de estrés es la falta de tiempo para uno mismo, destacando la mayor afectación de las siguientes áreas: vida social con amigos, tiempo para aficiones, vacaciones y tiempo libre. La organización de las tareas cotidianas, el trabajo y la dedicación a la familia se ven menos afectadas porque los cuidadores tienden a proteger a sus familiares y su trabajo, en detrimento del tiempo libre para ellos mismos.

Por último, la naturaleza bidireccional de la relación de cuidados hace que la sobrecarga del cuidador tenga a su vez una repercusión muy importante sobre la situación del propio paciente. Diversos trabajos han demostrado que los cuidadores con altos niveles de sobrecarga tienden a ingresar en centros residenciales a los pacientes a su cargo con más frecuencia que los cuidadores menos afectados. A su vez, los pacientes con cuidadores menos sobrecargados tienden a presentar menor frecuencia de sintomatología de tipo psiquiátrico, como delirios, depresión y alteraciones del comportamiento.

En el momento actual no se concibe una atención integral de la EA y otras demencias que no incluya la atención a los cuidadores.

Neurobiopsicología del envejecimiento cognitivo

Dámaso Crespo-Santiago, Carlos Fernández-Viadero

El descubrimiento de las bases neurobiológicas de los trastornos afectivos, y particularmente de la depresión, además de su abordaje terapéutico, es probablemente junto con la resolución terapéutica de las demencias por neurodegeneración –como es el caso de la enfermedad de Alzheimer–, uno de los retos más importantes de la neurobiología psiquiátrica actual. Los trastornos del estado de ánimo afectan aproximadamente a un 7% de la población de los países desarrollados y se considera que un 3% de la misma sufre una depresión grave [1].

La gran heterogeneidad clínica de la depresión, que incluye múltiples y variados signos y síntomas, sugiere, desde un punto de vista neuropsiquiátrico, que la disfunción neural se encuentra diseminada por diferentes regiones cerebrales. Así, tanto los estudios *in vivo* por medio de neuroimagen, como mediante necropsias, han determinado que entre las regiones cerebrales afectadas en la depresión están la corteza prefrontal y el cíngulo, la amígdala, el estriado, el tálamo y el hipocampo [2]. Estas regiones, de forma conjunta, están implicadas en circuitos cerebrales que ‘modulan’ el estado de ánimo [2]. Por estas razones, el desarrollo de moléculas que mejoren la eficacia y rapidez del tratamiento deberá sustentarse en la identificación de los mecanismos celulares que subyacen en la biopatología de estas regiones cerebrales.

Se ha demostrado que se forman nuevas neuronas en diversas regiones del cerebro de los mamíferos: fundamentalmente, la zona subventricular de los ventrículos laterales y la zona subgranular del giro dentado del hipocampo [3]. Además, estas neuronas neoformadas a lo largo del ciclo vital de los mamíferos no se generan para sustituir a otras neuronas más viejas que degeneran y mueren, sino que se añaden al conjunto de neuronas ya existente [4]. El proceso de neurogénesis en el adulto implica una serie de etapas que incluyen la proliferación, la

migración, la maduración y la integración sináptica de las neuronas neoformadas en los circuitos neurales ya existentes.

En este sentido, el hipocampo se ha mostrado como una estructura cerebral fundamental en la etiología de la depresión y la mediación de la respuesta antidepressiva tras la instauración del tratamiento. De forma más concreta, la neurogénesis en el giro dentado del adulto desempeña un papel fundamental para poder identificar las bases neurobiológicas de la depresión y analizar la respuesta a los tratamientos establecidos. La hipótesis de la relación entre la neurogénesis y la depresión establece que la reducción o paralización de la producción de nuevas neuronas en el giro dentado del hipocampo se relaciona con la patofisiología de la depresión (se induce depresión), mientras que el mantenimiento de la cinética en la generación de nuevas neuronas o su incremento es un requisito necesario para la manifestación sintomatológica de los efectos de las moléculas antidepressivas que se utilizan en los tratamientos de esta dolencia. Así, sabemos que la neurogénesis en el adulto es la mediadora de algunos de los efectos positivos de los antidepressivos [5].

Para la activación y mantenimiento de la neurogénesis en el giro dentado a lo largo del ciclo vital se necesita la participación de diversas biomoléculas, como son el BDNF y el CREB, y sus vías de señalización y los procesos de regulación epigenética por medio de la metilación del ADN [6]. Estas vías de señalización intercelular desempeñan un papel fundamental en los procesos de activación de la neurogénesis hipocampal y su activación tras la actuación de diversas moléculas con efecto antidepressivo. Probablemente, el tiempo de latencia tan característico que se observa entre el momento de la instauración del tratamiento antidepressivo y la mejoría en la sintomatología se deba al tiempo transcurrido

Biogerontología; Facultad de Medicina; Universidad de Cantabria (D. Crespo-Santiago, C. Fernández-Viadero). Hospital Psiquiátrico Parayas; Consejería de Sanidad; Gobierno de Cantabria (C. Fernández-Viadero).

© 2011 Psicogeriatría

entre el inicio de la activación de la neurogénesis y la consecución del estado adulto diferenciado, tanto morfológico como funcional, de las neuronas del giro dentado [7].

Bibliografía

1. Crespo-Santiago D. Biogerontología. Colección Textos Universitarios. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria; 2006.
2. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature* 2008; 455: 894-902.
3. Altman J, Das GD. Autoradiographic and histological studies of postnatal neurogenesis: I. A longitudinal investigation of the kinetics, migration and transformation of cells incorporating tritiated thymidine in neonate rats, with special reference to postnatal neurogenesis in some brain regions. *J Comp Neurol* 1966; 126: 337-89.
4. Crespo D, Stanfield BB, Cowan WM. Evidence that late-generated granule cells do not simply replace earlier formed neurons in the rat dentate gyrus. *Exp Brain Res* 1986; 62: 541-8.
5. Samuels BA, Hen R. Neurogenesis and affective disorders. *Eur J Neurosci* 2011; 33: 1152-9.
6. Merz K, Herold S, Lie DC. CREB in adult neurogenesis –master and partner in the development of adult-born neurons? *Eur J Neurosci* 2011; 33: 1078-86.
7. Covington HE 3rd, Vialou VF, LaPlant Q, Ohnishi YN, Nestler EJ. Hippocampal-dependent antidepressant-like activity of histone deacetylase inhibition. *Neurosci Lett* 2011; 493: 122-6.

¿Hacia dónde se dirige la investigación en Alzheimer?

Pablo Martínez-Martín

En la actualidad se estima que el número de afectados en todo el mundo por la enfermedad de Alzheimer (EA) debe ser de alrededor de 30 millones (límites: 26-35 millones). Como esta cifra, según las previsiones, se doblará en 20 años, es esperable que el impacto social de la enfermedad, que ya es enorme, adquiera dimensiones alarmantes en esa situación. En términos económicos, se ha determinado que el coste anual de la asistencia creció en cinco años un 18% y se prevé una drástica reducción de la relación pacientes con demencia/población en edad laboral. Por tanto, a la amenaza individual (el aumento de la longevidad incrementa el riesgo) hay que añadir la amenaza colectiva, con claro impacto sobre el estado del bienestar si no se modifican las tendencias.

La respuesta a estas amenazas también va adquiriendo dimensiones sociales. La EA ha sido ya declarada objetivo prioritario para acciones concertadas transnacionales en la Unión Europea y el número de iniciativas científicas colaborativas va en aumento, dedicándose numerosos recursos (aún insuficientes) para neutralizar esta enfermedad desde todas las perspectivas. Evidentemente, la solución debe venir de la investigación, de la cual cabe destacar cuatro aspectos.

El primero tiene que ver con el origen, la causa primaria de la enfermedad, aún desconocida para la gran mayoría de los casos. Sin un conocimiento en profundidad de la etiología, los esfuerzos para neutralizar la enfermedad serán costosos e ineficaces. Los terrenos implicados en esta área contemplan la edad y la interacción de la genética (genes de susceptibilidad) con la transcriptómica, proteómica y metabolómica. Por otra parte, los factores 'ambientales', como dieta y educación, que pueden estar operativos desde las primeras fases de la vida, influyen en el desarrollo cerebral y su funcionamiento (reserva cognitiva, reserva neural).

Los avances diagnósticos se enfocan a detectar al individuo en riesgo en fases preclínicas. Los marcadores de alto rendimiento actuales son difíciles de aplicar a grandes grupos de población. Deben potenciarse los estudios longitudinales integradores que proporcionen, en base a datos sociodemográficos, clínicos y marcadores de fácil acceso y bajo coste, la probabilidad de padecer la enfermedad en un plazo determinado (p. ej., a cinco años). Esta información, además, será necesaria para seleccionar individuos para los ensayos clínicos con terapias modificadoras y, por supuesto, la población diana preferente para su aplicación cuando muestren eficacia. Los individuos con EA familiar preclínica pueden no bastar para contribuir a todos los ensayos y pueden tener un comportamiento diferente a los esporádicos.

Destaca también el interés en la identificación de factores de riesgo y de protección de la EA. Incluso efectos aparentemente pequeños en magnitud pueden tener enormes consecuencias desde la vertiente de la salud pública. Los componentes y la influencia de la reserva cognitiva, el papel de los estilos saludables de vida y el control de factores de riesgo (como los factores de riesgo vascular) deben conocerse mejor en cuanto a su efecto real, momento vital en que debe intervenir sobre ellos, duración y dosificación de las intervenciones, etc. La repercusión de estas actuaciones en la población puede ser enorme.

Finalmente, se requieren tratamientos específicos para impedir el desarrollo de la enfermedad o su enlentecimiento, aplicables –si es posible– a individuos en riesgo totalmente asintomáticos. Antes hay que disponer de tratamientos eficaces contra el deterioro cognitivo leve y la demencia leve. Aparentemente, será mucho más difícil intentar reparar un cerebro gravemente lesionado en fases de demencia moderada y grave. Las estrategias actuales,

Unidad de Investigación. Centro Alzheimer. Fundación Reina Sofía. Madrid.

© 2011 Psicogeriatría

centradas en evitar la formación y deposición de β -amiloide y tau, deberán ser de aplicación muy temprana, probablemente, para ser útiles. Los neuroprotectores, reguladores de neurotransmisores, deberán potenciarse con terapias para mejorar la

plasticidad sináptica y neuronal, inhibir la apoptosis, etc. Parece que la compleja fisiopatogenia de la EA exige actuar sobre varias dianas simultáneamente, por lo que se requieren estrategias terapéuticas innovadoras.

Pósters

R-5.

Visita domiciliaria en psicogeriatría a residencias geriátricas

Chaves Vargas F

Hospital Nacional Psiquiátrico. Costa Rica.

Como una modalidad de atención que se centra en el proceso rehabilitador del adulto mayor con enfermedad mental, y con el fin de insertarlo nuevamente en la sociedad, nace el programa de atención comunitaria en psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico en Costa Rica, el cual también ha constituido una herramienta para eliminar el estigma psiquiátrico, que ha sido el factor de riesgo más importante para la institucionalización, ha favorecido la violación de sus derechos humanos y ha segregado a estos pacientes de la participación social y de la definición de salud. Este programa nació hace 11 años como estrategia de promoción, prevención y ente rehabilitador y ha permitido, hasta el día de hoy, que una población de 110 adultos mayores ingresados en una institución hospitalaria psiquiátrica, de un total de 140, volvieran a la sociedad por medio de estructuras residenciales. Ello ha representado un compromiso de seguimiento domiciliario para asegurar su calidad de vida. Se trabaja actualmente con 14 estructuras residenciales que han dado la oportunidad de construir una nueva definición de salud como una responsabilidad social, y han contado con la participación de numerosos actores de diversos sectores. Ha sido un programa exitoso con una visión transdisciplinaria de gran alcance. Conforman el equipo la geriatra, psiquiatra, psicóloga, farmacéutica, trabajador social, enfermería con especialidad en salud mental, terapia ocupacional, terapia física y nutrición, personal administrativo y unidad de transporte del hospital.

R-6.

Formación en psicogeriatría en España: opinión de los residentes de psiquiatría

Cuevas Esteban J, Baladón Higuera L, Rodríguez Montes MJ, Fernández Sánchez A, Díaz Rodríguez D, Fusté Boadella M

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. Poner de manifiesto la opinión de los residentes acerca de la formación que reciben en sus respectivas unidades docentes en el área de psicogeriatría, y documentar la opinión personal acerca de la propia psicogeriatría como subespecialidad.

Sujetos y métodos. Estudio de diseño transversal descriptivo multicéntrico. Recogida de información referente a la opinión de los residentes mediante encuestas remitidas por correo electrónico a las distintas unidades docentes que estaban adscritas al Grup de Treball de Tutors/es de Residents de Psiquiatría de Catalunya y del Foro Nacional de Tutores de Psiquiatría. Las encuestas fueron elaboradas por tres psiquiatras expertos en psicogeriatría. Creación de una encuesta anónima ideada para residentes de psiquiatría de segundo, tercer y cuarto año, que constaba de 20 ítems divididos en tres apartados. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 17.0. Estadísticos descriptivos para mostrar respuestas porcentuales, y regresión logística y regresión lineal para medir la asociación entre distintas variables.

Resultados. Las encuestas fueron respondidas por un total de 81 residentes, representando a 21 unidades docentes. Edad media: $29,19 \pm 4,53$ años. Participación por comunidades: 53% Cataluña ($n = 43$), 16,04% Aragón ($n = 13$), 9,8% Navarra ($n = 8$); 7,4% Comunidad Valenciana ($n = 6$), 4,93% Madrid ($n = 4$), 2,46% Galicia ($n = 2$), 2,5% País Vasco ($n = 2$) y 3,7%

Castilla-La Mancha ($n = 3$). Entrenamiento en psicogeriatría: 42% ($n = 34$). Investigación en psicogeriatría: 23,5% ($n = 19$). El 87,7% ($n = 71$) de los casos contestaron que la psicogeriatría era importante, pero no que estaba suficientemente considerada.

Conclusiones. Aunque en general la psicogeriatría se percibe como una subespecialidad necesaria y útil para los residentes, actualmente existe un programa de formación muy pobre a pesar de las evidencias de un incremento de pacientes en edad geriátrica.

R-7.

Formación en psicogeriatría en España: opinión de los tutores de residentes de psiquiatría

Cuevas Esteban J, Baladón Higuera L, Rodríguez Montes MJ, Fernández Sánchez A, Barneda Faudot V, Fusté Boadella M

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. Poner de manifiesto la opinión de los tutores de residentes de psiquiatría acerca de la formación que éstos reciben en sus respectivas unidades docentes en el área de psicogeriatría, y documentar la opinión personal acerca de la propia psicogeriatría como subespecialidad.

Sujetos y métodos. Estudio transversal descriptivo multicéntrico. Recogida de información referente a la opinión de los tutores de residentes de psiquiatría mediante encuestas remitidas por correo electrónico a las distintas unidades docentes que estaban adscritas al Grup de Treball de Tutors/es de Residents de Psiquiatría de Catalunya y del Foro Nacional de Tutores de Psiquiatría. Las encuestas fueran elaboradas por tres psiquiatras expertos en psicogeriatría. Encuesta anónima ideada para tutores de residentes de psiquiatría, con 17 ítems estructurados en tres apartados: datos demográficos, opinión acerca de la formación de los residentes de psiquiatría en la especialidad y opinión personal acerca de la especialidad. El tiempo para cumplimentar encuestas era de 4-5 minutos. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 17.0. Estadísticos descriptivos para mostrar respuestas porcentuales.

Resultados. Las encuestas fueron respondidas por un total de 21 tutores, representando a un total de 18 unidades docentes. Edad media: $42,52 \pm 6,53$ años. Tiempo ejerciendo como tutor: $5,60 \pm 4,89$ años. Formación insuficiente: 95,2% ($n = 20$). Obligatoriedad: 81% ($n = 17$). Importancia que se da a la subespecialidad (media): $4,29 \pm 1,29$, que corresponde a una adecuada importancia. Conocimientos de los residentes en psicogeriatría: las respuestas obtuvie-

ron una media de $4,76 \pm 1,72$, que corresponde a conocimientos 'suficientes'.

Conclusiones. Aunque en general la psicogeriatría se percibe como una subespecialidad necesaria y útil para los residentes, actualmente existe un programa de formación muy pobre a pesar de las evidencias de un incremento de pacientes en edad geriátrica.

R-13.

Modulación de la onda N170 relacionada con el procesamiento facial en el envejecimiento y la demencia leve

Saavedra Arroyo C, Olivares Carreño EI, Iglesias Dorado J

Colegio Universitario Cardenal Cisneros. Madrid.

Objetivo. Aunque la capacidad de identificar caras familiares en la vida cotidiana está preservada en las personas mayores y en los pacientes con demencia leve, en el envejecimiento se observan cambios en el proceso de codificación estructural de las caras y en la fase leve de las demencias se afecta además el sistema semántico subyacente al reconocimiento de caras familiares. La onda N170 es un potencial evocado que aparece específicamente ante caras y que se relaciona con la codificación estructural de éstas. Nuestro objetivo es explorar la sensibilidad de la onda N170 a los cambios en el procesamiento facial que ocurren en el envejecimiento y en la demencia leve.

Sujetos y métodos. Se registraron los potenciales evocados de personas jóvenes, mayores sin deterioro cognitivo y mayores con deterioro cognitivo (deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer) mientras realizaban una tarea de familiaridad con caras famosas y desconocidas. En el caso de las personas mayores, el registro se repitió al cabo de ocho meses y de nuevo dos años después. Se realizaron análisis factoriales (ACP) y tomográficos (sLORETA).

Resultados. Se obtuvo un factor temporal relacionado con la onda N170, que dio lugar a dos factores espaciales (anterior y posterior). La onda N170 anterior en el análisis transversal mostró diferencias entre los jóvenes y los mayores con deterioro ($t_{(26)} = -2,98$; $p = 0,006$), y en el análisis longitudinal, diferencias entre los mayores sin deterioro y con deterioro ($F_{(1,41)} = 6,42$; $p = 0,015$), siendo la actividad más positiva en los mayores con deterioro. La onda N170 posterior en el análisis transversal mostró diferencias entre jóvenes y mayores sin deterioro ($t_{(29)} = -3,13$; $p = 0,004$) y entre jóvenes y mayores con deterioro ($t_{(26)} = -4,65$; $p < 0,001$), siendo la actividad más negativa en los jóvenes.

Conclusiones. La onda N170 muestra una modulación sensible a los procesos de envejecimiento normal y de deterioro neurocognitivo relacionados con la demencia.

R-14.

Psicofarmacología del anciano en una Unidad de Agudos de psiquiatría

Baladón Higuera L, Barneda Faudot V, Cuevas Esteban J, Díaz Rodríguez D, Iglesias Seoane A, Miñambres Donaire A

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Objetivos. Describir patrones de prescripción en el anciano en nuestra Unidad de Agudos.

Pacientes y métodos. Se realizó una revisión de todas las historias clínicas de los ancianos ingresados durante el año 2010 ($n = 140$) en la Unidad de Agudos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Se recogieron los psicofármacos pautados al alta del paciente, así como el número de fármacos somáticos.

Resultados. Los psicofármacos más pautados fueron los ansiolíticos y los antipsicóticos, ambos pautados en un 70% de la muestra. En cuanto a los pacientes con tratamiento ansiolítico, hasta un 37,8% tenían pautados dos ansiolíticos, y de los pacientes con tratamiento antipsicótico, un 24,17% tenían pautados también dos antipsicóticos. El 58,4% de la muestra tenía pautado antidepressivos, y casi un 30% de éstos, una combinación de dos antidepressivos. Únicamente un 13,8% de la muestra recibía monoterapia, y la mayor parte de la muestra (60%) recibía entre dos y tres psicofármacos. Respecto a las asociaciones entre psicofármacos de distintas familias, las más frecuentes son las asociaciones de antidepressivo más ansiolítico, antipsicótico más ansiolítico, y antipsicótico más antidepressivo más ansiolítico.

Conclusiones. Los resultados obtenidos, con elevado uso de benzodiacepinas, de polifarmacia y de fármacos que no serían de primera línea para esta franja de edad, llevan a pensar en la necesidad de mejorar nuestra formación en psicogeriatría, así como en la necesidad de guías clínicas específicas o que tengan en cuenta a la población anciana.

R-15.

Atención al anciano en una Unidad de Agudos de psiquiatría

Baladón Higuera L, Barneda Faudot V, Cuevas Esteban J, Díaz Rodríguez D, Iglesias Seoane A, Planella Sala M

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Objetivo. Describir el perfil demográfico y clínico de la población mayor de 65 años que ingresa en una Unidad de Agudos de psiquiatría, documentar las pruebas complementarias y neuropsicológicas solicitadas, y revisar los dispositivos a los que se remite a los pacientes tras el alta.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de todas las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años ingresados en la Unidad de Agudos de psiquiatría del Parc Sanitari Sant Joan de Déu durante el año 2010 ($n = 142$). Recogida de datos sociodemográficos, motivo de ingreso, diagnóstico al alta en ejes I y II, antecedentes personales psiquiátricos, cambios de diagnóstico y dispositivo de derivación, exploraciones neuropsicológicas e interconsultas realizadas. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 17.0.

Resultados. Edad media: 73,9 años (57% mujeres). Estancia media: 27,59 días. El 26,9% no tenían antecedentes psiquiátricos y el 56% no había precisado ingresos psiquiátricos previos. Motivos de ingreso: síndromes depresivos (34,30%), síndromes psicóticos (22,62%) y tentativas autolíticas (18,24%). El trastorno depresivo mayor, el deterioro cognitivo y el trastorno bipolar fueron, por este orden, los diagnósticos más frecuentes al alta. El lugar de derivación más frecuente fue el centro de salud mental para adultos (45%). Al 65,4% de la muestra no se le realizó neuroimagen alguna durante el ingreso, y a la gran mayoría de los pacientes (74,24%) no se le efectuó ninguna valoración neuropsicológica, incluyendo el test minimal.

Conclusiones. Los resultados obtenidos invitan a realizar la siguiente reflexión: existe disparidad de criterios entre los distintos profesionales en la asistencia de los pacientes en edad geriátrica. Así mismo, las actuaciones diagnósticas distan de las recomendaciones y protocolos de las sociedades científicas. Se podría inferir que es necesario realizar actualizaciones y talleres específicos, centrados en el paciente en edad geriátrica. Cada vez es más evidente la necesidad de desarrollar profesionales expertos en esta área y dispositivos adaptados a los ancianos.

R-22.**Trastorno bipolar, síndrome de Fahr y demencia**

Monforte Porto JA

Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. Las calcificaciones cerebrales son un hallazgo frecuente en las pruebas de neuroimagen. Sin embargo, su etiología, y por tanto su importancia, en ocasiones resulta difícil de correlacionar. Alrededor de un tercio de los pacientes bipolares muestran disfunciones cognitivas después de los episodios agudos.

Objetivos. Evaluar la coexistencia de trastorno bipolar, síndrome demencial y calcificaciones bilaterales en los ganglios basales en sus aspectos diagnósticos.

Caso clínico. Varón de 75 años, diagnosticado de trastorno bipolar desde su juventud, en tratamiento con ácido valproico, clonacepam y olanzapina. Vivía solo, en una vivienda sin condiciones adecuadas. Síntomas de deterioro cognitivo desde hacía dos años. Ingresó en la Unidad de Agudos por presentar un cuadro maniaco. Neuroimagen con atrofia corticosubcortical y calcificaciones bilaterales en los ganglios basales. En su evolución presentó cambio de fase, siendo tratado con citalopram. A las tres semanas se trasladó a la Unidad de Convalecencia en espera de recurso institucional.

Conclusiones. Existen ciertos aspectos diferenciales en la presentación clínica del episodio maniaco en los ancianos, como la mayor frecuencia de irritabilidad y hostilidad, estados mixtos, síntomas confusionales o deterioro cognitivo, entre otros. En relación con este último aspecto, más de la mitad de los pacientes bipolares mayores de 60 años presentan un descenso en sus rendimientos cognitivos, lo cual es relevante en el diagnóstico de un síndrome demencial asociado. En este proceso diagnóstico podemos encontrar calcificaciones intracraneales, las cuales obedecen a numerosas etiologías, en función de la edad de aparición y las manifestaciones clínicas. Las más frecuentes en el adulto son las alteraciones del metabolismo del calcio. A pesar de que el trastorno bipolar en el anciano se acompaña frecuentemente de síntomas de deterioro cognitivo, su presencia hace aconsejable realizar un cribado de síndrome demencial.

R-26.**Neuropsicología y envejecimiento en personas con síndrome de Down. Estudio multicéntrico para la prevención del deterioro cognitivo**Signo Miguel SP, Bruna Rabassa O, Fernández Olaria R, Canals Sans G, Subirana Mirete J, Giné i Giné C
FPCEE, Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.

Objetivos. Valorar el declive de las capacidades cognitivas generales en personas con síndrome de Down en su proceso de envejecimiento, a través de un estudio multicéntrico, con la finalidad de realizar un seguimiento y una detección precoz del deterioro cognitivo asociado al envejecimiento y así poder intervenir de manera más eficaz. También se pretende determinar la importancia de la actividad laboral, la estimulación cognitiva y la autonomía personal en su proceso de envejecimiento.

Pacientes y métodos. La muestra estaba formada por 80 personas adultas con síndrome de Down, laboralmente activas y pertenecientes a diferentes fundaciones e instituciones españolas. Todos los participantes en el estudio tenían contrato laboral, eran autónomos y estaban estimulados cognitivamente. Se administró el Protocolo Aura de Seguimiento Neuropsicológico (PAS-NPS), que incluía la evaluación de diferentes funciones cognitivas a través de diversas pruebas neuropsicológicas. Se recogieron y analizaron los datos obtenidos de todas las personas que participaron en el estudio. Actualmente se está analizando una parte de la muestra mediante el programa estadístico SPSS, con la finalidad de obtener resultados preliminares de dicho estudio. Se han comparado dos grupos de personas con síndrome de Down, en base a su capacidad cognitiva y su edad cronológica, y se han aplicado pruebas estadísticas descriptivas de frecuencias para poder valorar la tendencia en el proceso involutivo.

Resultados. En la comparación de los grupos, se observaron puntuaciones de media inferiores en el grupo de personas de mayor edad (35-62 años) en la mayoría de las pruebas neuropsicológicas, destacando las pruebas de memoria, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento. Es decir, se confirma la hipótesis inicial de involución del rendimiento cognitivo en el grupo de adultos con síndrome de Down.

Conclusiones. En base a la bibliografía previa, el aumento de la esperanza de vida en personas con síndrome de Down plantea nuevos interrogantes sobre su proceso de envejecimiento, dado que tienden a envejecer de forma más precoz y tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad de Al-

zheimer. A partir de los resultados obtenidos, podemos confirmar una tendencia al deterioro cognitivo general en los adultos con síndrome de Down, por lo que es fundamental valorar el deterioro cognitivo en su proceso de envejecimiento.

R-36.

¿Es la fenecopia de la variante conductual de la demencia frontotemporal una nueva entidad psiquiátrica?

Hernández Dorta A, China Cabello E, Rojo J, Barroso Rival J, Velasco Rodríguez-Solís P
Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo. La fenecopia de la variante conductual de la demencia frontotemporal (f-DFT-vc) es un cuadro clínico descrito recientemente en el ámbito de la neurología que incluye pacientes con clínica sugestiva de demencia frontotemporal sin deterioro cognitivo progresivo ni alteraciones significativas en las pruebas de neuroimagen funcionales y estructurales. Los hallazgos anatomopatológicos no apuntan a una etiología neurodegenerativa, sino funcional. Desde la vertiente psiquiátrica, su diagnóstico es complejo, ya que puede corresponder a diversas entidades diagnósticas. Nuestro objetivo es realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas.

Pacientes y métodos. Revisión retrospectiva de la historia clínica, valoración psiquiátrica transversal y aplicación de las escalas NPI, FBI y MINI a tres varones de 56, 66 y 71 años, respectivamente, diagnosticados de f-DFT-vc.

Resultados. Los tres casos cumplían criterios diagnósticos de demencia frontotemporal, sin antecedentes familiares de demencia ni antecedentes psiquiátricos en su juventud. Dos pacientes presentaban factores de riesgo vascular. Estudio neuropsicológico con ligeras alteraciones frontales. Resonancia magnética cerebral y SPECT sin afectación frontal significativa. Los tratamientos psicotrópicos atenuaban la sintomatología habitual. Sin progresión clínica tras tres años de seguimiento. NPI: 17, 26 y 7 puntos; FBI: 27, 32 y 19; y MINI: episodio hipomaniaco actual, episodio maniaco pasado y ningún trastorno psiquiátrico evidenciable, respectivamente. Casos con sintomatología maniforme sin antecedentes de virajes o fases de eutimia.

Conclusiones. La f-DFT-vc es un diagnóstico diferencial esencial en pacientes con clínica sugestiva de demencia frontotemporal, especialmente si la neuroimagen no muestra alteraciones. El diagnóstico psiquiátrico alternativo supone un reto clínico

dadas las repercusiones funcionales, sociales, legales y pronósticas. Ningún caso cumplió criterios diagnósticos claros de una entidad psiquiátrica. Son precisos estudios amplios longitudinales con estudio anatomopatológico para definir con precisión esta entidad neuropsiquiátrica.

R-37.

Prevalencia y evolución de los trastornos de conducta en una Unidad de Media Estancia de psicogeriatría

Ferré Jodra A^a, Fort Almiñana I^a, González Ares JA^b
^a Centro Sociosanitari El Carme. ^b Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la prevalencia e intensidad de los diferentes trastornos de conducta al ingreso en una Unidad de Media Estancia de psicogeriatría, valorar las diferencias según el estadio evolutivo y analizar las diferencias al ingreso y al alta de los diferentes trastornos de conducta.

Pacientes y métodos. Se evalúan al ingreso y al alta todos los pacientes ingresados en el año 2010 en una Unidad de Media Estancia de psicogeriatría, donde el 96% de los pacientes tienen como diagnóstico principal algún tipo de demencia. Se recogen datos sociodemográficos, estadio GDS de evolución de demencia y escala NPI de trastornos conductuales, con los diferentes síntomas cuantificados.

Resultados. El número total de ingresos fue de 50, con una estancia media de $57,7 \pm 37,1$ días y una media de edad de $82,2 \pm 5,6$ años. Un 52% eran hombres, y un 48%, mujeres. La puntuación media NPI al ingreso fue de $36,9 \pm 19,3$ puntos, y al alta, de $12,3 \pm 10,7$ puntos. Los síntomas psicológicos y conductuales más prevalentes al ingreso fueron ansiedad (72%), irritabilidad (66%) y agitación (64%), y al alta, apatía (56%), ansiedad (54%) y alteración del patrón de sueño (51%). La gravedad media de todos los síntomas mejoró. La diferencia de media del número de síntomas presentes al ingreso ($5,6 \pm 2,5$) y al alta ($2,9 \pm 1,8$) fue estadísticamente significativa. Comparando fases iniciales (GDS 3-4) y moderadas (GDS 5-6) de demencia, se observaron diferencias significativas en depresión, trastornos del sueño y conducta motora aberrante.

Conclusiones. Hay una mayor prevalencia al ingreso de síntomas depresivos en fases iniciales de demencia y de trastornos del sueño y conducta motora aberrante en fases moderadas. No se observan diferencias de prevalencia del resto de síntomas en relación con el estadio evolutivo. Todos los síntomas psicológicos y conductuales mejoran significativamente durante el ingreso. Los que menos mejoran son apatía y trastornos del sueño.

R-38.**Depresión y riesgo de demencia (global y tipo Alzheimer): hallazgos en un estudio de población general mayor de 55 años**

Gracia García P^a, De la Cámara Izquierdo C^c, Quintanilla MA^c, Roy Delgado JF^b, Santabárbara J^b, Lobo Satué A^c

^a USM Calatayud. Hospital Ernest Lluch. ^b CIBER-SAM. ^c Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Objetivos. La bibliografía que estudia la depresión como factor de riesgo de demencia no aporta resultados concluyentes. El objetivo de este estudio es determinar si la depresión constituye un factor de riesgo para demencia global o demencia tipo Alzheimer (DTA) en la población general.

Pacientes y métodos. Una muestra aleatorizada y estratificada de población general mayor de 55 años ($n = 4.803$) fue entrevistada en el estudio de base ZARADEMP. Se excluyó del seguimiento a los sujetos con deterioro cognitivo, por lo que la muestra final la constituyeron 3.864 individuos. Se recogió información de variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios) y de la historia médica del sujeto, incluyendo factores de riesgo (hipertensión arterial y diabetes) y enfermedades cardiovasculares (accidente vascular cerebral, infarto agudo de miocardio y angina). Se evaluó el rendimiento cognitivo (miniexamen cognitivo) y la funcionalidad en actividades de la vida diaria (índice de Katz, escalas de Lawton y Brody). Se llevó a cabo una entrevista estandarizada y estructurada utilizando el estado mental geriátrico (GMS). La depresión se diagnosticó en el punto de base según criterios AGE-CAT (nivel de confianza ≥ 3 : 'casos'; nivel de confianza 1-2: 'subcasos'). Los casos de demencia y DTA incidentes se diagnosticaron a los dos y cinco años según criterios DSM-IV-TR.

Resultados. En los modelos multivariados de regresión de Cox, los 'subcasos' de depresión mostraban un incremento de riesgo significativo para demencia global, tras ajustar por variables sociodemográficas, nivel funcional y cognitivo basal, y factores vasculares (*hazard ratio* = 1,97; intervalo de confianza del 95% = 1,08-3,60). Sin embargo, no mostraban incremento de riesgo para DTA. Los 'casos' de depresión mostraban un incremento de riesgo de demencia y DTA en los modelos bivariados, pero estos resultados perdían significación estadística en los modelos multivariados.

Conclusión. Los resultados indican una asociación significativa entre depresión subsindrómica y demencia incidente; dicha asociación no existe de forma específica con DTA. Nuestra hipótesis es que el

concepto de demencia global puede relacionarse con más factores de riesgo y factores menos específicos que la DTA.

R-39.**Patología y tratamiento psiquiátrico en una población geriátrica institucionalizada**

Gil Collados A, Flor García A, Valero Maestre G, Bonete Llácer JM

Centro Geriátrico La Morenica. Villena, Alicante.

Introducción. La población geriátrica residente en centros de la tercera edad representa un grupo con características clínicas peculiares que requiere un abordaje específico.

Objetivo. Recoger las características sociodemográficas y clínicas referentes a los aspectos psiquiátricos de la población geriátrica institucionalizada en un centro para personas mayores.

Pacientes y métodos. Se trata de aproximadamente 100 personas, cuyas principales características sociodemográficas son: sexo predominantemente femenino, edad en torno a 75-80 años, procedentes fundamentalmente de sus domicilios, si bien un número progresivamente creciente de usuarios procedían de plazas de enfermos mentales (usuarios de centros específicos para enfermos mentales).

Resultados. Desde el punto de vista clínico, en lo que se refiere a salud mental, llama la atención que sólo una minoría de los usuarios no presentan patología psiquiátrica y la mayoría de los residentes están tratados con dos o más fármacos psiquiátricos.

Conclusiones. La importancia de estos hallazgos consiste en que condicionan el abordaje psiquiátrico y de los problemas de salud física que presentan de forma cotidiana, tanto por las interacciones como por los potenciales efectos secundarios y la propia sintomatología de sus enfermedades.

R-40.**Estudio del deterioro cognitivo previo como posible mediador fisiopatológico de la asociación entre los trastornos afectivos y la evolución a demencia**

Marín Méndez JJ, Baquero Mahecha A, Molero Santos P, Corte de Paz P, Cozar Santiago G, Pla Vidal J
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra.

Objetivo. Evaluar en una muestra de pacientes mayores de 65 años la relación entre deterioro cognitivo, diagnósticos psiquiátricos y evolución a demencia.

Pacientes y métodos. Durante un periodo de cuatro años se han analizado de modo observacional y retrospectivo, en una muestra de 131 pacientes ma-

yoeres de 65 años atendidos en la Unidad de Hospitalización de Agudos, los factores clínicos asociados a la evolución a demencia.

Resultados. Se ha encontrado una asociación entre la existencia de algún grado de deterioro cognitivo previo y la posterior evolución a demencia: el 66% de los pacientes con deterioro cognitivo evolucionaron a demencia ($\chi^2 = 71,581; p < 0,01$). Existe relación proporcional entre la intensidad de dicho deterioro cognitivo y la probabilidad de evolución a demencia ($\chi^2 = 92,584; p < 0,01$). A la hora de evaluar factores de riesgo de evolución a demencia, se han observado diferencias estadísticamente significativas y una mayor tendencia a la evolución a demencia cuando coexisten algún tipo de trastorno afectivo y algún tipo de deterioro cognitivo ($\chi^2 = 79,233; p < 0,01$). Cuando nos centramos en los pacientes con deterioro cognitivo ($n = 44$) y evaluamos los distintos diagnósticos que presentaban, no se observan diferencias significativas entre los distintos diagnósticos ($\chi^2 = 13,663; p = 0,091$).

Conclusiones. Estos resultados sugieren que la presencia de deterioro cognitivo, especialmente a lo largo del curso de los trastornos afectivos, puede ser un marcador de mal pronóstico para la evolución a demencia, y que una mayor intensidad de dicho deterioro cognitivo se asocia a una mayor probabilidad de evolución a demencia. El diagnóstico por sí solo no es un marcador de riesgo para la evolución a demencia. Desde el punto de vista clínico parece importante un tratamiento intenso y de la duración necesaria en los pacientes con deterioro cognitivo y trastorno afectivo, para reducir el riesgo de evolución a demencia.

R-42.

Estudio de factores de riesgo cardiovascular en una población psicogeriatrica institucionalizada

Gallego Moreno JA, Sánchez Santamaría E, De Corral Manuel de Villena E

Complejo Asistencial Benito Menni. Ciempozuelos, Madrid.

Objetivo. Establecer si existe algún tipo de relación, en población psicogeriatrica, entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la presencia de distintos tipos de demencia.

Pacientes y métodos. El número de pacientes analizados fue de 212 (31 hombres y 181 mujeres), con una edad media de 76,66 años, pertenecientes al Área de Psicogeriatrica del Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos. Mediante un cuestionario, y a partir de la historia clínica, se recogió la presencia de FRCV, en los que se consideró la hi-

pertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad e historia de accidente cerebrovascular (ACV). También se recogieron la presencia o no de demencia y se diferenció entre enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia vascular (DV). Se realizó un estudio descriptivo, usando la chi al cuadrado para la comparación entre las distintas variables. Para el cálculo de la probabilidad de aparición de demencia según los distintos FRCV se usó la *odds ratio*, y para la comparativa entre la DTA y la DV, la prueba exacta de Fisher.

Resultados. De los 212 residentes, 46 presentaban demencia (22%) frente a 166 que no la presentaban (78%). Dentro del grupo de demencias, la presencia de HTA y ACV previo fueron los FRCV más frecuentes (39,95%), seguidos de obesidad (30,43%), hipercolesterolemia (28,26%), tabaquismo (23,91%) y diabetes mellitus (21,74%). Entre estos pacientes, el 78% presentaban más de dos FRCV. Al calcular la *odds ratio*, el valor alcanzó 3,34, siendo la probabilidad de aparición de demencia con más de dos FRCV del 76,95%. En el análisis bivalente entre los distintos FRCV, la *odds ratio* del ACV fue de 4,53, y del tabaquismo, de 2,75. Ello significa que la probabilidad de aparición de demencia en pacientes que han sufrido un ACV es de un 81,9%, y en los que presentan tabaquismo, de un 73,33%. En la comparativa entre EA y DV, la presencia previa de un ACV agudo marcaba una tendencia significativa hacia la presentación de DV. La *p* de la prueba exacta de Fisher fue de 0,0034 ($p < 0,05$), obteniendo significación estadística. La probabilidad de asociación entre EA y haber padecido previamente un ACV agudo era tan sólo del 5,39%. Sin embargo, la probabilidad ascendía al 94,61% en el caso de DV.

Conclusiones. Se observa una relación directa entre el número de FRCV y la presencia de demencia. La diferencia cuando existen más de dos FRCV, respecto al grupo de 0-2 FRCV, es estadísticamente significativa. El tabaquismo y la historia previa de ACV se asocian a un riesgo más alto de padecer demencia. Los FRCV son comunes tanto para EA como para DV, estableciéndose como única diferencia la presencia en la historia natural del paciente de episodios de ACV.

R-43.

Casualidades y causalidades

Monforte Porto JA, Rodríguez Colino F

Complejo Asistencial de Zamora.

Objetivo. Presentar un caso de neurofibromatosis tipo 2 (NF2) cuyo diagnóstico se estableció casual-

mente a partir de los estudios realizados al presentar un cuadro psicótico.

Caso clínico. Mujer de 78 años de edad, que desde hacía tres años presentaba quejas de 'dolor de cabeza' que definía como 'me cantan pájaros', y que se acentuaban desde hacía dos meses. Las últimas dos semanas decía estar endemoniada, en pecado mortal, blasfemaba al referir que 'vienen los demonios a por todos', dormía mal, se mostraba inquieta y, en los últimos días, hostil y agresiva con la familia y su entorno, se tiraba al suelo y se daba golpes. Neuroimagen: meningioma parietal izquierdo, schwannomas bilaterales, encefalopatía de pequeño vaso e infartos lacunares (tálamo derecho, ganglios basales izquierdos).

Conclusiones. La NF2 es un trastorno neurocutáneo que se transmite por vía autosómica dominante y se caracteriza por el desarrollo de schwannomas vestibulares y de otros nervios craneales, espinales y cutáneos, meningiomas intracraneales y espinales, y otros tumores del sistema nervioso central. Su prevalencia es de 1 por 100.000. En 1988, el NIH publicó en consenso los criterios diagnósticos de la NF2, que son clínicos y de los cuales sólo se precisa un criterio para establecer el diagnóstico. Aunque, en general, las neurofibromatosis no suelen producir trastornos psiquiátricos que no puedan explicarse como una reacción normal ante una enfermedad deformante o grave (casualidades en el diagnóstico), en ocasiones pueden presentarlos, sobre todo en personas mayores en las que se aumenta la probabilidad de coexistencia con otras lesiones cerebrales (causalidades en la clínica).

R-44.

Pluripatología, comorbilidad y capacidad funcional en la demencia

Monforte Porto JA, Muñoz Sánchez JL, Rodríguez Colino F

Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. En el paciente con demencia, la equivalencia entre términos como 'comorbilidad', 'pluripatología', 'conurrencia' o 'coexistencia' es prácticamente total. Además, los pacientes con demencia son más vulnerables a los efectos acumulativos de la comorbilidad y su impacto en su capacidad funcional.

Objetivos. Analizar las condiciones de pluripatología y comorbilidad en la demencia y su influencia evolutiva y pronóstica.

Caso clínico. Varón de 84 años, institucionalizado, diagnosticado hacía tres meses de deterioro cognitivo (probable enfermedad de Alzheimer), en trata-

miento con citalopram, loracepam, clometiazol y citicolina. Antecedentes de adenocarcinoma de próstata e insuficiencia renal crónica. Ingresó en la Unidad de Agudos por presentar trastornos de conducta (hostilidad, destrucción de objetos, fugas) y verbalizaciones autolíticas. Inicialmente se trató con risperidona, que se retiró por una elevación de transaminasas, LDH y CPK. En su evolución presentó deterioro del estado general, fiebre, deshidratación, tos expectorante y anemia. Neuroimagen con atrofia difusa corticosubcortical, lesiones de pequeño vaso e infarto en el pedúnculo cerebral derecho. Se le dio el alta a los dos meses con los siguientes diagnósticos: demencia en la enfermedad de Alzheimer mixta, con síntomas mixtos moderados, delirio superpuesto a demencia, enfermedad vascular cerebral de pequeño vaso, infarto en el pedúnculo cerebral derecho, rabdomiólisis, infección respiratoria (neumonía izquierda), insuficiencia renal crónica con leve empeoramiento por deshidratación, candidiasis oral, anemia normocítica-normocrómica de proceso crónico y displipemia.

Conclusiones. La pluripatología y la comorbilidad incrementan los ingresos hospitalarios, prolongan la duración de éstos, favorecen el desarrollo de efectos adversos de la medicación, alteran los parámetros de calidad de vida, aumentan la mortalidad, influyen negativamente en el deterioro cognitivo y funcional, e incrementan la sobrecarga de los cuidadores y los costes económicos de la enfermedad. Un adecuado control de los factores comórbidos, con criterios integrales, mejora la evolución de las demencias y la calidad de vida del paciente y su entorno.

R-46.

Esquizofrenia en pacientes de edad avanzada y comorbilidad

González Pablos E, Herreros Guilarte I, Hoyos Villagrà G, Salgado Pascual C, García Sánchez F, Botillo Martín C

Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.

Introducción. Numerosos trabajos demuestran un aumento de algunas enfermedades médicas en las personas que padecen esquizofrenia.

Objetivo. Estudiar en un grupo de pacientes esquizofrénicos graves de edad avanzada la presencia de enfermedades somáticas.

Pacientes y métodos. La muestra la conformaban 260 pacientes (63 varones y 197 mujeres), con una edad media de 64,34 años y una media de tiempo de internamiento de 27,24 años. Se recogieron datos de la historia clínica de los pacientes, así como

datos relativos a enfermedades más frecuentes en pacientes con esquizofrenia. Se realizó un estudio transversal de carácter descriptivo.

Resultados. La puntuación media de la EEAG era de 35,42, y según la CGI, de 57,24. Respecto a las enfermedades, el 32,37% eran obesos; el 27,21%, fumadores; el 25,4%, hipertensos, y el 15,4%, diabéticos. El 10,1% tenía elevados los triglicéridos, y el 21,8%, el colesterol. El 78,2% padecía otras enfermedades, y el 52,2%, más de dos.

Conclusiones. Estos pacientes presentan una elevada tasa de enfermedades: sobrepeso y obesidad, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión. Otros aspectos, al ser una población muy controlada y de edad avanzada, son menos frecuentes (tabaco, etc.). Este aumento de la comorbilidad contribuye a la complejidad del paciente, es un factor de riesgo añadido, disminuye su calidad de vida y complica el tratamiento.

R-47.

Ancianos en Lorca: después del terremoto

Sáinz Cortés C^a, Ruiz Aranda AB^b, Fernández Rodríguez M^c

^a Lorca Centro. ^b USMD Úbeda. ^c IP José Germain. Lorca, Murcia.

Introducción. En el terremoto de Lorca resultó afectada una gran parte de la población, en su mayoría sin contacto previo con servicios de salud mental. La hipótesis de trabajo se construyó empíricamente, al ir pasando las entrevistas, de modo que decidimos comprobarla: los ancianos tendrán un diagnóstico mayoritario distinto, se prevé que la forma de reaccionar de los ancianos sea distinta a la de los adultos.

Sujetos y métodos. Se diagnostica mediante varias entrevistas clínicas con una psicóloga clínica.

Resultados. De un total de 87 pacientes atendidos durante dos meses, 62 eran mayores de 18 años, de los cuales un 25,72% eran mayores de 65 años. Dentro del grupo de ancianos, un 58,8% mostraban síntomas predominantemente depresivos; un 23,5%, síntomas predominantemente ansiosos; un 0%, trastornos por estrés postraumático (TEPT), y un 17,7%, otros (incluyendo 'sin patología'). En comparación con los adultos, llama poderosamente la atención que los síntomas predominantemente depresivos eran un 11,3%; los ansiosos, un 51,6%; los TEPT, un 32,3%, y otros, un 4%. Los adultos reaccionan predominantemente con ansiedad y TEPT, pero los ancianos presentan mucha mayor frecuencia de reacciones depresivas y no hay ningún caso de TEPT. Además, aunque en estos porcentajes resumidos no

se detecta, la gravedad de los síntomas es significativamente menor en los ancianos, ya que todos conseguían seguir con su vida en lo que les permitía la situación.

Conclusiones. Hipotetizamos que estos síntomas depresivos son una forma de expresar desesperanza o resignación, y que eso puede guardar relación con su momento vital o sus experiencias previas comunes (Guerra Civil, posguerra) y ello les hace afrontar la situación de forma más serena, o bien no tienen familiares directamente a su cargo, como hijos pequeños, lo cual los libera de carga.

R-48.

Demencia terminal y comorbilidad asociada

Herreros Guilarte I, Hoyos Villagrà G, Moreno Flores AI, Salgado Pascual C, González Pablos E, Flores LA

Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.

Introducción. La evolución progresiva de la demencia desemboca en un deterioro funcional total, característico en los estadios terminales de la enfermedad, lo que implica un aumento de la patología asociada, siendo ésta más frecuente y grave en la demencia terminal.

Objetivo. Evaluar las características de la comorbilidad asociada en un grupo de pacientes diagnosticados de demencia terminal (FAST > 7c).

Pacientes y métodos. Veintitrés pacientes diagnosticados de demencia en estadio terminal, ingresados en el Complejo Hospitalario San Luis de Palencia. El perfil predominante era mujer (78%), de edad avanzada (85 años de media), con ingreso prolongado (14 años de media), deterioro cognitivo grave (media de miniexamen cognitivo: 0/35) y dependencia funcional total (media del índice de Barthel: 0/100). Se utilizó el índice acumulativo de enfermedad de 15 categorías y se realizó un estudio descriptivo de la incidencia de comorbilidad asociada.

Resultados. Se halló una comorbilidad elevada, con una media de siete categorías afectadas por paciente, variando entre 5 (9%) y 9 (30%) de las 15 que mide el índice acumulativo de enfermedad. La comorbilidad era grave o muy grave respecto al sistema digestivo, genitourinario y muscular-oseo-dermatológico en todos los pacientes (100%). También era alta la comorbilidad endocrinológica (74%). En el sistema hepático (3%) y renal (17%) se detectó la comorbilidad más baja. En la mayoría de las categorías, el grado de afectación era grave o muy grave (nivel 3 o 4). El índice de gravedad medio era de 3,3 sobre un máximo de 4 y la media era

de 6,6 categorías de nivel 3 o 4 por paciente. Las sondas para alimentación (sonda nasogástrica/gastrostomía endoscópica percutánea) con nutrición enteral estaban presentes en más de la mitad de los pacientes (52%).

Conclusiones. La comorbilidad asociada a la demencia en estadio terminal es múltiple y de gravedad. Evaluar su incidencia en la demencia terminal ayudará a mejorar su atención con la aplicación de un abordaje paliativo integral.

R-49.

Evaluación de síntomas neuropsiquiátricos en la demencia terminal

Herreros Guilarte, Flores LA, González Pablos E, Hoyos Villagrà G, Moreno Flores AI, Salgado Pascual C *Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.*

Introducción. Los síntomas neuropsiquiátricos que presentan los pacientes afectos de demencia tienden a mantenerse o aumentar con la progresión de la enfermedad, al menos hasta sus estadios moderados-graves. Estos síntomas son con frecuencia la causa de la institucionalización de los pacientes y evaluar su incidencia en la demencia terminal ayudará a mejorar su atención con la aplicación de un abordaje paliativo integral.

Objetivo. Evaluar las características de los pacientes con diagnóstico de demencia en estadio terminal (FAST > 7c) y la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos que presentan.

Pacientes y métodos. Veintitrés pacientes diagnosticados de demencia en estadio terminal, ingresados en el Complejo Hospitalario San Luis de Palencia. El perfil predominante era mujer (78%), de edad avanzada (85 años de media), con ingreso prolongado (14 años de media), deterioro cognitivo grave (media del miniexamen cognitivo: 0/35) y dependencia funcional total (media del índice de Barthel: 0/100). Se utilizó el inventario neuropsiquiátrico y se realizó un estudio descriptivo de la incidencia de síntomas neuropsiquiátricos.

Resultados. Un 95% de los pacientes presentaba al menos un síntoma neuropsiquiátrico. La media era de dos síntomas por paciente. El número de síntomas por pacientes variaba entre no presentar ningún síntoma (4%) o presentar seis (4%) de los 12 síntomas evaluados. Los síntomas más prevalentes fueron apatía (100%) conducta motora anómala (65%) y agitación (52%). El menos frecuente fueron las ideas delirantes (0%).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con demencia terminal presentan síntomas neuropsiquiátricos. Los más prevalentes en la demencia avanzada

son la apatía, la agitación y la conducta motora anómala. Se halló una prevalencia mucho menor de la esperada en ciertos síntomas (ideas delirantes, alucinaciones, depresión, ansiedad, inestabilidad). Esto puede justificarse por la dificultad para reconocerlos debido a la afasia y la desconexión del medio que presentan los pacientes, o bien se debe a la ausencia de herramientas adecuadas para detectarlos.

R-52.

Realidad de los trastornos del sueño en pacientes con demencia

Olivera Pueyo J^b, Ubis Díez E^a

^a Hospital Sagrado Corazón de Jesús. ^b Unidad de Salud Mental Pirineos. Huesca.

Introducción. Los trastornos del sueño son frecuentes en los pacientes con demencia por cambios fisiológicos, trastornos primarios del sueño, cambios en el ritmo circadiano, patología médica, psiquiátrica (fundamentalmente síntomas psicóticos y depresión) y fármacos. El 25-35% de pacientes con demencia presentan alteraciones del sueño.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo de pacientes con demencia y alteraciones de sueño, en una consulta externa de geriatría (noviembre de 2010 a mayo de 2011). Cuestionario estructurado de sueño (variables sociodemográficas, clínicas, hábitos de sueño, alteraciones del sueño y tratamiento), índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP) y escala de somnolencia de Epworth. Análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 17.0.

Resultados. Muestra de 34 pacientes, edad media de 84,7 años, 79,4% mujeres, 85,3% viviendo en el propio domicilio y 64,7% con dependencia moderada-grave. Tipo de insomnio: 73% conciliación y 64,7% mantenimiento. Eficiencia del sueño: 46,68%. Alteraciones del sueño en el 79,4% de los casos, de ellos: 38,2% agitación, 23,5% sueño diurno, 11,8% piernas inquietas y *sundwoning*. Tratamiento: 41,2% neurolépticos atípicos, 29,4% benzodiacepinas y trazodona. Puntuación del ICSP: 13,94, con peor puntuación en componentes 3 (duración del sueño), 4 (eficacia del sueño) y 6 (tratamiento farmacológico). Relaciones con demencia tipo Parkinson (DP), demencia vascular (DV), demencia mixta (DM) y demencia por cuerpos de Lewy (DCL) ($p < 0,01$). Mayor consumo de antidepresivos ($p < 0,02$) y mayor uso de neurolépticos atípicos para tratamiento en DV ($p < 0,02$). Mayor puntuación en el ICSP en DCL (15,5) y DM (15,3) ($p < 0,02$) y en el componente 3 (duración del sueño) en DCL (3) y DP (2) ($p < 0,008$).

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con demencia:

agitación nocturna, síndrome del anochecer e hipersomnia diurna. El tratamiento habitual es con psicofármacos tipo neurolépticos atípicos, benzodiazepinas, trazodona e inhibidores de la acetilcolinesterasa. Mayor consumo de neurolépticos atípicos en pacientes con DM, DP y DCL por agitación. Peor calidad de sueño en DCL y en la DM y menor eficiencia del sueño en DCL y DP.

R-53.

Proyecto Dálmata: terapia asistida con perros en psicogeriatría

Rovira Álvarez LL, Maduell Rovira M, Palacín Pahí C, Martínez Leal R
Villablanca. *Grup Pere Mata. Reus, Tarragona.*

Objetivos. Describir de forma exploratoria una intervención de terapia asistida con perros (TAP) en el ámbito psicogeriatrico y comprobar la utilidad de un registro sistemático de evaluación elaborado específicamente para este fin.

Materiales y métodos. Las sesiones se planificaron de manera coordinada entre el psicólogo y el adiestrador canino, partiendo del proyecto terapéutico individualizado de cada usuario. Participaron 10 hombres mayores de 65 años, ingresados en unidades de larga estancia, con trastorno mental grave crónico. Se programaron sesiones semanales de 45 minutos desde el año 2008 hasta la actualidad. Al final de cada sesión se completó un registro que recogía variables relacionadas con aspectos cognitivos, emocionales, relacionales, psicomotores, lúdicos y de salud mental.

Resultados. El registro fue útil para objetivar la evolución de los sujetos durante la intervención. En diversas variables se observaron puntuaciones elevadas aisladas que podrían indicar el potencial de un usuario en un área concreta. Parece que los cambios podrían producirse durante una primera etapa de la intervención (1-30 sesiones), a partir de la cual más sesiones no implicarían una mayor evolución. También se determinó que podrían existir perfiles clínicos específicos que obtendrían un mayor aprovechamiento de la intervención.

Conclusiones. Es importante emplear un sistema de registro en las TAP. Poder determinar un perfil clínico más sensible a la intervención y delimitar el número de sesiones necesarias para promover los cambios permitiría optimizar el coste-efectividad de la TAP y generalizar su uso. Finalmente, se requiere un mayor nivel de estudio con el fin de evaluar con más precisión los efectos de la TAP en la población psicogeriatrica.

R-54.

Memantina asociada con inhibidores de la acetilcolinesterasa frente a placebo más inhibidores en el tratamiento de las demencias

Ballesteros J^{a,c}, López N^a, González-Fraile E^{a,c}, Santos B^{a,b}, Martín-Carrasco M^{b,c}

^a Universidad del País Vasco (UPV/EHU). ^b CIBER-SAM. ^c Fundación María Josefa Recio. Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Bilbao.

Objetivo. Valorar mediante revisión sistemática y metaanálisis la eficacia y seguridad de la combinación de memantina más inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) frente a placebo más IACE en el tratamiento de las demencias.

Materiales y métodos. Se revisaron PubMed, PubMed Central y registros de ensayos clínicos. La diferencia estandarizada de medias y el riesgo relativo (RR) fueron los tamaños del efecto estimados para resultados continuos (eficacia) o dicotómicos (seguridad), en el caso de que la heterogeneidad no superara el 60%.

Resultados. Se localizaron cinco estudios, de los que cuatro eran publicaciones múltiples, por lo que sólo se incluyeron dos estudios en el metaanálisis: el estudio MEM-MD-02, realizado en pacientes con demencia moderada a grave, y el MEM-MD-12, realizado en pacientes con demencia leve a moderada. Los resultados de eficacia en las áreas cognitivas, comportamiento, actividades de la vida diaria y funcionamiento clínico fueron heterogéneos. Los resultados individuales favorecieron la combinación de memantina con IACE sólo en el estudio MEM-MD-02. La combinación metaanalítica de los resultados de seguridad tiende a señalar una ventaja de la combinación de memantina más IACE: pérdidas por todas las causas (RR = 0,71; IC 95% = 0,48-1,07; $p = 0,10$) y pérdidas por efectos adversos (RR = 0,66; IC 95% = 0,42-1,05; $p = 0,08$).

Conclusiones. La evidencia sobre la eficacia de la combinación de memantina, un antagonista del receptor glutamatérgico NMDA, e IACE es aún escasa y heterogénea. Los resultados de los ensayos clínicos en desarrollo proporcionarán evidencias para poder valorar de manera adecuada la eficacia y seguridad del tratamiento estudiado.

R-55.**Repercusiones funcionales de las demencias más prevalentes**

Lorenzo Gómez T^a, Louzao Martínez MJ^a, Maceda García S^b, Rojo Pantoja A^c

^a Servicio de Psiquiatría. ^b Servicio de Psicología Clínica. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.* ^c Servicio de Psiquiatría. *Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

Objetivo. Revisar las diferentes repercusiones funcionales de las demencias más prevalentes hoy día: la demencia tipo Alzheimer, la demencia frontotemporal y la demencia por cuerpos de Lewy, con el objetivo de reunir y esquematizar todos los hallazgos relevantes para el diagnóstico diferencial encontrados en la bibliografía actual, ya que a veces es complejo establecerlo y de ello van a depender el pronóstico y el tratamiento.

Materiales y métodos. A partir de las bases de datos Psychinfo y PubMed se realizó una búsqueda de los patrones cognitivos típicos en cada una de las diferentes demencias. Se hallaron numerosos artículos que trataban de describir las repercusiones funcionales y también bibliografía acerca del diagnóstico diferencial entre estos tres tipos de demencia.

Resultados y conclusiones. A pesar de que la demencia tipo Alzheimer, la demencia frontotemporal y la demencia por cuerpos de Lewy comparten algunas características, los resultados de las investigaciones muestran un patrón de afectación cognitiva muy diferente. Si bien en todas se observa cierto deterioro de la memoria, el lenguaje, la atención, las funciones ejecutivas y la personalidad, existen diferencias cualitativas y cuantitativas para el diagnóstico diferencial. Además de las características neuropsicológicas que las diferencian, se presentan los criterios diagnósticos establecidos para cada una de ellas y los hallazgos más significativos en pruebas de neuroimagen.

R-57.**Psicogeriatría como paradigma de la complejidad. A propósito de un caso**

De Usabel Guzmán P, Mateos R, Mota Rodríguez M, Sánchez P

Hospital de Santiago de Compostela.

Introducción. El incremento del envejecimiento poblacional conlleva la necesidad de realizar una atención integral de este grupo etario, que incluye la atención preventiva y resolutoria de problemas mentales y psíquicos de los ancianos.

Objetivo. Poner de manifiesto, a través de un caso clínico, las características particulares de la presentación de las patologías mentales en los ancianos.

Caso clínico. Mujer de 80 años, diagnosticada de trastorno bipolar tipo II, con antecedentes de siete ingresos psiquiátricos en los últimos seis años, y en seguimiento en la Unidad de Psicogeriatría. Evolución de curso fluctuante a lo largo de estos años, con respuesta poco satisfactoria a diversos ensayos terapéuticos, incluyendo terapia electroconvulsiva, que logró una respuesta parcial. Personalidad previa caracterizada por tendencia al ordenancismo y a la instrumentalización, frialdad en la expresión emocional y afectiva, necesidad de ser centro de atención y escasa interacción social. Ausencia de hallazgos en las pruebas complementarias realizadas, evidenciándose un funcionamiento cognitivo y funcional adecuado para su edad. Institucionalizada en residencia de personas mayores con seguimiento por parte de la Unidad de Psicogeriatría en el propio centro. Eutímica, mantenía una actitud victimista y presentaba conductas negativistas ocasionales. Adecuado cumplimiento terapéutico. Conservaba una aceptable funcionalidad física y cognitiva para su edad.

Conclusiones. Este caso permite visualizar la complejidad que supone el abordaje de la patología psiquiátrica en los ancianos por la presencia de múltiples componentes que intercurrente y que, en ocasiones, como en el caso presentado, relegan el diagnóstico clínico a un segundo plano, ya que adquieren protagonismo los componentes caracteriales, familiares y sociales que influyen y determinan la evolución y el pronóstico. Es misión de una unidad de psicogeriatría realizar una evaluación integral biopsicosocial e individualizada y con un compromiso de continuidad, basada en un trabajo en equipo multi e interdisciplinar, y en interacción con otros servicios.

R-58.**Perfil clínico y evolución de una muestra de ancianos en una Unidad de Salud Mental**

Lorenzo Gómez T^a, Louzao Martínez MJ^a, Maceda García S^b, Rojo Pantoja A^c

^a Servicio de Psiquiatría. ^b Servicio de Psicología Clínica. *Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.* ^c Servicio de Psiquiatría. *Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

Objetivo. Presentar el análisis descriptivo de una muestra de 42 individuos mayores de 64 años atendidos durante un año por uno de los facultativos de la Unidad de Salud Mental, con la inclusión de va-

riables sociodemográficas, diagnóstico, tratamiento y evolución de los casos dos años después.

Pacientes y métodos. La extracción de datos se realizó mediante la revisión del historial clínico de los pacientes. Se escogió a los mayores de 64 años en el momento de la realización de la primera consulta. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables. Para la asociación entre variables cualitativas se usó el estadístico chi al cuadrado. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS, v. 17.

Resultados. Los pacientes de la tercera edad constituyeron el 18,83% de la población atendida. El rango de edad varió entre 65 y 96 años, con una edad media de $74,69 \pm 8,35$ años. Las mujeres representaron un 76,19% de la muestra. La patología más prevalente en ambos sexos fue la afectiva (incluyendo estados depresivos, ansiedad y trastornos de tipo adaptativo), con un 64,29%, seguida de trastornos de tipo cognitivo, trastornos psicóticos e insomnio. Los antidepresivos fueron los fármacos más usados (especialmente en mujeres), seguidos de benzodiacepinas, antipsicóticos y anticolinesterásicos. Sólo ingresó un 4,76% de la población (todas mujeres) y al cabo de dos años sólo continuaba en seguimiento un 11,9% (mayoría de mujeres). Los pacientes sin pareja padecieron más trastornos afectivos y recibieron con mayor frecuencia antidepresivos y antipsicóticos. Por franjas de edad, los menores de 80 años tuvieron valores más altos de patología afectiva y realizaron con más frecuencia el seguimiento.

Conclusiones. En nuestro trabajo se obtuvieron resultados similares a otros estudios en cuanto al porcentaje de ancianos atendidos en las unidades de salud mental, a la prevalencia de los distintos diagnósticos y al uso de fármacos.

R-71.

Demencia talámica: a propósito de un caso

Vigara García M, Gutiérrez Landívar C, Ramos García MI, Vilorio Jiménez A, Gil Gregorio P
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Caso clínico. Varón de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipertiroidismo, enfermedad de pequeño vaso, prótesis valvular aórtica, depresión y adenocarcinoma prostático intervenido. Polifarmacia con dudoso cumplimiento terapéutico. Situación funcional: Katz A, Lawton 4/5, sin deterioro cognitivo. Acudió al Servicio de Urgencias por alteraciones del comportamiento de un mes de evolución, consistentes en auto y heteroagresión, desinhibición, aumento de la libido, delirios de celotipia, alucinaciones visuales y agitación psicomotriz, exacerbadas en los días previos. Pruebas com-

plementarias en Urgencias: TSH, 0,01; T3 libre, 4,78; T4 libre, 28,74. ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida a 120 lpm. TAC cerebral: área de malacia de 13 mm en el tálamo derecho, en probable relación con infarto lacunar antiguo. Ingresó con los diagnósticos de crisis tirotóxica con psicosis, fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, rhabdomiólisis e ictus talámico isquémico. Durante el ingreso se realizó una valoración conjunta multidisciplinar por el Servicio de Geriátrica y la Unidad de Psicogeriatría. Preciso tratamiento antitiroideo, antipsicótico y antidepresivo para el control de su sintomatología.

Conclusiones. Se trata del primer episodio psicótico en un paciente de edad avanzada. Como diagnóstico diferencial se plantearon los siguientes: a) Farmacológico: yatrogenia, polifarmacia, dudosa adhesión al tratamiento; b) Orgánicos: psicosis tiroidea, delirio, síntomas psicóticos en un paciente con deterioro cognitivo; c) Psiquiátricos: trastornos afectivos con sintomatología psicótica. El cuadro clínico era de origen multifactorial. Tras resolución del delirio y normalización de las hormonas tiroideas, la sospecha etiológica fundamental subyacente era compatible con una demencia talámica. La aparición de síntomas psicóticos tras accidentes cerebrovasculares suele reflejar un deterioro cognitivo preexistente. Los pacientes con deterioro cognitivo presentan mayor riesgo de desarrollar delirio. Prácticamente el 100% de los pacientes con demencia presentan síntomas psicológicos y conductuales en algún momento de su evolución. En este caso, constituye el síntoma de alarma del deterioro cognitivo subyacente no diagnosticado.

R-72.

Síndrome metabólico en una muestra de pacientes mayores con discapacidad intelectual

García Sánchez FJ^c, Valles JM^b, Cepeda A^b, González E^a, Vieira J^b, Arce N^b

^a Psiquiatría. ^b Discapacidad. Complejo Hospitalario San Luis. Palencia. ^c Consulta privada de psiquiatría. Valladolid.

Objetivos. Medir la prevalencia del síndrome metabólico (definido como una asociación de múltiples factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular) en una población de pacientes de edad avanzada con discapacidad intelectual en una unidad sociosanitaria residencial dentro del Complejo Hospitalario San Luis, de Palencia.

Pacientes y métodos. Se recopilaron datos como talla y peso, así como analítica con bioquímica y prolactina. Se utilizaron los criterios de síndrome

metabólico de la NCE-ATP-III, que constan de cinco ítems: perímetro abdominal > 88 cm en mujeres, tensión arterial > 130/85 mmHg o tratamiento para la hipertensión, colesterol-HDL < 50 mg/dL en mujeres, triglicéridos > 150 mg/dL (o tratamiento anti-lipemiente establecido) y glucemia en ayunas > 100 mg/dL o tratamiento antidiabético.

Resultados. La muestra constaba de 30 pacientes, con una edad media de 63 años. Un 66% de las pacientes estaba en tratamiento con algún antipsicótico, la mayoría antipsicóticos de segunda generación (37%). Se halló sobrepeso en 16 de las pacientes (53% con un índice de masa corporal > 25) y obesidad en 8 (27%). Presentaban síndrome metabólico (tres o más de los cinco criterios NCE-ATP-III) un 30% de las pacientes estudiadas.

Conclusiones. La cifra encontrada de síndrome metabólico es inferior a la esperada por edad (media de 63 años), más teniendo en cuenta que un 66% estaba en tratamiento con antipsicóticos. El control metabólico de la muestra estaba en límites normales, lo que guarda relación con el mayor control existente en una unidad residencial de estas características: mínima presencia de hábitos tóxicos, acceso a cuidados médicos y de enfermería, y supervisión de la alimentación.

R-77.

Pacientes psicogeriatricos en una Unidad de Agudos de psiquiatría

Granados B, Jordana N, Labar RP, Ortega R, Quintanilla López MA, Riveros AG, Sanz P
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Pacientes y métodos. Se analizaron los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante un periodo de seis meses. Se valoró la edad geriátrica (> 65 años) en relación con otras variables (género, diagnóstico y estancia media).

Resultados. Se obtuvo una muestra de 222 pacientes, con una edad media de $44,3 \pm 18,8$ años (rango: 12-91 años). Las mujeres presentaban una edad significativamente mayor que los varones. En el grupo de mayor edad (> 65 años), el trastorno más registrado fue depresión (47,4%), seguido de trastorno mental orgánico (demencia) (21,1%). En edades medias, la esquizofrenia representaba el 40,4% entre 18-44 años, mientras que la depresión se presentaba en el 29,2% de los pacientes de 45-64 años. Respecto a la estancia media, era significativamente más prolongada en el grupo de mayor edad.

Conclusiones. Los diagnósticos de pacientes ingre-

sados en nuestra Unidad de Agudos se corresponden con la edad de presentación de las diferentes patologías. La depresión comienza a aparecer significativamente a los 45 años, aumentando a partir de los 65. En edades avanzadas, los ingresos por esquizofrenia descienden, bien sea porque requieren menor hospitalización en unidades de corta estancia, bien por fallecimiento. La demencia es una causa relativamente frecuente de ingreso psiquiátrico.

R-79.

Utilidad del aripiprazol en la discinesia tardía del anciano: a propósito de un caso

Pérez Rodríguez AC, Ramos García MI, Romero Pisonero E, Gala Serra C
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. La discinesia tardía es un problema clínico importante que se asocia al uso prolongado de neurolepticos. Actualmente existen opciones terapéuticas con eficacia limitada, por lo que la aparición de antipsicóticos de nueva generación puede abrir nuevos caminos.

Objetivo. Presentar el caso de un paciente anciano con discinesia tardía de larga evolución que respondió satisfactoriamente al tratamiento con aripiprazol.

Caso clínico. Varón de 82 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de inicio temprano, que estuvo en tratamiento con clotiapina, haloperidol, risperidona, zuclopentixol y levomepromacina. Había recibido tratamiento con biperideno y trihexifenidilo para el control de síntomas extrapiramidales, con mejoría parcial. Ingresó en el Servicio de Geriátrica con un síndrome confusional agudo secundario a infección del tracto urinario. En la exploración física se observaban movimientos involuntarios y continuos predominantemente en manos y miembros inferiores, con rigidez de predominio axial. Al ingreso tenía prescrito tratamiento con flufenacina y trihexifenidilo. Se suspendió el tratamiento previo y se inició quetiapina, con buena respuesta del cuadro psicótico pero con persistencia de la discinesia tardía, por lo que se inició tratamiento con aripiprazol en dosis bajas. Se objetivó una mejoría de la discinesia tardía en los primeros días del tratamiento, con adecuada tolerancia.

Conclusiones. Este caso muestra el potencial efecto beneficioso del aripiprazol en pacientes con discinesia tardía de larga evolución. Existen en la bibliografía varios casos publicados con resultados positivos. Aunque el aripiprazol actúa por un agonismo parcial D_2 , su papel en el tratamiento de la discinesia tardía no está bien esclarecido, aunque puede tener un efecto beneficioso.