

Máster Interuniversitario en Gerontología

Especialidad: Clínica

Curso académico: 2014-15

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
SITUACIONES DE AGITACIÓN EN SUJETOS
CON DEMENCIA.**

Alumna: Laura Naveira Amado

Tutor: José Carlos Millán Calenti

En A Coruña a día 12 de Febrero de 2015



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Director del Trabajo Fin de Máster:

Dr José Carlos Millán Calenti

Me gustaría expresar mis agradecimientos al profesor Dr. José Carlos Millán Calenti por ayudarme en la dirección del presente Trabajo Fin de Máster.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1.INTRODUCCIÓN	3
1.1 Demencia	3
1.2 Síntomas Psicológicos y Conductuales en la Demencia	4
1.3 Agitación	6
1.4 Estrategias de afrontamiento	8
1.5 Cuidador formal	9
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	9
2.1 Justificación	9
2.2 Objetivos	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
4.1 Relación entre variables psicológicas, sociales, biológicas y tipos de agitación	13
4.2 Intervenciones Psicosociales	15
4.2.1 Intervenciones con música	15
4.2.2 Intervenciones multicomponente	18
4.3 Intervenciones individualizadas	20
4.4 Intervenciones mediante estimulación multisensorial	24
4.5 Programas educativos para el personal institucional	26
4.6 Tabla IV: Principales resultados encontrados	28
5. CONCLUSIONES	31
6. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA	32
7. BIBLIOGRAFÍA	33

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los síntomas psicológicos y conductuales en demencia (SPCD) son de importante consideración ya que conllevan a la institucionalización y a una mayor sobrecarga de los cuidadores (informales/formales). Dentro de ellos, la agitación afecta a la calidad de vida de las personas de edad avanzada y el manejo de la misma requiere considerar un amplio rango de factores.

Con esta revisión se trató de observar si ciertas estrategias de afrontamiento de los profesionales y cuidadores formales influían en el curso y presentación de la agitación en sujetos institucionalizados. Así, el objetivo general de la presente revisión bibliográfica se centró en las intervenciones no farmacológicas más eficaces para gestionar la agitación en sujetos institucionalizados con demencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos Web of Science, PubMed y Cochrane Plus que dio paso al posterior análisis de los artículos seleccionados.

RESULTADOS: Se alcanzaron unos resultados que mostraron a las intervenciones psicosociales y multisensoriales como herramientas adecuadas para afrontar situaciones de agitación en demencia. Además, se consideró la educación e instrucción del personal de las instituciones como factor clave en la mejoría de los SPCD.

CONCLUSIONES: Finalmente, las conclusiones derivadas de la revisión pusieron de manifiesto que las intervenciones no farmacológicas que se adapten individualmente a la persona deben ser la primera línea de tratamiento en situaciones de agitación para pacientes institucionalizados con demencia. Sin embargo, se necesitan llevar a cabo investigaciones de mayor relevancia con muestras más representativas que las expuestas hasta la fecha.

Palabras clave: demencia, síntomas psicológicos y conductuales, agitación, intervención no farmacológica, estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Psychological and behavioral symptoms in dementia (BPSD) are an important consideration because they can lead to the institutionalization and greater burden on caregivers (informal/formal). Among them, agitation affects to the quality of life of elderly and managing it requires to consider a range of factors.

In this review, we tried to see if certain coping strategies for professionals and formal caregivers influenced the course and presentation of agitation in institutionalized subjects.

The main goal of this review focused on coping strategies or more effective non-pharmacologic interventions in managing agitation in institutionalized subjects with dementia.

MATERIAL AND METHODS: A comprehensive literature search in databases such as Web of Science, PubMed and Cochrane Plus was done which led to the subsequent analysis of the selected articles.

RESULTS: The results showed that psychosocial and multisensory interventions were appropriate tools to deal with situations of agitation in dementia. Moreover, education and training of staff was considered as a key factor in improving the BPSD.

CONCLUSIONS: Finally, the conclusions of the review showed that non-pharmacological interventions that are individually tailored to the individual should be the first line of treatment in situations of agitation regarding institutionalized patients with dementia. However, more relevant investigations with more representative samples than those carried out to date are necessary.

Title: Coping strategies in situations of agitation in subjects with dementia.

Keywords: dementia, neuropsychiatric symptoms, agitation, non pharmacological intervention, coping strategies.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Demencia

Entre 2000 y 2050, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo. El riesgo de padecer demencia aumenta con la edad, calculándose que entre el 25% y el 30% de las personas de 85 o más años padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo¹.

Etiológicamente, el término “demencia” (en latín *dementia*) significa “falta de juicio”, definiéndose como el deterioro persistente y global de las funciones intelectuales adquiridas previamente. Se origina por efecto de una lesión orgánica difusa o multifocal cerebral. En esta situación, la pérdida de la memoria y de otras funciones superiores interfiere con el rendimiento laboral y social del individuo originando una desadaptación social y una pérdida de capacidad funcional. Se trata de un trastorno adquirido caracterizado por una alteración global y progresiva de varias funciones superiores².

La demencia más frecuente, aproximadamente el 55-60% de los casos, es la demencia tipo Alzheimer caracterizada por un comienzo lento e insidioso y una pérdida de interés y memoria al principio de la enfermedad. A continuación, se encuentra la demencia vascular que, a diferencia de la anterior, es de instauración brusca viniendo determinada por la oclusión de los grandes vasos con compromiso isquémico de los territorios irrigados. Este tipo supone un 12-20% de los casos de demencia siendo más frecuente en varones y los cambios de personalidad son menos importantes que en otras demencias³. La demencia por cuerpos de Lewy es de aparición reciente pero adquiere relevancia ya que es el tercer tipo más frecuente y tiene difícil diagnóstico por sus similitudes con la enfermedad de Alzheimer³. El curso de este tipo de demencia es fluctuante con amnesia, afasia, desorientación

visuoespacial, apraxia, alucinaciones visuales, parkinsonismo, confusión, depresión e ideas delirantes más agudas que en la enfermedad de Alzheimer. La enfermedad de Pick es una enfermedad neurodegenerativa afectando principalmente al lóbulo frontal y temporal (demencia frontotemporal). Se caracteriza por su inicio temprano ya que los primeros síntomas aparecen entre los 40 y 50 años incrementándose su prevalencia con la edad. La sintomatología inicial se relaciona con el humor, el lenguaje y los movimientos compulsivos pudiendo, más adelante, aparecer conductas de hipersexualidad y/o exhibicionismo³.

La demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales un poco más de la mitad viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 o más años desarrollará una demencia en un determinado momento⁴.

Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada veinte años de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. Esta patología es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo teniendo un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad⁴.

1.2 Síntomas Psicológicos y Conductuales en la Demencia

Las características de la demencia incluyen síntomas cognitivos y no cognitivos. Aunque el deterioro cognitivo es la característica clínica de la demencia, los síntomas neuropsiquiátricos son extremadamente comunes y su presentación es predominante⁵.

En relación a estos últimos, la *International Psychogeriatric Association* (IPA) propuso en una conferencia, en el año 1996, emplear el término Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCD) para referirse a los “*síntomas que comprenden: alteración de la percepción, del*

contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta que se producen con frecuencia en pacientes con demencia”^{6,7}.

En la actualidad entendemos por SPCD diversas alteraciones psicopatológicas como ansiedad, depresión, alucinaciones o delirios y una inadecuada actividad motora o verbal que en muchas ocasiones son difíciles de tratar⁸.

La clasificación de los SPCD comprende⁹:

- Síntomas conductuales y motrices: Agresión, inquietud, agitación, vociferación, vagabundeo, acumulación de objetos, desinhibición sexual u otras conductas socialmente inapropiadas⁹.
- Síntomas psicológicos: Ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios y otras alteraciones psicopatológicas⁹.

Aunque se desconoce la prevalencia exacta de los SPCD⁸ se puede afirmar que los síntomas neuropsiquiátricos son muy comunes en los pacientes diagnosticados de demencia e ingresados en las diversas instituciones de nuestro entorno: más del 84% presentan al menos un síntoma clínicamente significativo y un porcentaje importante padecen varios síntomas¹⁰.

La prevalencia de los SPCD cambia a lo largo del curso de la demencia. Aunque todos los síntomas pueden aparecer en cualquier momento de la evolución, los trastornos afectivos y ansiosos son más frecuentes en los estadios iniciales, mientras que los síntomas psicóticos lo son en las fases intermedias. Por el contrario, las alteraciones motrices y del comportamiento como la agitación, la deambulación, la vociferación o agresividad, son más frecuentes en las fases moderadas y avanzadas, aunque desaparecen en las etapas terminales⁹.

La apatía es el síntoma más común, observándose en el 50% a 100% de los pacientes. La agitación, irritabilidad y la actividad motora aberrante también son comunes y se hacen más evidentes a medida que progresa

la enfermedad, alcanzando una prevalencia del 3 al 66%. Los síntomas de la ansiedad y la depresión están presentes en 0-86% de los pacientes aunque la frecuencia de la depresión mayor es de 10-20%. Delirios y alucinaciones están presentes con menor frecuencia, ocurre en el 11 al 73% y del 3 al 67%, respectivamente. Por el contrario, la euforia es el síntoma menos común entre los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer¹¹.

1.3 Agitación

La agitación es un término frecuentemente utilizado para describir un conjunto de síntomas que pueden tener un trastorno subyacente común. Inicialmente se definió como la actividad motora, vocal o verbal inapropiada que, a juicio de un observador, no resulta directamente de las necesidades o la confusión de la persona agitada¹².

Este síntoma afecta a la calidad de vida de las personas de edad avanzada tanto en la comunidad como en la probabilidad de entrar en un centro de cuidados a largo plazo y sus necesidades específicas en él¹³.

Existen múltiples instrumentos de evaluación de la agitación y otros trastornos comportamentales para pacientes ancianos con o sin demencia. Uno de los instrumentos más asentados para la valoración de agitación es el Cohen-Mansfield Agitation Inventory(CMAI) del cual existe una versión en español completamente validada¹⁴ (anexo I).

La agitación en pacientes con demencia es un fenómeno complejo que se clasifica en diferentes subtipos¹².

Subtipos de agitación			
Conductas físicamente agresivas	no	Conductas verbalmente agresivas	no
-Inquietud general		-Negativismo	
-Gesticulación repetitiva		-Constante peticiones de información	
-Caminar constante		-Jactancia verbal	
-Manejo inapropiado de objetos	de	-Quejas o gemidos	
-Ocultar objetos		-Interrupciones irrelevantes	
-Vestirse inadecuado		-Frases reiterativas	
		-Golpear	
		-Empujar	
		-Rascarse	
		-Agarrar objetos	
		-Agarrar personas	
		-Dar patadas	
		-Morder	
		-Escupir	
			-Chillidos
			-Lenguaje malsonante
			-Estallidos temperamentales
			-Emisión de ruidos extraño

Tabla I: Subtipos de agitación¹²

Aunque estos subtipos poseen una clara relación con la función cognitiva, la demencia, per se, no explica completamente la agitación. Otros factores clínicos, psicológicos y ambientales afectan a los comportamientos agitados¹⁵.

La presentación de los SPCD suele oscilar con apariciones y remisiones lo que es importante a la hora de valorar la eficacia de los tratamientos. Además la aparición de algunos síntomas predice la de otros, por ej, la presencia de síntomas psicóticos se asocia a una tasa de mayor agresividad⁸.

También debemos tener presente que la utilización de fármacos, a veces de manera inapropiada, puede contribuir a un aceleramiento en el deterioro funcional de la persona⁸.

Aproximadamente el 30% de los costes del cuidado de pacientes con demencia se atribuye directamente a los SPCD¹⁶.

1.4 Estrategias de afrontamiento

En líneas generales se puede definir afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Cuando una persona percibe una situación como amenazante, elabora inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento¹⁷.

Por tanto, las estrategias de afrontamiento se refieren a conductas que tienen lugar tras la aparición del agente estresor o en respuesta a estresores crónicos. En otras palabras, son las distintas formas en que se usan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes¹⁷.

Así, existen dos tipos de afrontamiento:

-Afrontamiento centrado en el problema, que incluye las acciones directas mediante las cuales el sujeto se esfuerza con la intención de resolver, modificar o alterar el problema¹⁷.

-Afrontamiento centrado en la emoción, definido como las acciones paliativas a través de las cuales el sujeto intenta minimizar la angustia y reducir sus efectos psicológicos. Este afrontamiento va enfocado a regular la respuesta emocional que el problema ha generado¹⁷.

En relación a la demencia, existe muy poca investigación llevada a cabo en relación a las estrategias de afrontamiento en cuidadores, ya sea informal o formal, de personas con demencia¹⁸. Así, se esperan mejores estrategias de afrontamiento para reducir la morbilidad psicológica porque el afrontamiento es el factor que interviene entre el estresor y la angustia de acuerdo con el Modelo Transaccional del estrés y el afrontamiento¹⁶.

Tanto la detección, el diagnóstico como el correcto manejo de los síntomas serán esenciales ya que conducen a la sobrecarga de los cuidadores, el ingreso precoz en las instituciones, un aumento de la incapacidad funcional del sujeto y de los costes globales del cuidado^{6,7}.

El presente trabajo se centra en las diferentes estrategias o intervenciones que pueden llevarse a cabo por parte de los distintos profesionales y/o cuidadores formales en el ámbito institucional.

1.5 Cuidador formal

El cuidador formal o profesional trabaja de forma remunerada y en el ejercicio de su profesión. Generalmente, esta figura la desarrolla personal socio-sanitario siendo frecuente que lo realicen auxiliares de clínica, pudiendo realizar su labor así como en el área hospitalaria, centros de día o residencias. La calidad asistencial proporcionada está determinada por una serie de variables como son el tiempo, la relación paciente-cuidador, el estadio de la enfermedad y la formación. Dichas variables provienen del paciente y/o profesional, y a su vez van a repercutir en ambos. La relación paciente-cuidador es un factor determinante en la calidad asistencial¹⁹.

En esta línea, las personas que muestran agresividad o agitación pueden ser tratadas de una manera más efectiva desde una perspectiva multidisciplinar combinando una intervención farmacológica y no farmacológica²⁰.

Es necesaria una aproximación interdisciplinar de los diferentes profesionales que permita perfilar unas intervenciones efectivas en este ámbito²¹.

Por tanto, la hipótesis de la presente revisión se basa en que las diferentes estrategias de afrontamiento de los profesionales y cuidadores formales ante situaciones de agitación y/o agresividad influyen en el curso y presentación de estos síntomas de la demencia en sujetos institucionalizados.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 Justificación

Los SPCD son de importancia clínica ya que se asocian a una progresión

más rápida del síndrome demencial, a la institucionalización, a un deterioro de la calidad de vida de la persona y a una mayor sobrecarga de los cuidadores tanto familiares como profesionales. También aumenta el uso de fármacos, con las consecuencias adversas y el incremento del coste general de atención que ello conlleva.

Por todo ello, el manejo de la agresividad en la demencia requiere considerar un amplio rango de factores relacionados con el paciente, las alteraciones comportamentales y diferentes opciones de tratamiento pudiendo llegar a desarrollar así protocolos de actuación individualizados.

La presente revisión trata de cubrir el vacío en este tema ya que los conceptos importantes en la gestión de la agresión en la demencia no aparecen en la mayoría de los estudios, limitando la intervención y poniendo de manifiesto la carencia de intervenciones adecuadas, guías prácticas o pautas para el correcto manejo de estos síntomas.

2.2 Objetivos

Objetivo general:

- Revisar las estrategias de afrontamiento que la bibliografía actual refleja en situaciones de agitación en sujetos institucionalizados con demencia.

Objetivos específicos:

- Establecer la prevalencia de la agitación en sujetos con demencia.
- Recoger los diferentes tipos de agitación en función de variables sociales y de género.
- Conocer los tipos de intervenciones no farmacológicas más efectivas en situaciones de agitación en sujetos con demencia aplicados por el profesional y/o cuidador formal hasta la actualidad.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la presente monografía de compilación se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva y precisa en las bases de datos *Web of Science*, *PubMed* y *Cochrane Plus*. El plan de trabajo se fundamenta en una revisión bibliográfica de la temática elegida dando lugar al posterior análisis de resultados, discusión y conclusiones.

Las palabras claves utilizadas fueron: *dementia*, *neuropsychiatric symptoms*, *agitation*, *aggressive behavior*, *non pharmacological intervention*, *coping strategies* y *guidelines* asociadas a la conjunción AND y OR.

Entre los criterios de inclusión y exclusión se encuentran:

Inclusión:

- Relevancia: Los artículos seleccionados pertenecen a publicaciones con factor de impacto (JCR).
- Idioma: En dicha búsqueda se acota por idioma (inglés y español).
- Años de publicación: La búsqueda realizada comprende los años 1989-2014.
- Edad: Artículos que investigan con una muestra de población ≥ 65 años.
- Especificidad: Se han seleccionado los artículos más concretos en cuanto a los tópicos (ej: agitación) frente a otros artículos de carácter más general.

Exclusión:

- Artículos que utilizan muestras de sujetos sanos.
- Artículos en los cuales las intervenciones son de carácter farmacológico.
- Artículos dirigidos a cuidadores informales.

- Artículos de revisión, cartas de opinión...

A continuación se representa un diagrama con los principales artículos encontrados en el proceso de búsqueda:

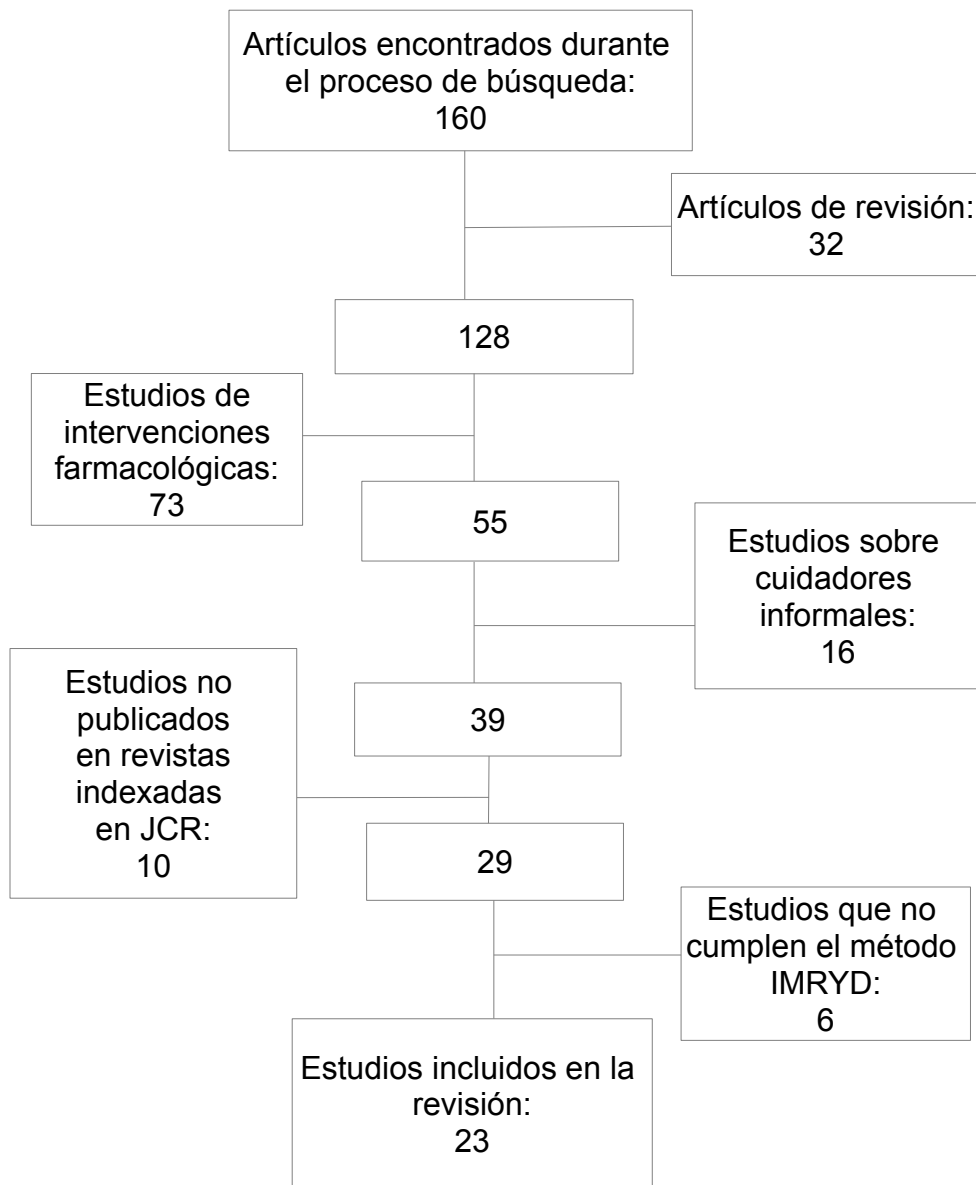


Figura I: Diagrama de flujo con los principales artículos seleccionados.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Relación entre variables psicológicas, sociales, biológicas y tipos de agitación

Inicialmente, uno de los objetivos específicos de la presente revisión consistía en agrupar los diferentes tipos de agitación en función de diversas variables sociales y de género. En esta línea, varios estudios han hecho referencia a la relación existente entre tipos de agitación y dichas variables proporcionando perfiles de agitación¹³.

De este modo, los sujetos que manifiestan conductas físicamente agresivas suelen ser más jóvenes que el resto de los residentes, caracterizados por mejor estado de salud física que la media aunque con un sueño pobre y malas interacciones sociales. Los residentes más agresivos tienden a ser hombres casados cuyas interacciones personales son de baja calidad con cierta tendencia a haber sido agresivos en el pasado. En comparación con el resto de los sujetos han vivido experiencias estresantes en su vida anterior¹³.

Las personas que se muestran verbalmente agitadas suelen pertenecer al género femenino situándose en un estadio temprano de la demencia, refieren más enfermedades y tienen más experiencias interpersonales negativas. Se asocia también a un bajo rendimiento en las actividades de la vida diaria (AVD), pobre funcionamiento social y afecto depresivo^{13,22}. El hallazgo de que la agresión física es más frecuente en hombres y la agresión verbal en mujeres plantea la cuestión de que la variable género influye en la manifestación de la agitación en la vejez^{13,22,23}.

En términos de magnitud, la relación más importante es la de la agitación física no agresiva con la función cognitiva y la habilidad para realizar AVD. Los niveles más importantes de comportamientos físicamente no agresivos son manifestados por las personas que tienen deterioro cognitivo grave y salud física relativamente preservada. Este tipo de

conductas suelen aparecer en los estadios más avanzados de la demencia aunque la preservación de algunas funciones de las AVL son necesarias para realizar la conducta agitada¹³.

El significado clínico de estos tres tipos de agitación son los siguientes:

En cuanto a la *agitación verbal* se relaciona con enfermedad, dolor, estado depresivo emerge ante la posibilidad de estar pidiendo ayuda por un sufrimiento emocional y físico. La persona se queja, grita, o repite frases, puede ser en un intento de pedir ayuda por dolor real ya sea físico como emocional. Los comportamientos verbalmente agitados no deben ser ignorados¹³.

Por el contrario, las *conductas físicamente no agresivas* se asocian a un buen estado de salud y pensamiento confuso. Por ejemplo, se ha encontrado que caminar de un lado a otro se produce más a menudo en condiciones ambientales óptimas (con iluminación normal y bajo nivel de ruido). Estos hechos nos llevan a especular que la deambulación puede representar un comportamiento saludable para estas personas. Si este patrón de conducta sirve como ejercicio o estimulación para ellos, luego, este tipo de agitación físicamente no agresiva puede ser beneficiosa para algunos residentes en etapas avanzadas de la demencia. En este punto se ven implicados los cuidadores que deben acomodar estos comportamientos e incluso alentarlos. Ello puede alcanzarse a través de un diseño ambiental apropiado y con los cambios en las actitudes del personal. Otras conductas físicamente no agresivas como la manipulación inadecuada de objetos pueden necesitar ser canalizadas en una actividad adecuada de tipo similar¹³.

No tanto significado aparece en relación a las *conductas físicamente agresivas* que pueden presentar un daño neurológico dando como resultado la desinhibición en etapas avanzadas de la demencia. Una sensación de abandono o relaciones interpersonales negativas de larga duración pueden exacerbar estos comportamientos¹³.

En definitiva, la función cognitiva, la salud, el sueño, el estado depresivo y la calidad de las relaciones interpersonales emergen como variables cruciales asociadas con las variantes principales de la agitación¹³.

El principal objetivo de la presente revisión era aproximarse a diversas estrategias de afrontamiento para el manejo de la agitación y/o agresión de pacientes institucionalizados con demencia. Así, unas directrices clínicas o pautas ejercen como guías en la gestión de la agresión en la demencia. En esta línea, un estudio realizado en el año 2012 ha mostrado conceptos claves importantes, para su manejo, agrupados en tres dimensiones principales: Paciente, trastorno y tratamiento. La dimensión del paciente viene definida por su historia de vida personal y su entorno. En cuanto al trastorno se refiere a la presentación de los síntomas y la causalidad. Dentro de la dimensión tratamiento incluyeron objetivos y expectativas, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, ética y restricción de uso y tratamiento de emergencia²⁴.

Estas dimensiones combinadas influirán en la implementación del marco para desarrollar guías individuales²⁴.

4.2 Intervenciones Psicosociales

4.2.1 Intervenciones con música

En relación a las intervenciones no farmacológicas en sujetos institucionalizados que poseen comportamientos agitados en la demencia se han realizado estudios vinculados a la música para comprobar si esta estrategia resultaba efectiva en este tipo de personas.

Las habilidades musicales parece que se mantienen relativamente intactas incluso en las fases o etapas donde la demencia se presenta como más severa. Además, la música vinculada a experiencias y emociones positivas es posible que atenúe la agitación en residentes que poseen la limitación de habilidades del lenguaje²⁵.

Uno de los primeros estudios que se han realizado en este contexto trata

de una intervención para gestionar los comportamientos verbalmente agitados en instituciones²⁶.

La agitación verbal se refiere a la actividad verbal o vocalización repetitiva que es disruptiva o inapropiada en el contexto donde se da lugar. Estas conductas pueden molestar a las personas de alrededor y son indicador de estrés en la persona mayor presentando un problema complejo para los cuidadores²⁷.

Así, se presentaron las siguientes tres situaciones a un total de 32 sujetos:

1. Presentación de un vídeo de un miembro de la familia del sujeto hablándole,
2. Interacción social en vivo (incluyendo actividades como juegos, pinturas, libros...)
3. Audios de música individualizada de 30 minutos de duración.

Las conductas verbalmente agitadas descendieron un 56% durante la interacción social, un 46% durante el vídeo de un familiar y un 31% durante la intervención con música. El mayor descenso de la agitación verbal sucedió en la situación de interacción social seguido de la exposición al video familiar y después la música²⁶.

La interacción social resultó la estrategia más efectiva en el manejo de las conductas verbalmente agitadas que incluyen demandas de atención y repetición de palabras. Posiblemente, estos comportamientos son la manifestación de sentimientos de soledad, aburrimiento, miedo o sentimientos que disminuyen con la interacción social. Los vídeos de los familiares aparecieron como la intervención más efectiva para las alucinaciones. Es posible, que los vídeos orientasen a estos sujetos a la realidad. Estos resultados mostraron que tanto el vídeo de un familiar como la música personalizada fueron dos estrategias válidas para su implementación sin invertir grandes costes y/o tiempo del personal de la

institución²⁶.

La interacción social uno a uno se presentó como una estrategia más costosa ya que requirió la constante presencia de una persona que interaccionase con el sujeto. Los hallazgos de que la interacción social y el vídeo familiar fueran superiores a la música sugiere el aspecto social como un punto clave. Este experimento indicó la importancia de promover actividades estimulantes y enriquecer el ambiente de personas con demencia. Los resultados señalaron la importancia de individualizar las intervenciones para las personas con demencia²⁶.

Otra investigación fue llevada a cabo con 40 personas institucionalizadas con frecuentes trastornos de comportamiento. El objetivo de la misma era comparar la efectividad de dos tratamientos psicosociales para reducir la frecuencia de la agitación tanto verbal como físicamente. La intervención consistía en la exposición de una grabación de 15 minutos en la cual un familiar simulaba su presencia (una conversación preparada del miembro familiar sobre experiencias positivas del pasado), música preferida del residente en el pasado y una condición placebo de un audio neutro²⁵.

Los resultados mostraron que tanto la simulación de un familiar como la música preferida causaron efecto en la reducción de las conductas físicamente agitadas. La simulación del familiar y el audio neutro tuvo efecto en la reducción de la agitación verbal. Esto sugiere que la agitación verbal responde al diálogo humano aunque no siempre sea personalizado. La intervención con música no tuvo tanto efecto en la agitación verbal, incluso algunos residentes se agitaron más. Nuevamente, este estudio mostró como las intervenciones individualizadas psicosociales aliviaban la agitación en los residentes con demencia²⁵.

En esta línea, se realizó otra investigación en la que participaron 60 sujetos divididos aleatoriamente en grupo experimental y otro control. El grupo al cual se le aplicó la intervención recibió 30 minutos de música

incluyendo instrumentos de percusión con música familiar, las intervenciones se llevaban a cabo dos veces por semana durante un mes y medio. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron las sesiones musicales tenían puntuaciones en ansiedad significativamente más bajas respecto al grupo control²⁸.

La intervención con un grupo de música puede ser considerada una aproximación efectiva en relación coste-beneficio para reducir la ansiedad y la agitación mejorando así el bienestar psicosocial de aquellos sujetos con demencia²⁸.

4.2.2 Intervenciones multicomponente

Por otro lado, encontramos un estudio que se centró en 318 pacientes que fueron sometidos a una intervención de carácter psicosocial durante cuatro semanas. La terapia incluía interacción social, música personalizada y eliminación de desencadenantes ambientales. A cada participante se le asignaba, únicamente, una intervención dependiendo de sus preferencias, sino por defecto se asignaba la interacción social²⁹.

A grandes rasgos la intervención consistía en:

- Discusión con el cuidador y/o familiar sobre la persona con demencia. Problemas, historia personal etc. Esta información fue usada para seleccionar el tratamiento más óptimo para cada sujeto. También se preguntó acerca de las situaciones en las cuales la agitación aparecía, incluyendo los momentos del día y las situaciones desencadenantes como hora de comer o ir al baño.
- Identificar las situaciones desencadenantes y planificar una intervención ajustada y acordar con el cuidador las estrategias específicas a intentar, hallazgos positivos y acordar acciones para anticiparse a los posibles problemas que surgiesen.

- El terapeuta enfatizaba en los puntos clave. Seguidamente, el cuidador y el terapeuta revisaban la intervención y los progresos hechos²⁹.

Se evidenció una mejora significativa en cada uno de los grandes síndromes de agitación, incluyendo agresión, inquietud y agitación verbal. El estudio mostró que la terapia fue factible y una opción fiable. La interacción social se mostró como la terapia preferida para la mayoría de los asistentes del cuidado. La música personalizada no mostró una mejoría significativa. Los resultados sugirieron que la interacción social es mas efectiva que la música personalizada²⁹.

Siguiendo con las estrategias de afrontamiento para tratar de reducir la agitación verbal, encontramos otra investigación basada en la satisfacción de las necesidades. El objetivo del estudio era identificar la proporción de personas con demencia que mostraban una mejoría respecto a las conductas agitadas con una intervención sobre la satisfacción de las necesidades básicas²⁶.

Concretamente, el estudio contó con una pequeña muestra de 26 sujetos a los cuales se les aplicó una intervención individualizada multicomponente. Ésta estaba orientada a mejorar las necesidades de confort, la interacción social y la estimulación sensorial. durante la hora del día cuando la agitación verbal era más severa. Su duración de 30 minutos incluía tres conceptos clave: Confort, atención y estimulación. Durante cada sesión, el terapeuta se presentó al participante a la vez que le informó del propósito de la visita preguntándole por su estado de salud²⁶.

Seguidamente, se identificaron y corrigieron algunas fuentes de disconformidad (sed, inadecuada temperatura de la habitación, posición incómoda). Después, se preguntó por intereses y gustos del sujeto para dar paso a la estimulación sensorial (escuchar música, ojear una revista, oler especias, acariciar un animal, etc)²⁶.

Los tópicos de conversación y las actividades de estimulación fueron seleccionadas por el terapeuta basadas en las habilidades de la persona como también teniendo en cuenta los intereses pasados. Esta información fue obtenida por la familia, cuidadores y médicos. Uno de los investigadores grabó cada conducta de agitación verbal durante los 30 minutos de sesión²⁶. Los investigadores encontraron que la mitad de los participantes (54%) mostraron una mejoría de las conductas verbalmente agitadas, observándose una reducción significativa en la duración de las conductas verbalmente agitadas durante la intervención. Sin embargo el efecto se limitó al período en el que se aplicó el tratamiento y la ausencia de grupo control limitó las conclusiones de esta investigación²⁶.

4.3 Intervenciones individualizadas

Una de las razones por las que apenas existe literatura sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales en respuesta a conductas agresivas es la variedad y complejidad de estos comportamientos y la dificultad asociada a la definición, etiología y medida de los mismos. Precisamente, la etiología del comportamiento agresivo se asoció tanto con el daño del lóbulo frontal, el deterioro del lenguaje, niveles bajos de serotonina como con que aspectos de la deambulación o agitación tuviesen una explicación psiquiátrica. Además, sería también posible que la agresión fuese consecuencia de una adaptación infructuosa al ambiente de la residencia³⁰.

Frente al paradigma neurogénico de la enfermedad, existe una corriente que se está fortaleciendo; se trata del modelo holístico de la demencia centrado en la persona. Este ha sido propuesto para el entendimiento y la mejora de las personas con demencia que son vistas como “difíciles” o desafiantes³⁰.

En esta línea, se realizó un estudio que exploró los efectos de los planes de cuidados individualizados. En él, los planes de cuidado fueron formulados dentro del marco de necesidades interpersonales/emocionales

vistas como determinantes en el comportamiento difícil³⁰.

Los cinco residentes que poseían el comportamiento más difícil fueron seleccionados para la intervención, así todos los casos fueron descritos como difíciles especialmente, durante el aseo, baño y horas de comida. Los casos mostraban etiología múltiple para conductas similares. Se demostró que la agitación no era una consecuencia inevitable de la neurodegeneración sino que además los factores psicosociales llegaron a mejorar y resolver esa agresión³⁰.

En esta línea, se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era evaluar la eficacia de técnicas individualizadas en el aseo. Para las personas con demencia el momento del baño puede ser molesto ya que forma parte de algo íntimo y personal. Las conductas agitadas en esta situación pueden ser el reflejo de estados emocionales como miedo a que se le rocíe con agua, las molestias de agua fría, dolor al movimiento inducido por los cuidadores o el deseo de controlar lo que está pasando. Además, estas tareas suelen resultar física y emocionalmente difícil para el cuidador³¹.

En el estudio, se usaron amplia variedad de métodos como, cubrir a la persona con toallas para mantener el calor, distraer la atención (ej: mediante el suministro de alimentos), el uso de productos de baño recomendado por la familia y/o el personal (ej: jabón sin aclarado)³¹.

Los resultados obtenidos mostraron un descenso de las conductas agitadas, agresividad y disconformidad durante el tiempo del baño en los residentes³¹. Por tanto, los residentes con demencia moderada a severa y los auxiliares de enfermería pueden adaptarse a nuevos enfoques centrados en la persona para el aseo y conseguir así una reducción de la agitación, agresión y malestar. Actitudes negativas del personal con respecto a los residentes a menudo conducen a ser tratados como objetos en vez de personas. No obstante, la influencia de la presión del tiempo y las rígidas políticas institucionales no pueden ser subestimadas³¹.

Siguiendo con este enfoque, el autor Cohen-Mansfield et al. desarrollaron una investigación en la cual participaron 167 residentes con demencia³².

La intervención fue ajustada en base a los perfiles individuales de los sujetos agitados considerando el tipo de agitación y las necesidades subyacentes. Las intervenciones se desarrollaron a lo largo de 10 días durante las 4 horas de mayor agitación y las conductas agitadas se midieron a través de la observación directa. La primera variable que se evaluó fue la agitación observada y la segunda correspondía a la evaluación de los afectos positivos y negativos en los que se incluyeron cinco tipos de afecto diferentes: placer, interés, tristeza, ansiedad, enfado³².

Para el grupo de intervención, los autores usaron el protocolo Treatment Routines Exploring Agitation (TREA) que se traduce como rutinas de tratamiento para explorar la agitación. Este protocolo está basado en el marco teórico que proporciona una metodología sistemática para individualizar las intervenciones. El uso del TREA permite identificar necesidades y preferencias de las personas agitadas a través de los cuidadores formales e informales y también de la observación de las conductas agitadas en el ambiente. Esta aproximación podría ser vista como un compendio de decisiones que guíe a los cuidadores a través de los pasos necesarios para explorar e identificar sus necesidades³².

A través del uso de TREA la causa de la agitación y el posible tratamiento fue elegido teniendo en cuenta la identidad pasada de la persona, las preferencias y las habilidades. Algunas de las intervenciones fueron música individualizada, vídeos y fotos de familiares, revistas, juegos de mesa, puzzles, pelotas, perfumes, etc³².

Ejemplo de ello fue la aproximación que realizaron los autores para el manejo para la agitación verbal y las conductas físicamente no agresivas (tabla II,III)³².

AGITACIÓN VERBAL	
Causa de la agitación	Estrategia de afrontamiento
Dolor físico o disconformidad	Tratamiento médico o intervención enfermería
Necesidad de contacto social	Interacción social
Necesidad de estimulación, aburrimiento	Identificar actividades significativas
Alucinaciones	Examinar visión/audición usando objetos/gente familiar
Ánimo deprimido, necesidad de más control o mayores niveles de estímulos de refuerzo	Ofrecer más opciones y tareas que les permita control
Mala interpretación de la situación	Mejorar la comunicación, proporcionar señales

Tabla II: Causas y estrategias de afrontamiento de la agitación verbal.

CONDUCTAS FÍSICAMENTE NO AGRESIVAS		
Causa de agitación	Estrategia de afrontamiento	
Persona se encuentra molesta	Se quiere ir a casa	Intentar hacer que en el lugar se sienta como en casa
	Inquieta, busca algo	Encontrar actividades significativas para la persona mayor
Persona tiene necesidad de estimulación o ejercicio	Si preocupa la seguridad del sujeto	Usar aparatos seguros
	Si el sujeto molesta a otras personas	Tratar de desarrollar un ambiente donde la persona pueda deambular.
Si el comportamiento perturba a otros	Cambiar las actitudes de los cuidadores formales	Si aún molesta, intentar modificar el comportamiento hacia otros más apropiados

Tabla III: Causas y estrategias de afrontamiento de agitación física no agresiva.

Nuevamente, se observó que la implementación de la intervención no farmacológica personalizada disminuyó la agitación. Este estudio subrayó la importancia de que los profesionales busquen las razones que subyacen a los comportamientos agitados³².

4.4. Intervenciones mediante estimulación multisensorial

En la década de 1970, en los Países Bajos nace la estimulación multisensorial (MSSE) para tratar de favorecer a las personas con dificultades de aprendizaje³³. Entre los rasgos más distintivos de esta técnica se encuentra el enfoque no directivo de la terapia que alenta a los sujetos a interactuar con los estímulos de su elección. Además la atención es individualizada participando, solamente, en cada sesión terapeuta y paciente³⁴.

Este tipo de intervención necesita de un espacio específicamente diseñado llamado sala de estimulación multisensorial (Sala Snoezelen) donde existen numerosos objetos que tratan de estimular los cinco sentidos. Esta habitación cuenta con cables de fibra óptica, columnas de agua, una cama de agua, una bola de espejos, un sistema de proyección interactivo, selección de música, un equipo de aromaterapia una pizarra táctil con diversas texturas y así sucesivamente³⁵.

En relación con la agitación, se desarrolló una investigación para comprobar si la MSSE obtenía mejores resultados que la terapia de reminiscencia en sujetos con demencia. Ambas intervenciones tuvieron buenos resultados sin encontrar diferencias significativas entre ellas. Cabe la posibilidad de que la MSSE tuviese un efecto mayor que las sesiones de reminiscencia pero el pequeño tamaño de la muestra (20 sujetos) no permitió demostrarlo estadísticamente³⁶.

Por otro lado, un estudio longitudinal realizado en A Coruña centró su objetivo en observar si la MSSE tenía efectos a largo plazo en relación al comportamiento, humor, y tanto deterioro cognitivo como funcional en las AVD³⁵. Anteriormente se habían encontrado efectos positivos inmediatos en agitación y otros SPCD³⁷. Los investigadores de este estudio trataron de observar si la MSSE era más efectiva que cualquier otra técnica uno a uno que suelen usarse en el tratamiento de la demencia como son jugar a las cartas, mirar fotografías, etc³⁵.

De este modo, dividieron a la muestra en tres grupos (control, MSSE y otra actividad uno a uno con aproximación directiva donde había demandas físicas o intelectuales). Las intervenciones se realizaron durante 16 semanas con 2 sesiones semanales y una duración máxima de 30 minutos por sesión. Los resultados obtenidos mostraron que el grupo que realizó MSSE mejoró en el comportamiento físicamente no agresivo en comparación con el grupo que recibió el otro tipo de actividad. Sin embargo ambos grupos mejoraron el comportamiento verbal agitado sin diferencias significativas entre ellos. De acuerdo con el objetivo de la investigación, se observaron beneficios a largo plazo en los problemas de conducta, concretamente en la agitación. Una vez más, la limitación de este estudio fue el pequeño tamaño muestral (30 sujetos de los cuales finalizaron el estudio 26 de ellos)³⁵.

Finalmente, respecto a las intervenciones de MSSE no se pueden deducir unos beneficios mayores en las personas con demencia en comparación con las actividades uno a uno^{35,36}. Así, se necesitan llevar a cabo más investigaciones para poder llegar a concluir una mayor efectividad de MSSE³⁷. Los beneficios conseguidos con este tipo de terapias (MSSE o sesiones de actividad) pueden atribuirse a la mayor dedicación y esfuerzo por parte del terapeuta con el paciente^{35,36}.

Además, el uso de una sala Snoezelen posee una desventaja ya que son necesarios altos recursos económicos para gozar de una sala de estas características por lo que otras actividades como mirar fotos, jugar a las cartas... comprenden una mayor viabilidad en términos económicos³⁵.

En el año 2009 O'Connor señaló que, en relación a las personas con demencia, los beneficios de las intervenciones psicosociales no se pueden atribuir con plena seguridad a una modalidad terapéutica única y en algunos casos la mejora en los síntomas se puede relacionar con la mera interacción humana de empatía con los profesionales³⁸.

4.5 Programas educativos para el personal institucional

El conocimiento en profundidad de la demencia y los SPCD resulta crucial para el entendimiento y cuidado diario de los pacientes institucionalizados con esta patología. Así mismo, existen estudios que pretenden poner a prueba intervenciones con el colectivo de profesionales ya que es de vital importancia adquirir ciertas competencias.

Justamente, encontramos un estudio que intentó aproximarse a lo expuesto arriba. Esta investigación trató de evaluar la efectividad de una intervención dirigida a los profesionales para gestionar los SPCD en la demencia. El ensayo fue llevado a cabo en 16 residencias con un total de 306 pacientes, todos ellos diagnosticados de demencia y presentando SPCD. La intervención educativa para el personal tuvo una duración total de 8 semanas y a su vez el programa de entrenamiento fue implementado en el grupo de intervención³⁹.

La intervención para orientar al personal consistía en proporcionar guías de actuación, por ejemplo que hacer cuando se niegan al cuidado, frente a una conducta motora aberrante, agresión, alucinaciones o gritos. También se dieron pautas de actuación para evitar o reducir la agitación en momentos cruciales como ir a la cama o durante las comidas³⁹.

Basando la evaluación en el CMAI¹⁴ los resultados mostraron una reducción de las conductas verbal y físicamente no agresivas en el grupo de pacientes donde se realizó la intervención³⁹.

Basándose en las interacciones de la persona con el medio que le rodea, se desarrolló en el año 2005 una investigación⁴⁰ que abarcó 15 residencias donde participaron tanto personal como pacientes. Este estudio postuló que las interacciones que los residentes tenían con el personal eran parte esencial del entorno. Los profesionales se encargaban de la organización de la mayor parte de los días de los residentes y les proporcionaban cuidado diario⁴⁰.

En consecuencia, las mejoras en estas interacciones sociales formaban un eslabón clave para reducir la angustia y agitación de los residentes. Este estudio hizo hincapié en el papel del personal en el cambio de comportamiento del residente, y el potencial de los profesionales para disminuir la angustia de la persona con demencia. Así, los autores realizaron un programa que trataba de aunar estos conceptos y lo denominaron STAR⁴⁰. Dentro del programa STAR existían 3 puntos prioritarios:

- a) Reforzar los valores de la dignidad y respeto de los residentes.
- b) Mejorar la respuesta del personal a las necesidades de los residentes
- c) Desarrollar habilidades específicas del personal para mejorar la atención, y la habilidad y satisfacción laboral.

Entre los módulos que se impartieron al personal se encontraba: información básica acerca de la demencia y cómo afecta a la vida cotidiana; las habilidades verbales y no verbales para comunicarse con los residentes con demencia; mantenimiento de los acontecimientos agradables para los residentes; la mejora de la comunicación entre el personal y las familias⁴⁰.

Al finalizar el programa de dos meses de duración se encontraron resultados esperanzadores: tanto el entorno de los residentes como las reacciones de los trabajadores a los problemas de los residentes mejoraron. El entrenamiento para aumentar la capacitación del personal influyó en los niveles de angustia y agitación de los residentes. El programa STAR ofreció el primer método factible para capacitar al personal que cuidan día a día a pacientes con demencia⁴⁰.

4.6 Tabla IV: Principales estudios encontrados

Autor	Revista	JCR	Tamaño muestra	Intervención	Resultados
Garland K, et al. ²⁵	<i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> 2007;15(6): 514-21.	3'5	N=30	Simulación de un familiar y música preferida.	Efecto positivo de ambas intervenciones
Sung HC, et al. ²⁸	<i>Int J Geriatr Psych.</i> 2012;27:62 1-27.	3'8	N=60	Intervención musical:	↓ ansiedad y agitación.
Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. ³²	<i>J Gerontol: Med Sci.</i> 2007;62A (8):908-916.	4'9	N=167	Intervención individualizada según tipo de agitación y necesidades insatisfechas.	↓ agitación.
Bédard A, et al. ²⁷	<i>Aging Ment Health.</i> 2011;15(7): 855-65.	1'7	N=26	Intervención individualizada multicomponente.	↓ agitación. La mitad de los sujetos mejoraron.
Moniz-Cook E, et al. ³⁰	<i>Clin Psychol Psychot.</i> 2003;10:19 7-208.	2'5	N=5	Intervención psicosocial individualizada.	↓ conductas difíciles.
Ballard C, et al. ²⁹	<i>Am J Geriatr Psychiatry</i> 2009;17(9): 726-33.	3'5	N=318	Intervención psicosocial.	El 43% de los participantes alcanzaron una mejoría del 30% en su nivel de agitación.

Tabla IV (cont.)

Autor	Revista	JCR	Tamaño muestra	Intervención	Resultados
Cohen-Mansfield J, et al. ¹³	<i>Int Psychogeriatr.</i> 1992;4(2):221-40.	1'89	N=408	Recogida y análisis de información de los residentes.	Correlación entre tipos de agitación y diversas variables.
Cohen-Mansfield J, et al. ²²	<i>J Psychiatr Res.</i> 2005;39:325-32.	4'09	N=175	Observación de la conducta agitada.	Correlación entre tipos de agitación y diversas variables.
Cohen-Mansfield J, et al. ²³	<i>J Clin Psychiat.</i> 2012;73(3):392-99.	5'1	N=193	Estudio transversal observacional.	Relación entre agitación, ambiente y atributos personales.
Baker R, et al. ³⁴	<i>Br J Clin Psychol.</i> 2001;40:81-96	2'37	N=50	Estudio comparativo de MMS vs actividades uno a uno.	Mejoría > en el grupo de estimulación multisensorial
Sánchez A, et al. ³⁷	<i>Am J Alzheimer Dis Other Demen.</i> 2013;28(1):7-14.	J 1'42	—	Revisión bibliográfica de 18 artículos sobre estimulación multisensorial.	Efecto positivo inmediato de la estimulación multisensorial.
O'Connor DW, et al. ³⁸	<i>Int Psychogeriatr.</i> 2009;21(2):225-40.	1'89	—	Revisión bibliográfica sobre intervenciones psicosociales	Intervención eficaz cuando se adapta a preferencias del sujeto

Tabla IV (cont.)

Autor	Revista	JCR	Tamaño muestra	Intervención	Resultados
Cohen-Mansfield J, Werner P. ²⁶	<i>J Gerontol: Med Sci.</i> 1997;52A (6):369-77.	4'9	N=32	Intervención psicosocial.	Efecto positivo de la terapia.
Maseda Rodriguez A et al. ³⁵	<i>Am J Alzheimers Dis</i> 2014;29(5): 463-73.	1'42	N=30	Estimulación multisensorial.	Efecto positivo tanto estimulación multisensorial como actividades individualizadas.
Sloane PD, et al. ³¹	<i>J Am Geriatr Soc.</i> 2004;52: 1795-804.	4'2	N=106	Intervención individualizada en el aseo.	Efecto positivo en reducción de la agitación, agresión y malestar a la hora del baño.
Baillon S, et al. ³⁶	<i>Int J Geriatr Psych.</i> 2004;19:10 47-52.	3'08	N=20	Estimulación multisensorial vs terapia de reminiscencia.	Efecto positivo de ambas terapias.
Deudon A, et al. ³⁹	<i>Int J Geriatr Psych.</i> 2009;24:13 86-95.	3'08	N=306	Programa de educación sobre los SPCD para personal.	↓ SPCD, efecto mantenido 3 meses después de finalizar el programa.
Teri L, et al. ⁴⁰	<i>Gerontolog ist</i> 2005;45(5): 686-93.	2'7	N=234	Programa destinado al personal (STAR).	↓ angustia y agitación. > satisfacción laboral del personal que el grupo control.

5. CONCLUSIONES

- Las intervenciones no farmacológicas que se reflejan actualmente en situaciones de agitación en sujetos institucionalizados con demencia comprenden entre otras, intervenciones psicosociales y multisensoriales. Además, las intervenciones centradas en entrenar y capacitar a los profesionales muestran efectos positivos en ambos colectivos.
- Encontramos una alta prevalencia de SPCD siendo la apatía el síntoma más común. Concretamente, la agitación aumenta a medida que avanza la demencia pudiendo llegar a alcanzar el 66% de sujetos afectados.
- Existe relación entre características psicológicas, biológicas sociales y de género con los diferentes tipos de agitación.
- Tanto las intervenciones psicosociales como la estimulación multisensorial aparecen como las estrategias más efectivas. Las terapias de estimulación multisensorial obtienen mejores puntuaciones en la agitación física no agresiva frente a otras actividades (juego de cartas, etc).
- Finalmente, se concluye que las estrategias para hacer frente a la agitación dependen de las habilidades y preferencias del sujeto. De este modo, las intervenciones que se adapten individualmente a la persona con demencia deben ser la primera línea de tratamiento de estos trastornos. Sin embargo, existe una carencia de homogeneidad, de consenso, y en consecuencia faltan protocolos unificados y/o sistemáticos a aplicar.

6. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

Uno de los puntos importantes que contribuyen a la falta de credibilidad de las intervenciones no farmacológicas (en cuanto al uso de estrategias en el campo de la demencia) es la falta de uniformidad en la aplicación de la misma técnica por parte de los profesionales de la salud. De este modo, para una determinada estrategia, la descripción de los programas de tratamiento a menudo varía de uno a otro. Se sugiere que las futuras líneas de investigación apliquen un enfoque centrado en la persona para la comprensión y comunicación del individuo con demencia. Así mismo, se deberán interpretar estas conductas agitadas en forma de planes de cuidados individualizados, para así, reducir la prevalencia del comportamiento difícil en las instituciones.

Un cambio en las actitudes asociada a la atención y síntomas de comportamiento resultaría en un enfoque más humano a la atención.

Entender la relación entre las características de los sujetos con demencia y comportamientos agitados resulta de importancia para planificar la intervención, ubicar al residente en unidades específicas, y educar a los profesionales con el fin de tolerar, acomodar y redirigir la agitación en comportamientos aceptables.

Los artículos publicados hasta la fecha no poseen demasiada relevancia porque sus estudios dejan entrever carencias metodológicas (ej: muestras pequeñas). Por tanto el futuro en este campo de trabajo debe aportar estudios de mayor trascendencia y envergadura. Así mismo, la investigación futura deberá dirigirse hacia el estudio de protocolos de actuación ante situaciones de emergencia en relación a la agitación y/o agresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [sede web]. Ginebra: World Health Organization; [acceso 18 de junio de 2014]. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [1]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Molinuevo Guix J.L, L. Rami Gonzalez, Lladó Plarrumaní A. Demencias: entidades nosológicas y sintomatología neuropsicológica. En Peña-Casanova. Neurología de la conducta y neuropsicología J. Madrid:Panamericana; 2007.
3. Millán Calenti JC, Lodeiro Fernández S, Crespo López C. Trastornos neurológicos. En: Millán Calenti JC. Principios de Geriátría y Gerontología. Madrid:McGraw-Hill;2006. p.425-475.
4. World Health Organization [sede web]. Ginebra: World Health Organization; 2012 [acceso 18 de junio de 2014]. Demencia. [1]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
5. Sink KM, Holden KF ,Yaffe K .Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: A review of the evidence. JAMA. 2005; 293:596-608.
6. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A Consensus Statement on Current Knowledge and Implications for Research and Treatment. *Int Psychogeriatr*. 1996; 8(3):497-499.
7. Caamaño JL. En: Millán Calenti JC, director. Gerontología y Geriátría. Valoración e Intervención. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2011. p.269-283.
8. Martín M, Larrión JL. Tratamiento de la agitación, agresividad y otras alteraciones psicopatológicas en las demencias. En: Pichot P, editor. Intervención en crisis y tratamiento agudo de los trastornos

psiquiátricos graves. Madrid: Aula Médica; 2003. p. 477-503.

9. Martín M. Agitación y otros trastornos de la conducta. En: López Pousa S, Turon A, Agüera LF. Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas. Barcelona: Prous Science;2005.p.133-160.
10. Robles A, Díaz GJ, Reinoso S, López A, Vázquez C, García A. Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012; 47(3):96-101.
11. García-Alberca JM, Lara Muñoz P, Berthier Torres M. Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Esp Psiquiatr.*2010;38(4):212-222.
12. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatrics Society.*1986;34(10):711-21.
13. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. Agitation in Elderly Persons: An Integrative Report of Findings in a Nursing Home. *Int Psychogeriatr.*1992;4(2):221-40.
14. Cervilla JA, Rodríguez Cano T, Gurpegui M. Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. *An Psiquiatr.* 1995; 11 Supl I:5-6.
15. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of Agitation: Results Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *Int Psychogeriatr.*1996;8(3):309-15.
16. Beeri MS, Werner P, Davidson M, Noy S. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psych.* 2002;17:403-408.
17. Lazarus, RS, Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca;1986 (original 1984).

18. Tschanz JT, Piercy K, Corcoran CD, Fauth E, Norton MC, Rabins PV et al. Caregiver Coping Strategies Predict Cognitive and Functional Decline in Dementia: The Cache County Dementia Progression Study. *Am J Geriatr Psychiat.* 2013; 21(1):57-66.
19. Martínez Piédrola RM, Sánchez Camarero C, Brea Rivero M, Pérez de Heredia Torres M, Máximo Bocanegra N. En: Brea Rivero M, Martínez Piédrola RM (coordinadores). El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces;2006.p. 15-43.
20. Dettmore D, Kolanowski A, Boustani M. Agression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatr Nurs.* 2009; 30:8-17.
21. Cohen- Mansfield J, Jensen B, Resnick B, Ziporkin S, Norris M. Knowledge of and Attitudes Toward Nonpharmacological Interventions for Treatment of Behavior Symptoms Associated With Dementia: A Comparison of Physicians, Psychologists, and Nurse Practitioners. *Gerontologist.* 2012; 52(1):34-45.
22. Cohen-Mansfield J, Libin A. Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *J Psychiatr Res.*2005;39:325-32.
23. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Murad H, Freedman LS. The Relationship of Environment and Personal Characteristics to Agitated Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia. *J Clin Psychiat.* 2012;73(3):392-99.
24. Vickland V, Chilko N, Draper B, Low LF, O'Connor D, Brodaty H. Individualized guidelines for the management of aggression in dementia-Part 1:key concepts. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(7):1112-24.

25. Garland K, Beer E, Eppingstall B, O'Connor DW. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. *Am J Geriatr Psychiat.* 2007;15(6):514-21.
26. Cohen-Mansfield J, Werner P. Management of Verbally Disruptive Behaviors in Nursing Homes Residents. *J Gerontol: Med Sci.* 1997;52A(6):369-77.
27. Bédard A, Landreville P, Voyer P, Verreault R, Vézina J. Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Aging Ment Health.* 2011;15(7):855-65.
28. Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *Int J Geriatr Psych.* 2012;27:621-27.
29. Ballard C, Brown R, Fossey J, Douglas S, Bradley P, Hancock J, et al. Brief Psychosocial Therapy for the Treatment of Agitation in Alzheimer Disease (The CALM-AD Trial). *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009;17(9):726-33.
30. Cook EM, Stokes G, Agar S. Difficult behaviour and Dementia in Nursing Homes: Five Cases of Psychosocial Intervention. *Clin Psychol Psychot.* 2003;10:197-208.
31. Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, McKenzie DA, Barrick AL, Rader J, et al. Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52: 1795-804.

32. Cohen-Mansfield J, Libin A, Marx MS. Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *J Gerontol: Med Sci.* 2007;62A(8):908-916.
33. Burns I, Cox H, Plant H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. *Int J Nurs Pract.*2000;6(3):118-26.
34. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, et al. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol.*2001;40:81-96.
35. Maseda A, Sánchez A, Marante M^a P, González Abrales I, Buján A, Millán-Calenti JC. Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2014;29(5):463-73.
36. Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Redman J, Rooke N, Campbell R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *Int J Geriatr Psych.* 2004;19:1047-52.
37. Sánchez A, Millá-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2013;28(1):7-14.
38. O'Connor DW, Ames D, Gardner B, King M. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(2):225-40.

- 39.** Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, Leone E, Patrice B, Carcaillon L, et al. Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int J Geriatr Psych.* 2009;24:1386-95.
- 40.** Teri L, Huda P, Gibbons L, Young H, Van Leynseele J. STAR: A Dementia-Specific Training Program for Staff in Assisted Living Residences. *Gerontologist.* 2005;45(5):686-93.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield¹⁴.

Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield (IAACM)

Puntúe los comportamientos tal y como hayan ocurrido durante su turno a lo largo de las últimas dos semanas, basándose en la siguiente escala de comportamientos agitados:

- 1 Nunca
- 2 Menos de una vez por semana
- 3 Una o dos veces por semana
- 4 Varias veces por semana
- 5 Una o dos veces al día
- 6 Varias veces al día
- 7 Varias veces por hora
- 8 Ocurrirá en caso de no prevenirlo (*por ejemplo deambularía sin propósito de no ser contenido*)
- 9 No valorable (*por ejemplo no puede deambular porque no tiene capacidad para ello o no puede mover la silla de ruedas*).

	PUNTOS
1. Deambulación y marcha sin propósito	
2. Vestirse y desvestirse de forma inapropiada	
3. Escupir (incluyendo cuando está comiendo)	
4. Decir tacos o agresividad verbal	
5. Petición constante de atención o ayuda injustificadamente	
6. Repetición de frases o preguntas	
7. Golpear (incluso a sí mismo)	
8. Pegar patadas	
9. Agarrar a personas o a cosas de forma inapropiada	
10. Empujar	
11. Tirar cosas	
12. Hacer ruidos extraños	
13. Gritar	
14. Morder	
15. Arañar	
16. Intentar irse a otro sitio	
17. Tirarse al suelo intencionadamente	
18. Quejarse	
19. Negativismo	
20. Comer o beber sustancias inadecuadas	
21. Hacerse daño a uno mismo o a otros	
22. Hacer cosas inapropiadas	
23. Esconder cosas	
24. Almacenar cosas	
25. Romper o destrozar cosas	
26. Realizar manierismos de repetición	
27. Hacer proposiciones sexuales verbalmente	
28. Hacer proposiciones sexuales o mostrar genitales	
29. Agitación general	
30. Hacer movimientos raros o muecas	
TOTAL	

