



Trabajo de Fin de Máster

Universidad de Cantabria

Escuela de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"

Máster de Investigación en Cuidados de Salud

**INTERVENCION CON TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS
EN LA AGITACION DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA
INSTITUCIONALIZADAS**

**Non-pharmacological therapies intervention
in institutionalized elderly with dementia agitated**

Autora: Mercedes Diaz González

Tutora: Carmen Sarabia Cobo

Santander Junio 2016

AGRADECIMIENTOS

Mis mayores agradecimientos a mi tutora Carmen Sarabia Cobo, por su cualificada ayuda e incansables muestras de apoyo y ánimo que durante todo el trabajo me ha ofrecido.

También agradecer al centro en que trabajo, Centro Hospitalario Padre Menni por ser fuente de inspiración en buen trabajar y en el buen hacer, especialmente en la atención y cuidados a las personas mayores con demencia.

Agradecer también a las/los docentes del máster por construir el conocimiento y permitirme llegar hasta este momento.

A todos los compañeros y compañeras que me han acompañado durante este periplo de estudio y aprendizaje.

También deseo agradecer a mi familia su apoyo incondicional.

“La incorporación de la Calidad de Vida es una exigencia Ética para los sistemas de bienestar social (...).

La finalidad perseguida no debe ser la mejora de la calidad de los servicios, sino la mejora de Calidad de la Vida de las personas”

(Barriga, 2000)

INDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCION	6
2.1. ESTADO ACTUAL	7
2.2. LASDEMENCIAS	8
2.3. SINTOMAS PSICOLOGICOS Y CNDUCTUALES EN LA DEMENCIA	9
2.4. TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS	12
3. JUSTIFICACION	16
4. OBJETIVOS	17
5. HIPOTESIS	17
6. METODOLOGIA	17
6.1. TIPO DE ESTUDIO	17
6.2. TIEMPO DE ESTUDIO	17
6.3. SUJETOS DE ESTUDIO	18
6.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION	18
6.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION	18
6.4. VARIABLES DEPENDIENTES	18
6.5. VARIABLES INDEPENDIENTES	19
6.6. AMBITO DE ESTUDIO	19
6.7. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	19
7. PROCEDIMIENTO	20
7.1. INTERVENCION	20
8. ANALISIS ESTADISTICOS	21
9. LIMITACIONES DE ESTUDIO	22
10. ASPECTOS ETICOS	22
11. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	23
12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	23
13. BIBLIOGRAFIA	23
14. ANEXOS	30

1. RESUMEN

Las personas con demencia presentan habitualmente síntomas psicológicos y conductuales (SPCD). Son causa importante de sobrecarga del cuidador, aumentan y precipitan su institucionalización y agravan el deterioro cognitivo. Entre los más prevalentes esta la agitación, que a su vez es el que más afecta a la calidad de vida del paciente, debido al propio proceso y a la dificultad de su abordaje. Es preciso un tratamiento integral e interdisciplinar donde el abordaje Farmacológico, el No farmacológico se combinen y sean lo menos invasivos posibles. Actualmente existen pocos estudios científicamente sólidos que demuestren la efectividad de las Terapias No Farmacológicas (TNF), aunque si existen diversos estudios que demuestran que el uso de contenciones farmacológicas como mecánicas, en muchas ocasiones agrava la agitación. Las TNF mas estudiadas y utilizadas son: Aromaterapia, musicoterapia, masoterapia y multisensorial. **Objetivos:** Valorar la eficacia de diversas TNF (Musicoterapia, Aromaterapia y Masoterapia) en el abordaje y prevención de la agitación en pacientes con demencia moderada y grave institucionalizados. **Metodología:** Se trata de un estudio de intervención de medidas repetidas, descriptivo y observacional. Con una duración de seis meses, tres meses para la intervención y tres de análisis de resultados. La muestra se recogerá de pacientes institucionalizados en unidad de psicogeriatría. Resultados esperados: una intervención basada en TNF mejorará positivamente los estados de agitación que pueden presentar los pacientes con demencia, influyendo adecuadamente en su calidad de vida y estado funcional.

Palabras clave: Demencia, Agitación psicomotora, Intervenciones No farmacológicas. Estimulación multisensorial. Musicoterapia.

ABSTRACT

People with dementia usually have behavioral and psychological symptoms. They are a major cause of caregiver burden, increase their institutionalization and precipitate and exacerbate cognitive impairment. Among the most prevalent this agitation, which in turn is the most affects the quality of life of patients due to the process itself and the difficulty of their approach. We need a comprehensive and interdisciplinary treatment where the pharmacological approach, combining nonpharmacologic and be as least intrusive. Currently there are few scientifically sound studies that demonstrate the effectiveness of Non-pharmacological therapies (NFT), although there are several studies showing that the use of pharmacological and mechanical restraints, often aggravates agitation. The NFT most studied and used are: aromatherapy, music therapy, massage therapy and multisensory. Objectives: To evaluate the effectiveness of various NFT (music therapy, aromatherapy and massage therapy) in addressing and preventing agitation in patients with moderate and severe dementia institutionalized. Methodology: This is a repeated intervention study, descriptive and observational measures. With a duration of six months, three months and three intervention analysis results. The sample collected from patients institutionalized in psicogeriatría unit. Expected results: an intervention based on TNF positively improve the states of agitation that may present patients with dementia, adequately influencing their quality of life and functional status.

Key words: Dementia, Neuropsychiatric symptoms, Non pharmacological therapies, Agitation, Estimulación multisensorial/ Multisensory Stimulation, Music Therapy.

2. INTRODUCCION

Según la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA), 2010, el término trastornos conductuales debería ser reemplazado por el de Síntomas Psicológicos y Conductuales en los Pacientes con Demencia (SPCD), definido de este modo: “Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta, que a menudo se presentan en pacientes con demencia”.

Los (SPCD) están siempre presentes en una demencia por lo general en más del 90% de los casos, pudiendo aparecer en cualquier fase (Cerejeira, Lagarto, Mukaetova-Ladinska, 2012). La presencia de este tipo de síntomas en el paciente crea una serie de complicaciones, como accidentes, caídas, etc., empeora el deterioro cognitivo y originan sufrimiento, angustia y estrés añadido tanto al paciente como a su entorno. El paciente va a necesitar un cuidado y vigilancia continuos, lo que a su vez ocasiona entre otras cosas que su calidad de vida y la de su entorno empeore claramente. Estos factores están directamente relacionados con el hecho de institucionalizar prematuramente a un paciente con demencia (Steinberg & Lyketsos. 2010).

El tratamiento inicial de los SPCD hace no tantos años era siempre de carácter de contenciones farmacológicas como mecánicas siendo muy difícil lograr un equilibrio entre el efecto deseado y el secundario (Ballard & Corbett, 2010). Por fortuna actualmente existen ya, numerosas guías de buenas prácticas que proponen un tratamiento o terapias no farmacológicas (TNF) a la hora del primer abordaje de estos síntomas con el objetivo de fomentar el bienestar y la calidad de vida de las personas con demencia. Elegir adecuadamente el mejor tratamiento no farmacológico requiere una buena valoración del paciente y su situación y un trato individualizado y adaptado. Para ello es necesario tener un conocimiento de los factores que se relacionan con la aparición del SPCD, como son: los factores biológicos, psicológicos y sociales (Cerejeira et al., 2012).

Existen pocos estudios científicamente sólidos que demuestren la efectividad de las Terapias No Farmacológicas. (Salzman, Jeste, Meyer, Cohen-Mansfield, Cummings, Grossberg et al., 2008). Aunque si existen diversos estudios que demuestran que tanto el uso de contenciones farmacológicas como mecánicas, lejos de disminuir la agitación en muchas ocasiones la agravan de forma directa o indirecta causando lesiones y efectos no

deseados. Así desde la Academia Americana de Neurología se enfatiza la necesidad de programas de formación para los cuidadores profesionales dirigidos a evitar el uso de fármacos antipsicóticos (Doody, Stevens, Beck, Dubinsky, Kaye, Gwyther, & Cummings, 2001).

Entre las TNF más estudiadas y empleadas encontramos la musicoterapia, aromaterapia, masaje de manos y estimulación multisensorial, terapia asistida con animales, recomendadas por “National Institute for Health and Care Excellence” (NICE, 2006).

2.1 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Según el informe Mundial sobre envejecimiento y salud publicado por la OMS (2015), desde la 2ª mitad del siglo pasado ha comenzado un proceso continuo e imparable, este proceso es el envejecimiento de la población mundial. La causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo es debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad.

Según las proyecciones de población a largo plazo del INE (IMSERSO Informe 2012 Las Personas Mayores en España) el rasgo que define a la población Española en los años del 2014 al 2064, es fundamentalmente una estructura de envejecimiento. El porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.

La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas mayores están asociados con enfermedades crónicas, en particular enfermedades no transmisibles. Según la Conferencia Ministerial de la OMS sobre la acción Mundial contra la demencia celebrada en Ginebra (Marzo 2015), la demencia afecta a más de 47 millones de personas. Se prevé que en el 2050 esta cifra se eleve al triple dado el creciente envejecimiento de la población. La demencia y la disfunción cognitiva ya son en estos momentos las principales enfermedades crónicas que contribuyen a la discapacidad y la dependencia en las personas mayores de todo el mundo. Aunque afecta principalmente a personas mayores, no debe considerarse parte normal de la vejez.

2.2 LAS DEMENCIAS

- DEFINICION

Según la RAE la palabra demencia proviene del latín (dementia). Y actualmente tiene dos significados: 1. f. Locura, trastorno de la razón. 2. f. Med. y Psicol. Deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta. Demencia senil. La demencia es un síndrome clínico (Gallegos, 2013) adquirido que implica una pérdida progresiva de las funciones cerebrales superiores (cognitivas) respecto a un nivel previo de la persona y que es lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. En muchos casos va acompañado de síntomas conductuales y psicológicos, provocando una discapacidad y dependencia en la vida de una persona.

- PREVALENCIA

La OMS reconoce que la demencia es un problema de salud pública, y ha publicado el informe "Demencia: una prioridad de la salud pública", en el que aboga por emprender acciones a nivel nacional e internacional (OMS 2015). Diferentes estimaciones indican que entre el 2% y 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años. La prevalencia se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad. En 2011, se calculó que, a nivel mundial, 35.600 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios epidemiológicos indican que se espera que este número aumente de manera alarmante. Se estima que la cifra casi se duplicará cada 20 años, 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050.

- CLASIFICACION

Las demencias pueden ser clasificadas de diferentes formas de acuerdo con criterios diversos como la edad de inicio, la causa o etiología, los signos neurológicos acompañantes y si son o no tratables. Dentro de las demencias la más común es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la Vascular, seguidas por la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. (OMS 2012). Debemos tener claro que no existen unos síntomas y signos exclusivos de cada tipo de demencia, cada demencia cursa de forma diferente en cada persona dependiendo de su personalidad previa, de su forma

física, del entorno. Aunque si debemos saber que existen una serie de síntomas que son los más generales a todas las demencias.

2.3 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA DEMENCIA

Durante la Conferencia de Consenso de 1996, la IPA (International Psychogeriatric Association) propuso emplear la expresión Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias para definir una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas afectadas de demencia, y que constituyen parte de la expresión de la enfermedad. Aunque los síntomas cognitivos y funcionales han sido los que han identificado característicamente a los sujetos con demencia, en los últimos años los síntomas conductuales y psicológicos SPCD están adquiriendo una importancia cada vez más creciente. Actualmente son uno de los principales objetivos terapéuticos (Selbaek, Engedal, Bergh, 2013).

Los SPCD están asociados en muchas ocasiones con peor evolución de la demencia, causando angustia entre los pacientes y los cuidadores, repercutiendo en la calidad de vida, la hospitalización, incluso puede conducir al aumento del uso de drogas psicotrópicas (Cerejeira et al., 2012).

Los SPCD son de etiología múltiple, existiendo una clara relación entre los distintos factores y los síntomas. Podemos distinguir: - Aspectos neurobiológicos y genéticos, dentro de los cuales se encuentran las alteraciones químicas y patológicas de los receptores. - Aspectos psicológicos, dentro de ellos se encuentran la personalidad premórbida y la respuesta al estrés. Así podemos decir que el rasgo de personalidad de timidez se relaciona con un SPCD como es la apatía, la desconfianza con la alteración del pensamiento, el perfeccionismo con la ansiedad y depresión y por último la asertividad con la agresividad. - Aspectos sociales-ambientales, donde se encuentran los cambios ambientales, entorno y/o rutinas de cuidado, a lo que son especialmente sensibles, agravando o desencadenando síntomas depresivos o agitación (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz, & Muñiz-Schwochert, 2012).

La clasificación de los SPCD propuesta por la Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA) es la siguiente:

- Síntomas conductuales y motrices: Agresión, inquietud, agitación, vociferación, vagabundeo, acumulación de objetos, desinhibición sexual u otras conductas socialmente inapropiadas.
 - Síntomas psicológicos: Ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios y otras alteraciones psicopatológicas.
- PREVALENCIA DE LOS SPCD.

Al hablar de prevalencia de los SPCD nos encontramos con datos dispares, ya que no existe una metodología común y existe mucha heterogeneidad en los datos, debemos pensar que no es lo mismo hablar de personas institucionalizadas o en comunidad, o de los diferentes tipos de demencias, diferentes estadios, etc. Aun así hablaremos de un arco de prevalencia entre:

El 70- 75% según (Selbaek, et al., 2013). El 80% según OMS Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud (2015). Más del 90% de los pacientes presentarán a lo largo del curso de la enfermedad síntomas tales como apatía, agitación, ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios, actividad motora aberrante, irritabilidad, alteraciones del sueño, alteraciones de la conducta alimentaria, euforia o desinhibición. (García & Alberca, 2015) (García & Alberca, 2012). El 92% de los pacientes presentaba al menos un SPCD al ser evaluados mediante la escala NPI (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, Gornbein, 1994). Si bien todos coinciden en que la prevalencia aumenta en personas institucionalizadas. El 95% en hospitalización a largo plazo según (García-Alberca, Lara, Berthier, 2010).

Dentro de los síntomas conductuales el más prevalente es la agitación con unas cifras entre el 50% al 70% (Levy, Cumming, Fairbanks, Bravi, Calvani, Carta, 1996). Según (Cohen-Mansfield, Marx, & Rosenthal, 1989) hasta un 93% de personas con demencia institucionalizados presentan comportamientos de agitación semanalmente.

Existen numerosas causas que lo pueden desencadenar, pero las más frecuentes y que debemos saber identificar, como son: - dolor, enfermedad, infecciones, polifarmacia, soledad, miedo, aburrimiento, estrés ambiental.

Según (Hall & Buckwalter, 1987), a través del Modelo de la Progresiva Disminución del Umbral de Estrés o Progressively Lowered StressThreshold Model (Volicer & Hurley, 2003), las personas con demencia suelen tener el umbral de estrés más bajo que el resto de las personas y los problemas de conducta son el resultado del exceso de estrés ambiental. Este estrés puede ser causado por condiciones físicas (enfermedades, hambre, sed), estímulos múltiples, cambios en el cuidador, la rutina, el medio ambiente, las demandas que exceden las capacidades y la retroalimentación negativa y restrictiva. Otros autores también coinciden en afirmar que la incomodidad puede estar en la base de todos los comportamientos agitados (Cohen-Mansfield & Deutsch, 1996; Pelletier & Landreville, 2007)

El término agitación describe actividad motora, vocal o verbal inapropiada, que no tiene una explicación causal. La conducta agitada afecta negativamente en el cuidado del paciente (Cohen-Mansfield, et al., 1989). La agitación conlleva una pérdida importante de la calidad de vida del paciente, debido no sólo al propio proceso, sino también al conjunto de estrategias para tratarlo, pues por una parte, se tiende a aislar, a aumentar las contenciones mecánicas y sobremedicalizar al paciente y, por otra, la sobrecarga del cuidador (formal/informal) puede influir en la calidad de la atención que el paciente reciba (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, Sartorius, 1996).

La agitación en el paciente con demencia se puede manifestar de una forma no agresiva, verbal (demandas de atención constantes, negativismo, repetición de palabras o frases, preguntas insistentes, gritos y verborrea) o física (deambular por lugares inadecuados, deambulación errática, vestirse o sujetar cosas de manera inapropiada y estereotipias), o bien de una forma agresiva, verbal (amenazas, acusaciones, palabras soeces y obscenidades) o física (patadas, golpes, empujones, arañazos, peleas, mordeduras y lanzamiento de objetos) (Cohen-Mansfield, Marx, Werner, 1992).

Por todo ello la sociedad actual demanda cambios a la hora de abordar los SPCD, dando prioridad a la dignidad, respeto y libertad de la persona asumiendo sus riesgos, todo ello supone el inicio de un cambio de paradigma para el cual debemos ser proactivos.

Es preciso un tratamiento integral e interdisciplinar donde el abordaje Farmacológico, el No farmacológico, los diferentes profesionales y el entorno ambiental se

combinen y sean lo menos invasivos posibles, porque es el entorno el que debe adaptarse a la persona y no a la inversa.

2.4 TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.

Está formado por intervenciones psicoterapéuticas y de adaptación del entorno social que se aplican al paciente y al entorno físico y familiar que le rodea. (Olazarán, Muñiz, 2009). La mayoría de tratados de buenas prácticas sugieren como primera estrategia a la hora de abordar los SPCD las TNF (Cejeira, et al., 2012).

El abordaje tanto farmacológico como de contenciones mecánicas han demostrado un efecto modesto en el control de estos síntomas, además las personas mayores, y en particular, las afectadas de demencia presentan una escasa tolerancia y son más vulnerables a los efectos secundarios que surgen de las contenciones y de los fármacos y a las interacciones farmacológicas (Otero-López, Alonso-Hernández, Maderuelo-Fernández, Garrido-Corro, Domínguez-Gil, & Sánchez-Rodríguez, 2006). Sin embargo, cuando los SPCD son severos y significan un riesgo para la persona y su entorno, es necesario combinar el abordaje no farmacológico con uno farmacológico (IPA, 2010; Losada, 2004) desde una perspectiva interdisciplinar que permita una intervención efectiva (Cohen-Mansfield, Thein, Marx, Dakheel-Ali, Murad, Freedman, 2012).

Es necesario una intervención interdisciplinar o equipos de atención especializada en el abordaje de demencias donde los diferentes profesionales (neurólogo, geriatra o psiquiatra), psicólogo/neuropsicólogo, personal de enfermería, trabajador social y personal administrativo, combinen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Las TNF tienen sus limitaciones en el abordaje de los SPCD, ya que estos tienen causas muy diferentes (Cohen-Mansfield, 2001). En las últimas décadas se han desarrollado diferentes TNF como alternativa que contribuya a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas con demencia (Sánchez, Millán-Calenti, Lorenzo-López, & Maseda, 2013).

Si bien se observan beneficios en la agitación de personas con demencia después de la intervención de este tipo de terapias no existen evidencias exactas de que una modalidad terapéutica obtenga mejores resultados que otra. En algunos casos la mejoría de los síntomas se puede atribuir a la formación de los cuidadores habituales, a la mayor dedicación individualizada, la interacción y empatía con los profesionales (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009).

Las TNF parecen ser más efectivas al abordar la agitación, si se realizan individualmente adaptando el entorno a las necesidades de la persona, a su identidad pasada y a sus capacidades y preferencias. (Cohen-Mansfield, Thein, Marx, Dakheel-Ali, & Freedman 2012).

Dentro de las Terapias No Farmacológicas podemos destacar: la Musicoterapia (Blackburn, & Bradshaw. 2014), la Masoterapia (Ávila, & Rodríguez-Mansilla, 2015), la Aromaterapia (Forrester, Maayan, Orrell, Spector, Buchan, & Soares-Weiser 2014) y las Salas Snoezelen (Klages, Zecevic, Orange, & Hobson 2011).

A continuación pasamos a describirlas:

MUSICOTERAPIA

La Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011) la define del siguiente modo: "La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en los contextos médicos, educativos, y entornos cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, la salud espiritual y el bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en musicoterapia se basan en los estándares profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos". La musicoterapia se considera como el uso clínico de la música basado en la evidencia, mediante intervenciones musicales para conseguir un objetivo terapéutico. La música es una de las artes más sociales, convivimos con ella en todo momento, posee la capacidad de producir placer, nos estimula a recordar hechos del pasado y hacer interactuar al ser humano en todos sus niveles de desarrollo.

Se sabe que en términos generales la música reduce la ansiedad. Diversos estudios han demostrado que la intervención con musicoterapia reduce la agitación en personas con demencia, sobre todo llevadas a cabo individualmente o en grupos muy

reducidos, dirigido por personal debidamente entrenado (Mercadal, & Martí, 2007). Esta práctica terapéutica incluye todo tipo de música, opciones y variantes, como: cantar, tocar instrumentos musicales, improvisación musical, baile, juegos musicales y audición. La musicoterapia fomenta el desarrollo de la persona dependiente, proporcionándole una buena calidad de vida. (American Music Therapy Association, AMTA, 2005).

SALAS SNOEZELLEN

El enfoque “snoezelen” basado en la teoría de integración Sensorial de Ayres nace en la década de los 70 en los Países Bajos diseñado en su inicio para personas con necesidades educativas especiales y proporcionando a través de relajación, descubrimiento e interactividad, un despertar sensorial. Posteriormente en la década de los 90 se amplía a diferentes ámbitos entre ellos con personas con demencia. El concepto snoezelen asume que el mundo en el que vivimos es una mezcla de sensaciones de luz, de sonidos, de olores, de gustos y de experiencias táctiles variadas.

Una sala multisensorial o snoezelen es un espacio polivalente dedicado a la relajación y/o actividades donde la estimulación puede ser controlada y dirigida con un fin terapéutico. La sala snoezelen se utiliza con el fin de reducir los comportamientos disruptivos, promocionar un estado de ánimo positivo, de interacción y comunicación así como la promoción de una reducción del estrés en los procesos de atención.

La sala multisensorial 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 se trabaja con todos los sentidos a excepción del gusto. Estimulación auditiva, visual, olfativa, táctil.

Diversas investigaciones demuestran una mejoría en relación a la agitación en pacientes con demencia tras una sesión en la sala snoezelen (Moriarty, 2002). Incluso se observa una mejoría clara en la relación entre el personal y el paciente después de participar en sesiones snoezelen (Baillon, van Diepen, Prettyman, Redman, Rooke, & Campbell, 2004).

La terapia multisensorial puede incluso adaptarse al entorno del paciente o situaciones conflictivas como puede ser el aseo (Van Weert, Janssen, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Bensing, & Ribbe, 2006)

MASOTERAPIA

La masoterapia es el conjunto de distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos, para el tratamiento de enfermedades y lesiones. Varias investigaciones demuestran que existen efectos beneficiosos tras una intervención de masaje terapéutico en pies y tobillos o en las manos y que se consigue disminuir los problemas de agitación y comportamiento tras la intervención, este beneficio dura al menos 2 semanas después de haberlo aplicado (Moyle, Johnston, O'Dwyer 2011). Su aplicación sobre las extremidades superiores consigue disminuir significativamente la agitación verbal, vagabundeo, agitación mental y resistencia a los cuidados.

AROMATERAPIA

Consiste en la utilización de aceites esenciales puros de plantas para conseguir o recuperar la salud física, emocional y mental. Los aceites esenciales se extraen mediante destilación por arrastre de vapor (Damian, & Damian, 1997). Pueden influir en aspectos psicológicos de la persona, mediante la percepción placentera de un olor o la asociación del olor con el pasado (Holmes, Ballard, 2004).

La aromaterapia con lavanda, romero, manzanilla y otros aceites esenciales puede aliviar temporalmente la ansiedad y los trastornos emocionales en los adultos de edad avanzada con demencia. Así como mejorar la calidad de vida en general. Como parte de un enfoque integral para el tratamiento médico, los aceites esenciales aromáticos pueden ser inhaladas o masajes en la piel para aliviar la agitación. La aromaterapia no resuelve el desasosiego causado por la interacción de medicamentos, infecciones o trastornos en la atención personal. No existen conclusiones firmes a cerca de su efectividad en el abordaje de la agitación en la demencia (Forrester, Maayan, Orrell, Spector, Buchan, Soares-Weiser, 2014).

Se necesitan más ensayos controlados aleatorios a gran escala antes de poder establecer conclusiones claras con respecto a la efectividad de la aromaterapia para la demencia (Thorgrimsen, Spector, Wiles, & Orrell, 2009).

3. JUSTIFICACION.

Los SPCD están asociados en muchas ocasiones con peor evolución de la demencia, causando angustia entre los pacientes y los cuidadores tanto familiares como profesionales, repercutiendo en la calidad de vida de ambos. Precipitan la institucionalización, y pueden conducir al aumento del uso de drogas psicotrópicas y contenciones mecánicas, con las consecuencias que esto conlleva, como son los efectos secundarios no deseados y el aumento de sobre coste del cuidado (Cerejeira, et al., 2012).

En ausencia de un tratamiento farmacológico eficaz, los abordajes no farmacológicos son una alternativa viable sin efectos secundarios, sin interacciones farmacológicas que contribuyen a mejorar el estado de salud y consecuentemente la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores. El abordaje desde una perspectiva sistémica y interdisciplinar de los SPCD, valorando al enfermo y a su cuidador tiene una alta rentabilidad tanto personal como social (Olazarán- Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012).

Por ello considerando la alta prevalencia de los SPCD y el impacto que genera su aparición un abordaje adecuado desde una perspectiva globalizadora, intradisciplinar e interdisciplinar donde los diferentes profesionales compartan ámbitos de intervención y se coordinen para dar una respuesta efectiva, dirigida a prevenir y tratarlos, desde TNF es una alternativa sin efectos secundarios y eficaz (Cohen- Mansfield, Jensen, Resnick, Ziporkin, Norris, 2012).

Este trabajo se centrará en el manejo no farmacológico de la agitación por ser uno de los síntomas conductuales más prevalentes (Cohen Mansfield et al., 1989) y a su vez el que crea una pérdida importante de la calidad de vida del paciente, debido no sólo al propio proceso, sino también al conjunto de estrategias para tratarlo, pues por una parte, se tiende a aislar, a aumentar las contenciones mecánicas y sobre medicalizar al paciente y, por otra, la sobrecarga del cuidador puede influir en la calidad de la atención que el paciente reciba (Finkel et al., 1996).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Valorar la eficacia de diversas TNF (Musicoterapia, Aromaterapia y Masoterapia) en el abordaje y prevención de la agitación en pacientes con demencia moderada y grave institucionalizados.

4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Analizar varias TFN y su efectividad en la reducción de la agitación en pacientes con demencia institucionalizados.
- Comparar la efectividad a largo plazo de la intervención de las diversas TFN en la agitación.
- Mejorar los SPCD.
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes con demencia.
- Cambio de visión y actitud de los profesionales de atención directa en pacientes con demencia.

5. HIPOTESIS

La agitación en pacientes con demencia institucionalizados se reduce cuando se realizan intervenciones basadas en TNF, desde equipos interdisciplinarios.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de intervención de medidas repetidas, descriptivo y observacional.

6.2. TIEMPO DE ESTUDIO

Seis meses, tres meses para la intervención y tres de análisis de resultados.

6.3. SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes institucionalizados en unidad de psicogeriatría, con consentimiento informado si están capacitados o de su familiar/ tutor si no es así (Anexos VII, VIII).

6.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION

Personas con demencia diagnosticada por un neurólogo (de moderado a grave, según la Escala de deterioro global de Reisberg, GDS 4 a 7). Institucionalizados. Que presentan agitación, detectada objetivamente con el test NPI-agitación. Ambos sexos, con independencia de la edad.

6.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

Paciente sin consentimiento informado. No presencia de agitación en el momento del estudio. Presentar alteraciones sensoriales que imposibiliten la participación. .

6.4. VARIABLES DEPENDIENTES (de resultado)

Agitación, alteraciones conductuales y alteraciones emocionales. Instrumentos de medida:

- Agitación. Para valorar la agitación se utilizará el Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield (IAACM) que es la versión española de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) validado por (Cervilla, Rodríguez Cano, Gurpegui, 1995). Consta de 30 ítems, con unas puntuaciones que van de 1 (nunca) a 9 (no valorable) que mide la frecuencia de comportamientos agitados en las 2 últimas semanas (anexo II).

- Alteraciones conductuales, se valorarán con la versión española del Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI). (Vilalta-Franch, Lozano-Gallego, Hernández-Ferrándiz, Llinàs-Reglà, López-Pousa, López, 1999). Se trata de evaluar SPCD, delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, apatía, irritabilidad, euforia, desinhibición y conducta motora aberrante. Los síntomas son registrados como presentes o no presentes, si el resultado es positivo, la escala va de 1 (poco intenso) a 3 (muy intenso). La puntuación final puede variar de 0 a 30. (Anexo III).

- Alteraciones emocionales. Para valorar la depresión se utilizará la validación para la población española de la escala de Cornell. (Pujol-Doménech, de Azpiazu, Salamero, Cuevas. 2001). Mide los síntomas y signos manifestados la semana anterior a la entrevista. Consta de 19 ítems donde se miden alteraciones de pensamiento, físicas, de

ánimo, comportamiento y cíclicas. La puntuación va desde A (imposible de evaluar), 0 (ausencia) a 2 (severo). Tiene un rango de puntuación de 0 a 38. (Anexo IV).

6.5. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Grado de demencia, medido con la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS). (Reisberg, Ferris, de León, Crook.1988). Escala que valora y clasifica a las personas según sus capacidades o déficits cognitivos y funcionales. Lo clasifican en 7 estadios que van desde cognición normal a una demencia muy grave que es el estadio 7. (Anexo V).
- Aspectos sociodemográficos: sexo del paciente, edad, tratamiento farmacológico. Estos datos se recogerán mediante un cuadernillo de recogida de datos. (Anexo VI).
- Evaluación de intereses y preferencias sensoriales. Se recogerá información sobre las preferencias sensoriales e intereses de los participantes a través de la información que los cuidadores transmitan sobre su familiar.

6.6. AMBITO DE ESTUDIO

Unidad de Psicogeriatría ubicada en un centro hospitalario de salud mental en Santander.

6.7. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionarán todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Al ser una muestra reducida no se realizará una selección aleatoria.

6.8. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 40 sujetos con demencia estadio GDS 4-5-6 y 7, asumiendo que la proporción inicial de acontecimientos es del 0.5 y al final del 0.5. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. El tamaño muestral fue estimado con el programa Granmo 7.12.

7. PROCEDIMIENTO

7.1. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se realizará desde un enfoque no directivo, en salón de cada planta seleccionada en el estudio. Se tratan de salones comunes donde existe separación de ambientes aunque estas separaciones son abiertas. Los pacientes que no intervengan en la sesión realizarán otro tipo de actividades como ejercicios de estimulación cognitiva o paseos programados fuera de la unidad para evitar ruidos e interrupciones. Se realizarán varios grupos, los grupos serán lo más reducidos posibles (máx. 4 personas por sesión), haciendo separación entre pacientes según el grado y tipo de agitación.

7.1.1. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

Se comenzará con una luz adecuada (tenue) y con música de relajación de fondo previamente seleccionada y que será una diferente en cada sesión (Bach, Secret Garden, sonidos de naturaleza). Con ello lograremos crear un ambiente tranquilo y acorde a la intervención que vamos a realizar y al resto de pacientes que realizan la actividad de estimulación cognitiva.

En segundo lugar usaremos bolsitas de olor individuales, que les iremos dando a oler a cada usuario con tres olores específicos de lavanda, romero y menta. Les indicaremos que primero lo hagan con uno de los aromas, concentrándose en el olor y comentando que les evoca dicho aroma, así sucesivamente con los tres aromas.

Tras la intervención de aromaterapia la auxiliar de enfermería responsable de la intervención realizará masoterapia, consistente en realizar pequeños masajes en manos, hombros y cuello con crema hidratante hipoalérgica específica para masajes.

Cada una de las tres actividades tendrá una duración establecida: la musicoterapia estará durante toda la sesión, la aromaterapia durará 10 minutos y la masoterapia otros 10 minutos, empleándose los últimos 10 minutos de la sesión para la evocación de recuerdos y comentarios generales.

7.2. DURACION Y NUMERO DE SESIONES

Las sesiones tendrán una duración de aprox. 30 minutos y lo realizarán dos veces por semana.

7.3. EVALUACION DE VARIABLES DEPENDIENTES

Se realizará la evaluación de la agitación, conducta y estado emocional pasando los instrumentos de medida antes de la intervención y posterior a la intervención por la investigadora principal.

7.4. FORMACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

El personal auxiliar será dirigido y supervisado por la enfermera responsable de unidad. A su vez tanto el personal auxiliar como personal de enfermería serán entrenados e instruidos en este tipo de terapias por personal cualificado.

8. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos serán analizados con el programa estadístico SPSS versión 20.0 en su versión española para Windows. Se rechazará la hipótesis nula con un nivel de significación estadística de $p < 0.05$. Primero se analizará la calidad de la base de datos considerando aceptable un porcentaje de error inferior al 5%. Se realizará un análisis descriptivo, de frecuencias y gráfico según las variables (para las variables cualitativas se utilizarán porcentajes con su Intervalo de Confianza (IC) de 95%, y para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) de acuerdo con el tipo de variable estudiada). Se analizará la normalidad y homogeneidad de varianzas de la muestra mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnoff y Levene, respectivamente. Se utilizarán pruebas de contraste de hipótesis (t de Student y Chi cuadrado, etc.) para comparar el comportamiento de las variables. Para identificar relaciones de dependencia/asociación entre las variables cualitativas se realizará análisis univariado utilizando para el contraste de la hipótesis, las tablas de contingencia, el test de chi cuadrado para un intervalo de confianza del 95%. Mediante este test estadístico se analizarán las asociaciones entre la variable de estudio (intervención en TNF) con las variables de resultado. Las variables cuantitativas se tratarán con el cálculo de la t de Student o ANOVA y la correlación de variables con el

coeficiente r de Pearson. Para las variables cuantitativas que tengan medidas pre y post se llevará a cabo análisis ANOVA de un factor de medidas repetidas.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de las principales limitaciones del estudio es la posible pérdida de sujetos durante el mismo debido al empeoramiento de su demencia, a enfermedades concomitantes o a éxitus. Esto se podrá evitar teniendo asumiendo una pérdida del 10% en la aproximación del tamaño muestral.

Otra posible limitación es la heterogeneidad de los usuarios y la diferencia de respuesta a la intervención, algo que ya ha sido recogido en estudios similares pero que es difícil de corregir habida cuenta de la complejidad del proceso de demencia.

10. ASPECTOS ETICOS

Se solicitará la aprobación de dicho proyecto por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria respetando la normativa actual vigente. Asimismo, se pedirá permiso a la directora del centro elegido para el estudio a través de una carta redactada.

También se informara sobre el estudio a los tutores legales (Anexo VII), así como se solicitará consentimiento informado para que accedan a participar en el estudio y poder hacer uso de los datos clínicos de su historial (Anexo VIII).

La información difundida y obtenida por la puesta en marcha del presente estudio es considerada confidencial y deberá ser tratada en todo momento como tal. Los sujetos del estudio se identificarán sólo con un código. Tanto los investigadores responsables del proyecto como el promotor o las Autoridades Sanitarias tendrán acceso a la información registrada a lo largo del estudio. En caso de publicación de los resultados del estudio no se revelará la identidad de los participantes.

El tratamiento de los datos se hará de forma que quede garantizada la confidencialidad de los mismos y de la información del estudio, respetando así la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de

Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). La investigadora principal será la responsable de garantizar que los datos obtenidos no puedan ser utilizados para otro.

11. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA.

En el anexo I aparece el cronograma que se seguirá en este proyecto.

12. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.

Las principales implicaciones de los resultados de la intervención serán en primer lugar que los profesionales de atención directa en pacientes con demencia institucionalizados, profundicen en el conocimiento de la demencia y de los síntomas psicológicos y conductuales (complejos y de gran variedad) para adquirir ciertas competencias en su abordaje, reforzando valores de dignidad y respeto hacia la persona.

Con ello se pretende prevenir y reducir la agitación y otros SPCD mediante TNF, intentando evitar en el mayor grado posible las contenciones tanto farmacológicas como mecánicas, para así favorecer y mejorar la Calidad de Vida de las personas con demencia institucionalizados.

REFERENCIAS

Ávila, C. B., & Rodríguez-Mansilla, J. (2015). Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia. *Atención Primaria*.

Baillon, S., van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. y Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 11, 1047-1052.

Ballard, C., Corbett, A. (2010). Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. *CNS Drugs* 24, 729–739.

- Ballard, C., Gray, A., Ayre, G. (1999). Psychotic symptoms, aggression and restlessness in dementia. *Rev Neurol.* 155, S44–S52.
- Blackburn R, & Bradshaw T. (2014). Music therapy for service users with dementia: a critical review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(10), 879-888.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia frontal. *Neurología* 3, 73
- Cervilla, J.A., Rodriguez, Cano, T., Gurpegui, M. (1995). Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. *An Psiquiatr.* 11 Supl I:5-6.
- Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B., & Norris, M. (2012). Knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavior symptoms associated with dementia: a comparison of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *The Gerontologist*, 52(1), 34-45.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 4(04), 221-240.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., & Freedman, L. (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(9), 1-478.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Murad, H., & Freedman, L. S. (2011). The relationships of environment and personal characteristics to agitated behaviors in nursing home residents with dementia. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(3), 1-478.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.
- Cohen-Mansfield, J., & Deutsch, L. H. (1996). Agitation: subtypes and their mechanisms. In *Seminars in clinical neuropsychiatry*. 1, 4, 325-339.

- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44(3), M77-M84.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2308.
- Damian, P., & Damian, K. (1997). *Aromaterapia: El olor y la psique: Utilización de los aceites esenciales para el bienestar físico y emocional*. Inner Traditions/Bear & Co.
- Doody, R. S., Stevens, J. C., Beck, C., Dubinsky, R. M., Kaye, J. A., Gwyther, L. M. S. W.,... & Cummings, J. L. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1154-1166.
- Finkel, S. I., e Silva, J. C., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1997). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8(S3), 497-500.
- Finkel, S.I, 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.
- Finkel, S. I. (1998). Costa e Silva J, Cohen GD, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implication for research and treatment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 6, 97-100.
- Forrester, L. T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A. E., Buchan, L. D., & Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD003150
- Gallegos, A. S. J. (2013). Prevalencia de la demencia y sus subtipos en una zona rural de la provincia de Valladolid. Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Tesis doctoral. Disponible en <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/4546>

García-Alberca, J. M. (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30(1), 8-15.

IMSERSO. GPC sobre la atención integral a las personas con Alzheimer y otras Demencias en SNS. Disponible en www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Hall, G. R., & Buckwalter, K. (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of psychiatric nursing*, 1(6), 399.

Holmes, C., & Ballard, C. (2004). Aromatherapy in dementia. *Advances in psychiatric treatment*, 10(4), 296-300.

IMSERSO. Informe 2012 Las Personas Mayores en España, Datos Estadísticos; Disponible en: www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/.../infoppmm2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la Población de España 2014- 2064. Notas de prensa. 2014; Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>. Accessed Junio, 2015.

Klages, K., Zecevic, A., Orange, J. B., & Hobson, S. (2011). Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(7), 607-616.

Levy, M.L., Cummings, J.L., Fairbanks, L.A., Bravi, D., Calvani, M., Carta, A. (1996). Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 153(11):1438-43.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.

Lyketsos, C. G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA*, 288(12), 1475-1483.

Mercadal, M., & Martí, P. (2007). Aplicación de la musicoterapia en las demencias. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (188), 119-126.

Moriarty, J. (2002). Innovative practice. *Dementia*, 1, 3, 383-395.

Moyle, W., Johnston, A. N. B., & O'Dwyer, S. T. (2011). Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: a pilot study. *Australasian journal on ageing*, 30(3), 159-161.

O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B., & King, M. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, 21(02), 225-240.

Olivera, J. (2010). Abordaje integral de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. Programa de Psicogeriatría. Hospital San "San Jorge" de Huesca.

Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., & Muñoz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *revista de Neurología*, 55, 598-608.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia una prioridad de salud pública. Available at: who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/ - 28k

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud (2015); Available at: who/fwc/alc/15.01

Organización Mundial de la Salud (OMS). Primera Conferencia Ministerial sobre la Acción Mundial contra la Demencia; <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/global-action-against-dementia/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencias; Available at: who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs362/es/ - 37k

Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales; Available at: who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/ - 40k

Otero-López, M. J., Alonso-Hernández, P., Maderuelo-Fernández, J. Á., Garrido-Corro, B., Domínguez-Gil, A., & Sánchez-Rodríguez, Á. (2006). Acontecimientos adversos

prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Medicina clínica*, 126(3), 81-87.

Pelletier, I. C., & Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC geriatrics*, 7(1), 27.

Pujol, J., De Azpiazu, P., Salamero, M., & Cuevas, R. (2001). Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *Revista de neurología*, 33(4), 397-398.

Reisberg, B., Ferris, S.H., de León, M.J., Crook, T. (1988). Global Deterioration Scale (GDS). *Psychofarmacol Bull.* 24(4):661-3.

Salzman, C., Jeste, D., Meyer, R. E., Cohen-Mansfield, J., Cummings, J., Grossberg, G., ... & Pollock, B. (2008). Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(6), 889.

Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory Stimulation for People With Dementia A Review of the Literature. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 28(1), 7-14.

Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169.

Selbæk, G., & Engedal, K. (2012). Stability of the factor structure of the Neuropsychiatric Inventory in a 31-month follow-up study of a large sample of nursing-home patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(01), 62-73.

Steinberg, M., Lyketsos, C.G. (2010). Trastornos psiquiátricos en personas con demencia. In Weiner MF, Lipton AM, eds. *Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Panamericana, p. 263-81.

Thorgrimsen, L., Spector, A., Wiles, A., & Orrell, M. (2009). Aromaterapia para la demencia. www.ratser.com/aromaterapia-para-la-demencia-en-los-ancianos/ 7 sept. 2013 - Aromaterapia para la demencia en los ancianos

Van Weert, J., Janssen, B. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M., Bensing, J. M., & Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of advanced nursing*, 53(6), 656-668.

Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S., & López, O. L. (1999). Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol*, 29(1), 15-9.

Volicer, L., & Hurley, A. C. (2003). Review article: Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(9), M837-M845.

ANEXOS

Anexo I

CRONOGRAMA

FASES	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017
Solicitud de autorización al centro en estudio									
Solicitud CEIC									
Intervención									
Recogida de datos									
Procesamiento de datos									
Análisis estadístico									
Interpretación y representación de datos									
Elaboración de resultados y conclusiones									
Difusión de resultados a través de trípticos/pósters y medios de comunicación									

Anexo II Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield (IAACM)¹ 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	

¹ Cervilla JA, Rodríguez Cano T, Gurpegui M. Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. An Psiquiatr. 1995; 11 Supl I:5-6.

Anexo III

NPI²

Áreas	N/A	Nunca	Frecuencia				Gravedad			F x G		Angustia				
			1	2	3	4	1	2	3			1	2	3	4	5
A. Ideas delirantes	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
B. Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
C. Agitación/agresividad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
D. Depresión/disforia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
E. Ansiedad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
F. Júbilo/euforia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
G. Apatía/indiferencia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
H. Desinhibición	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
I. Irritabilidad/inestabilidad	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
J. Conducta motriz anómala	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
K. Sueño	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
L. Apetito y desórdenes alimentarios	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
PUNTUACIÓN TOTAL																

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PUNTUAR EL NPI:

Frecuencia se puntúa:

0- Ausente

- 1- De vez en cuando – menos de una vez a la semana
- 2- A menudo –alrededor de una vez a la semana
- 3- Con frecuencia – varias veces a la semana pero no cada día
- 4- Con mucha frecuencia – una o más veces al día

Gravedad se puntúa:

- 1- Leve – presencia de ideas delirantes pero parecen inofensivas y no producen demasiada angustia al paciente
- 2- Moderada – las ideas delirantes son angustiosas y perjudiciales
- 3- Severa – las ideas delirantes son muy perjudiciales y constituyen una fuente importante de trastorno de la conducta. (Si se prescriben medicamentos PRN –no pautados-, su utilización indica que los delirios son de una gravedad acusada).

Angustia: ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

- 1- Nada en absoluto
- 2- Mínimamente
- 3- Levemente
- 4- Severamente
- 5- Muy severamente o extremadamente

² Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López OL. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. Rev Neurol. 1999;29(1);15-19.

Anexo IV Escala Cornell para la depresión en la demencia³La puntuación se basa en síntomas y signos que se hayan manifestado durante la semana previa a la entrevista. No se ha de puntuar si los síntomas son debidos a una discapacidad física o enfermedad. Puntuación:

- 0 = ausencia
- 1 = moderado/intermitente
- 2 = severo
- A = imposible de evaluar

A. Signos relacionados con el estado de ánimo				
Ansiedad (expresión ansiosa, rumiaciones, preocupación)	A	0	1	2
Tristeza (expresión triste, voz triste, tendencia a llorar)	A	0	1	2
Falta de capacidad de reacción delante de situaciones agradables	A	0	1	2
Irritabilidad (se enfada fácilmente, irascible)	A	0	1	2
B. Alteraciones del comportamiento				
Agitación (intranquilidad, se retuerce las manos, se tira de los cabellos)	A	0	1	2
Enlentecimiento (movimientos lentos, habla lenta, reacciones enlentecidas)	A	0	1	2
Múltiples molestias físicas (puntuar "0" solo si presenta molestias gastrointestinales)	A	0	1	2
Pérdida de interés (menos implicado en actividades cotidianas; puntuar solo si el cambio se ha producido de manera aguda., p. ej., en menos de un mes)	A	0	1	2
C. Signos físicos				
Pérdida de apetito (come menos de lo normal)	A	0	1	2
Pérdida de peso (puntuar "2" si ha perdido más de 2 Kg en 1 mes)	A	0	1	2
Pérdida de energía (fatiga fácil, incapaz de mantener ciertas actividades (puntuar solo si el cambio se ha producido de forma aguda, p. ej. en menos de un mes)	A	0	1	2
D. Funciones cíclicas				
Variación diurna del humor (los síntomas empeoran por la mañana)	A	0	1	2
Dificultad para conciliar el sueño (se duerme más tarde de lo que es habitual en este paciente)	A	0	1	2
Se despierta varias veces durante la noche	A	0	1	2
Se despierta más pronto de lo que estaba acostumbrado	A	0	1	2
E. Alteraciones del contenido del pensamiento				
Suicidio (piensa que no vale la pena vivir, deseos de suicidio o tentativas de autolisis)	A	0	1	2
Baja autoestima (desprecio de sí mismo, sentimientos de culpa y sentimientos de fracaso)	A	0	1	2
Pesimismo (anticipación de lo peor que podría pasar)	A	0	1	2
Ideación delirante congruente con el estado de ánimo (ideas delirantes de pobreza, enfermedad o pérdida)	A	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL				

³ Pujol-Doménech J, de Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. Rev Neurol. 2001;33:397-398.

Anexo V Escala de deterioro global de Reisberg⁴

GDS-1. Ausencia de alteración cognitiva. Se corresponde con el individuo normal:

- **Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica**

GDS-2. Disminución cognitiva muy leve. Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad:

- **Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en las áreas siguientes:**
 - Olvido de donde ha dejado objetos familiares
 - Olvido de nombres previamente bien conocidos
- **No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica**
- **No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales**
- **Preocupación apropiada respecto a la sintomatología**

GDS-3. Defecto cognitivo leve. Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

- **Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:**
 - El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar
 - Los compañeros de trabajo son conscientes de su poco rendimiento laboral
 - El defecto para evocar palabras y nombres se hace evidente a las personas íntimas
 - El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material
 - El paciente puede mostrar una capacidad disminuida en el recuerdo del nombre de personas nuevas conocidas recientemente
 - El paciente puede haber perdido o colocado un objeto de valor en un lugar equivocado
 - En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración
- **Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva**
- **Rendimientos disminuidos en actividades laborales y sociales exigentes**
- **La negación o desconocimiento de los defectos pasan a ser manifestados por el paciente**
- **Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta a moderada**

GDS-4. Defecto cognitivo moderado. Se corresponde con una demencia en estadio leve:

- **Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa. Defectos manifiestos en las áreas siguientes:**
 - Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes
 - El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal
 - Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada
 - Capacidad disminuida para viajar, control de su economía, etc.
- **Frecuentemente no hay defecto en las áreas siguientes:**
 - Orientación en tiempo y en persona
 - Reconocimiento de personas y caras familiares
 - Capacidad para viajar a lugares familiares
- **Incapacidad para realizar tareas complejas**
- **La negación es el mecanismo de defensa dominante**
- **Se observa disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes**

GDS-5. Defecto cognitivo moderado-grave. Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

⁴ Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24(4):661-3.

- **El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia**
- **Durante la entrevista es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:**
 - Dirección y número de teléfono de muchos años
 - Nombres de familiares próximos (como los nietos)
 - El nombre de la escuela o instituto en el que estudió
- **A menudo presenta cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar**
- **Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos**
- **Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a otros.**
- **Invariablemente conocen su nombre, y en general saben el nombre de su cónyuge e hijos**
- **No requiere asistencia en el aseo ni en la alimentación, pero puede tener alguna dificultad en la elección de la ropa adecuada**

GDS-6. Defecto cognitivo grave. Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

- **Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir**
- **Desconoce en gran parte los acontecimientos y experiencias recientes de su vida**
- **Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentariamente**
- **Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.**
- **Puede ser incapaz de contar hasta 10 hacia atrás, y a veces hacia delante**
- **Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas**
 - Puede presentar incontinencia
 - Requiere asistencia para viajar pero ocasionalmente será capaz de viajar a lugares familiares
- **El ritmo diurno está frecuentemente alterado**
- **Casi siempre recuerda su nombre**
- **Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno**
- **Acontecen cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables, e incluyen:**
 - Conducta delirante, por ejemplo, acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias, o con su imagen reflejada en el espejo
 - Síntomas obsesivos, por ejemplo, puede repetir continuamente actividades de limpieza
 - Síntomas de ansiedad, agitación e incluso puede aparecer una conducta violenta, previamente inexistente
 - Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta de desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva

GDS-7. Defecto cognitivo muy grave. Se corresponde con una demencia en estadio grave:

- **Se pierden todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase**
- **En las fases tempranas de este estadio se pueden producir palabras y frases, pero el lenguaje es muy circunscrito**
- **En las últimas fases de este período no hay lenguaje, solo gruñidos**
- **Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación**
- **Las habilidades psicomotoras básicas, (p.ej. andar) se pierden a medida que avanza esta fase**
- **El cerebro parece incapaz de decir al cuerpo lo que tiene que hacer**
- **A menudo hay signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales**

Anexo VI

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Género		<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer		
2. Edad (Indicar años cumplidos y fecha de nacimiento)		 /..... /19....		
3. Estado civil					
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Otros:
4. ¿Qué estudios ha terminado?					
<input type="checkbox"/> Sin estudios, pero sé leer y escribir					
<input type="checkbox"/> Primarios incompletos (preescolar o primeros años)					
<input type="checkbox"/> De primer grado (1 ^{er} ciclo de EGB, ingreso, etc. hasta los 10 años)					
<input type="checkbox"/> De segundo grado/ Primer ciclo (2 ^o ciclo de EGB, 4 ^o de bachiller, Graduado escolar, Auxiliar administrativo, etc. hasta los 14 años)					
<input type="checkbox"/> De segundo grado/ Segundo ciclo (BUP, COU, FP1, FP2. hasta los 18 años)					
<input type="checkbox"/> Universitarios (Diplomatura, Licenciatura, Doctorado etc.)					

DATOS DE SALUD

1. Tipo de demencia	2. Años de evolución	3. Escala GDS actual	4. Enfermedades crónicas/años de evolución	5. Tratamiento farmacológico

Anexo VII

HOJA DE INFORMACIÓN AL RESIDENTE Y/O TUTOR LEGAL

TITULO DEL ESTUDIO: Intervencion con Terapias No Farmacologicas en la Agitacion de Personas Mayores con Demencia.

INVESTIGADORAS: Mercedes Diaz,

CENTRO: Unidad de Psicogeriatría ubicada en un centro hospitalario de salud mental en Santander.

INTRODUCCION: Le invitamos a participar en un estudio de investigación. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente y respeta la normativa actualmente vigente. Asimismo, el centro fue informado del estudio que se quiere llevar a cabo, dando su consentimiento al mismo.

Nuestra intención es proporcionarle información adecuada y suficiente para que pueda evaluar si quiere o no participar en el estudio.

Cualquier duda que le surja podrá contactar con las investigadoras.

PARTICIPACION VOLUNTARIA: La información obtenida será mantenida bajo estricta confidencialidad. La participación es libre y voluntaria con derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

- OBJETIVO PRINCIPAL:

- Valorar la eficacia de diversas TNF (Musicoterapia, Aromaterapia y Masoterapia) en el abordaje y prevención de la agitacion en pacientes con demencia moderada y grave institucionalizados.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Analizar varias TFN y su efectividad en la reducción de la agitacion en pacientes con demencia institucionalizados.

- Comparar la efectividad a largo plazo de la intervencion de las diversas TFN en la agitacion.

- Mejorar los SPCD.
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes con demencia.
- Cambio de visión y actitud de los profesionales de atención directa en pacientes con demencia.

Metodología: La intervención se realizará desde un enfoque no directivo, en salón de cada planta seleccionada en el estudio (3). Constará de tres actividades que tendrán una duración establecida: la musicoterapia estará durante toda la sesión, la aromaterapia durará 10 minutos y la masoterapia otros 10 minutos, empleándose los últimos 10 minutos de la sesión para la evocación de recuerdos y comentarios generales. Las sesiones tendrán una duración de aprox. 30 minutos y lo realizarán dos veces por semana cada grupo, durante 3 meses.

Beneficios y riesgos: el estudio no conlleva ninguna consecuencia negativa, y los estudios demuestran que su familiar presentará mejoras en aspectos conductuales, emocionales, cognitivos y funcionales.

Divulgación de los resultados: una vez finalizado el estudio, los resultados y conclusiones obtenidos serán divulgados a través de trípticos y pósters informativos, se garantiza el anonimato.

Gracias por su colaboración, atentamente el equipo de investigación.

Teléfono de contacto con investigadoras: xxx

Anexo VIII

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº,
como representante legal y en nombre de
D/Dª
de.....años de edad.

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que la participación de la persona que represento es totalmente voluntaria, que puedo retirarle del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados en el centro.

Presto libremente mi conformidad para que mi representado participe en el Proyecto de Investigación titulado “Intervencion con Terapias No Farmacológicas en la Agitacion de Personas Mayores con Demencia Institucionalizadas”.

He sido también informado/a de que los datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre De Protección de Datos de Carácter Personal.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Fdo.

Santander, a de de 2016

