

LA EFECTIVIDAD Y UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN PERSONAS CON ALZHEIMER

EFFECTIVENESS AND USE OF NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES IN PEOPLE WITH ALZHEIMER'S

Tatiana Castañón - Camino Ferreira*

Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía
Universidad de León.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es profundizar en la efectividad y utilidad de las Terapias No Farmacológicas en las personas con Alzheimer. En este estudio han participado 23 Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer pertenecientes a CEAFA (Confederación Española de Alzheimer). Para alcanzar este objetivo se ha seguido una metodología explorativa-descriptiva mediante encuesta. El cuestionario ad hoc incluye un análisis DAFO, así como propuestas de mejora sobre la utilidad y eficacia de estas terapias. Los resultados indican que las Terapias No Farmacológicas son útiles y efectivas; y que aquellos que tienen formación en ellas, las llevan asiduamente a la práctica. Como factores positivos destacan la colaboración entre profesionales y la diversidad de recursos posibles para su implementación. La falta de respaldo financiero y el reconocimiento son algunos de los factores negativos destacables. Como conclusiones, se proponen mejorar recursos, formación continua, colaboración interinstitucional, sensibilización y difusión de los resultados

ABSTRACT

The objective of this study is to deepen the effectiveness and usefulness of Non-Pharmacological Therapies in people with Alzheimer's. In this study have participated 23 Associations of Relatives of people with Alzheimer's belonging to CEAFA (Spanish Alzheimer's Confederation). To achieve this objective, an explorative-descriptive methodology has been followed through a survey. The ad hoc questionnaire includes a SWOT analysis, as well as proposals for improvement on the usefulness and efficacy of these therapies. The results show that Non-Pharmacological Therapies are useful and effective; and that those who have some training in them, assiduously put them into practice. As positive factors, collaboration between professionals and the diversity of possible resources for their implementation stand out. The lack of financial support and recognition are some of the most relevant negative factors. As conclusions, they propose to improve resources, continuous training, inter-institutional collaboration, awareness and dissemination of the results obtained.

PALABRAS CLAVE: Alzheimer; trabajo social; terapias no farmacológicas; discapacidad; calidad de vida.

KEYWORDS: Alzheimer's disease; social work; non-pharmacological therapies; disability; quality of life.

Correspondencia: * Universidad de León. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía
Campus de Vegazana, s/n, 24071, León (España). camino.ferreira@unileon.es

1.- Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa e irreversible, para la cual aún no se conoce una cura o un tratamiento que la elimine (Bielsa, 2013). Sin embargo, sí existen terapias para la ralentización de la misma. Concretamente, estas terapias se dividen en dos tipos que pueden ser simultáneas. Por un lado, se encuentran las Terapias Farmacológicas, que se realizan a través de medicamentos específicos, y por otro, las Terapias No Farmacológicas, que son aquellas terapias en las que solo intervienen la persona y sus aspectos cognitivo, físico, emocional, social, etc. (Gallego y García, 2017). La Enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia que conlleva un deterioro cognitivo. Concretamente, se trata de la demencia más usual entre la población, que afecta principalmente a las personas mayores y cuya incidencia es mayor en mujeres (Valls-Pedret et al., 2010). Según Oviedo et al. (2016), es una enfermedad neurodegenerativa, frecuente entre la población anciana y que actualmente no tiene cura. El Alzheimer está caracterizado por una progresiva pérdida de memoria y un deterioro funcional, además de padecer síntomas como alteraciones en el lenguaje, pérdida de la orientación, dificultades para la planificación de tareas o la resolución de problemas, cambios en la personalidad y en el comportamiento, etc. Se trata de una “enfermedad degenerativa crónica caracterizada por una pérdida de la identidad personal y social” (Sagasti y Bernaola, 1998, como se citó en De la Rubia et al., 2014, p.132).

En cuanto a la estructura o clasificación que tiene la Enfermedad de Alzheimer, se diferencian dos vertientes. La primera de ellas hace alusión a las etapas en el desarrollo de la enfermedad y la segunda de ellas a la escala de deterioro global. En relación a la primera vertiente, según Romano et al. (2007), el Alzheimer pasa por diversas fases que se pueden clasificar en tres etapas. La primera es la etapa inicial (leve), donde la persona con Alzheimer comienza a tener un deterioro cognitivo, conductual, del lenguaje, etc. En este momento puede llevar una vida autónoma y solo requiere atención en tareas inusuales. La segunda es la etapa intermedia (moderado), en la que ese deterioro global ha avanzado hasta alcanzar una dependencia de un cuidador/a en la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD). Por último, se encuentra la etapa terminal (grave), cuyo deterioro está

gravemente avanzado y la persona con Alzheimer es totalmente dependiente (Bielsa, 2013).

En referencia al otro tipo de clasificación, la estructura más usual para la clasificación del Alzheimer es la escala GDS o de deterioro global, la cual está estructurada en siete fases diferenciadas, evolucionando desde la ausencia de deterioro cognitivo (GDS 1), donde la persona tiene una vida completamente normalizada, hasta un deterioro cognitivo muy grave o severo (GDS 7), que conlleva una situación terminal al enfermo de Alzheimer. En medio de estos dos extremos se va pasando por diferentes estadios como un deterioro cognitivo muy leve (GDS 2), donde comienzan los despistes o fallos en la memoria; el deterioro cognitivo leve (GDS 3), en el que aparece realmente la enfermedad; el deterioro cognitivo moderado (GDS 4), donde los síntomas son observables de manera leve; y así sucesivamente con las siguientes fases, donde esos síntomas van incrementando progresivamente (Custodio et al., 2017; Kurlowicz y Greenberg, 2007).

Las causas, al igual que su cura, son desconocidas, aunque se podrían considerar causantes del Alzheimer diversos factores de riesgo como principalmente la edad, pero también podría ser el sexo, siendo más vulnerables a esta enfermedad las mujeres. El perfil fisiológico de las personas contribuye a padecer o no Alzheimer (Oviedo et al., 2016), así como la herencia autosómica dominante, es decir, a factores genéticos que favorecen la predisposición del individuo a sufrir la Enfermedad de Alzheimer (Navarro et al., 2015).

En la actualidad, el Alzheimer es una enfermedad latente en la sociedad y es considerada la demencia más común entre la población anciana. Concretamente, afecta a alrededor de un 7% de personas mayores de 65 años y a un 50% de mayores de 80 años. En cuanto a los denominados enfermos jóvenes (menores de 65 años), afecta a un 10% de los casos diagnosticados (Montañez, 2019). Por lo tanto, se trata de una enfermedad que tiene un pronóstico negativo, dado que a día de hoy no se ha encontrado una curación definitiva para este trastorno. Si bien es cierto, existen diversas acciones o terapias que pueden enlentecer el proceso de esta enfermedad, aumentando así la vida del individuo y mejorando la calidad de esta (Romano et al., 2007).

Como se ha indicado anteriormente, la Enfermedad de Alzheimer se pretende ralentizar mediante la utilización de dos tipos de terapias: las Farmacológicas y las No Farmacológicas. Las Terapias Farmacológicas se basan en un tratamiento que se lleva a cabo a través de fármacos y medicamentos que intentan reducir o enlentecer los síntomas que produce la Enfermedad de Alzheimer. En este tratamiento intervienen “tres inhibidores de acetilcolinesterasa (rivastigmina, donepezil y galantamina) indicados para la fase leve a moderada de la enfermedad” (Castellanos et al., 2011, p. 41). Su cometido no es el cese del deterioro cognitivo o la evolución del Alzheimer, sino que tiene la función de ralentizar la disminución de las capacidades cognitivas y mejorar las funciones cerebrales; y los antagonistas del receptor de NMDA, como la memantina, que afectan al sistema glutamatérgico, la cual reduce la actividad anormal del cerebro y puede mejorar o ralentizar la pérdida de capacidades como pensar o recordar.

Por otra parte, se encuentran las Terapias No Farmacológicas, objeto de estudio de esta investigación. Estas terapias se refieren a aquellos tratamientos sin la utilización de fármacos y a través de diversas actividades que cumplen una función terapéutica y rehabilitadora (Fundación Alzheimer España, 2015). Están definidas como “cualquier intervención no química, focalizada y replicable, sustentada sobre una base teórica, realizada en el paciente o el cuidador, con capacidad potencial de lograr algún beneficio relevante” (Olazarán et al, 2010, p. 2). Estas terapias tienen como objetivo primordial la mejora de la calidad de vida de las personas con Alzheimer, potenciando su autonomía e independencia en las AVD (Muñoz, 2018). El desarrollo de estas terapias en el Alzheimer se realiza en base a las características y necesidades de las personas que padecen la enfermedad (CEAFA, 2016). Sobre este tipo de terapias se pueden diferenciar dos categorías de actuación: el área en la que se pretende intervenir con cada terapia específica (área cognitiva, emocional, funcional o integral) y a quién va dirigida esa intervención (personas con Alzheimer, cuidadores o profesionales). Las Terapias No Farmacológicas más utilizadas y relevantes son (CEAFA, 2016): la estimulación cognitiva (Matilla-Mora et al., 2016), la gerontogimnasia (Muñiz y Olazarán, 2009), la musicoterapia (Yañez, 2011), la arteterapia (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, 2011), las AVD (Muñiz y Olazarán, 2009) y la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR)

(Aldenao, 2014). Dentro de las Terapias No Farmacológicas también figuran, aunque su uso es menos frecuente: la reminiscencia, aromaterapia, terapia de la luz, shiatsu (Grunauer, 2018), terapia asistida con animales o risoterapia (Muñiz y Olazarán, 2009).

2.- Justificación y objetivos

El trabajo en el ámbito social tiene por objetivo intervenir en el desarrollo integral de las personas que resultan más vulnerables socialmente, ahondando en la resolución de necesidades y problemas de estas. Las personas que sufren la Enfermedad de Alzheimer, al tratarse de un colectivo que genera dependencia y enmarcado generalmente en la ancianidad, se ubica dentro de la vulnerabilidad, por lo que dentro del trabajo que se realiza con estas personas, los profesionales del trabajo social son claves en el diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos centrados en las necesidades, capacidades y aspiraciones del colectivo con Alzheimer (Sáez, 2009). Partiendo de la figura de estos profesionales y de las Terapias No Farmacológicas, el objetivo general de este estudio es profundizar en la efectividad y utilidad de estas terapias en las personas con Alzheimer. Este objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos: (1) identificar el uso y la aplicación de las Terapias No Farmacológicas en las personas con Alzheimer, (2) definir las ventajas y limitaciones (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de las Terapias No Farmacológicas, y (3) plantear propuestas de mejora en el uso de las Terapias No Farmacológicas.

3. Metodología

3.1.- Diseño

La metodología que se ha llevado a cabo para la realización de este estudio es una exploración descriptiva mediante encuesta. Se trata de una técnica de evaluación basada en la recogida de información que se realiza de manera estructurada y formal. Tiene como finalidad analizar y obtener información sobre un colectivo o población, actividad, acción, opinión, etc., a través de la recopilación de datos. La encuesta está caracterizada por tres ideas: se basa en la expresión de las

personas que componen la muestra, su aplicación se puede realizar de forma multitudinaria y puede realizar una evaluación de aspectos subjetivos (Castillo y Cabrerizo, 2011).

3.2.- Selección y características de las fuentes de información

Teniendo en cuenta el objetivo de este estudio, se ha determinado que las fuentes de información sean profesionales del trabajo social que conozcan el objeto de estudio de la investigación. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo no probabilístico intencional, siendo los participantes expertos en Terapias No Farmacológicas y profesionales del trabajo social.

Para la obtención de esta muestra se informó de este estudio a las Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer que figuran en CEAFA (Confederación Española de Alzheimer), participando finalmente los profesionales del trabajo social de 23 asociaciones de Álava, Ávila, Badajoz, Cantabria, Ceuta, Granada, Huelva, Huesca, Islas Baleares, Jaén, León, Madrid, Segovia y Zamora. En relación al perfil de los participantes, cabe destacar que todas las respuestas obtenidas fueron de mujeres y el 43,5% de las profesionales que han contestado a la encuesta lleva más de diez años trabajando con personas con Alzheimer.

3.3.- Técnicas de recogida y análisis de información

La herramienta de recogida de datos que se ha utilizado en esta investigación ha sido un cuestionario ad hoc elaborado con Google Forms. Este cuenta con un total de 33 preguntas y está dividido en cuatro secciones: la primera sección se basa en preguntas de identificación (sexo, edad, provincia, formación y experiencia); la segunda se centra de forma específica en las Terapias No Farmacológicas (conocimiento, formación, uso y frecuencia), la tercera sección se basa en un análisis DAFO sobre las Terapias No Farmacológicas (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), incluyendo en la última sección el establecimiento de propuestas de mejora.

En la segunda sección del cuestionario se han utilizado escalas Likert para la valoración del grado de utilidad y efectividad de las Terapias No Farmacológicas. La tercera y cuarta sección del cuestionario se fundamentan en el análisis DAFO, el

cual se define como “una metodología que realiza una investigación de impacto de fuerzas”, siendo un instrumento de análisis de factores estratégicos (Pérez, 2011). Este evalúa tanto factores fuertes (positivos) y débiles (negativos) como factores externos e internos, en función de cada categoría (ver Tabla 1). A través del análisis DAFO se pueden definir las ventajas y limitaciones (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de las Terapias No Farmacológicas, y plantear propuestas de mejora en el uso de estas terapias desde la perspectiva de los profesionales del trabajo social.

Tabla 1.
Categorías de análisis DAFO (Uría y Ferreira, 2017)

	Factores Positivos	Factores Negativos
Factores Internos	Fortalezas: hacen referencia a potencialidades. Son factores internos y positivos que ocurren en el presente.	Debilidades: hacen referencia a limitaciones. Son factores internos y negativos que ocurren en el presente.
Factores Externos	Oportunidades: hacen referencia a posibilidades. Son factores positivos que ocurren en el exterior y en el futuro.	Amenazas: hacen referencia a peligros. Son factores negativos que ocurren en el exterior y en el futuro.

Esta metodología hace posible conocer cuáles son las fortalezas con las que cuentan las Terapias No Farmacológicas (colaboración de los profesionales de la Asociación, apoyo en la realización de las Terapias No Farmacológicas, experiencias previas, formación del personal, abundantes recursos, etc.), las debilidades que las obstaculizan (disposición de los profesionales, limitaciones económicas, conocimiento de las Terapias No Farmacológicas por parte de las entidades, falta de motivación y/o compromiso, escasez de recursos, falta de experiencia, etc.), las oportunidades que se pueden obtener del entorno para su mejora y desarrollo (experiencias de otras entidades, reconocimiento de las Terapias No Farmacológicas, legislación, apoyos institucionales, etc.) o las amenazas que imposibilitan su desarrollo, el de los profesionales que las llevan a cabo o la consecución de los objetivos marcados (evolución de tratamientos, efectos de cambios legislativos, obstáculos en el entorno, falta de respaldo financiero o de la entidad, no efectividad de las Terapias No Farmacológicas en su cometido, etc.). Además, se incorporan a este análisis propuestas de mejora en la práctica de las Terapias No Farmacológicas.

Por otro lado, el análisis de la información se ha desarrollado en función de los datos obtenidos. Por un lado, el análisis cuantitativo se ha realizado a través de estadística descriptiva y correlacional a través del programa JASP para las variables atributivas del cuestionario y aquellas relativas a las Terapias No Farmacológicas (conocimiento y formación en estas terapias, cuáles son las más utilizadas, efectividad y utilización, etc.). Por otro lado, el análisis cualitativo se ha llevado a cabo a través del MAXQDA 2020, cuya función ha sido analizar y codificar toda la información obtenida del análisis DAFO. El sistema de codificación estructurado resultante se compone de 45 códigos y subcódigos, codificando un total de 396 segmentos (Tabla 2).

Tabla 2.
Sistema de codificación estructurado

1 DEBILIDADES	67
1.1 Falta de certificación/investigación	2
1.2 Falta de accesibilidad	2
1.3 Desconocimiento	8
1.4 Intrusismo laboral	2
1.5 Limitaciones en su implementación	11
1.6 Falta de apoyos, coordinación y profesionalidad	12
1.7 Falta de formación	5
1.8 Limitaciones de recursos	10
1.9 Limitaciones económicas	15
2 AMENAZAS	67
2.1 No efectividad/eficacia	2
2.2 Cambios en legislación	3
2.3 Desconocimiento	6
2.4 Impedimentos en los usuarios	8
2.5 Falta de implicación o mala utilización (Profesionales)	4
2.6 Impedimentos de las familias	5
2.7 Terapias Farmacológicas y otras terapias	6
2.8 Falta de formación y especialización	6
2.9 Falta de reconocimiento y respaldo	11
2.10 Recursos (falta y mala utilización)	4
2.11 Falta de respaldo financiero	12
3 FORTALEZAS	83
3.1 Individualización	2
3.2 Trabajo de la entidad	2
3.3 Flexibilidad	3
3.4 Efectividad/Eficacia	8
3.5 Recursos	11
3.6 Bienestar para la familia	4
3.7 Bienestar para el usuario	18
3.8 Experiencia	8
3.9 Colaboración/coordinación entre profesionales	14

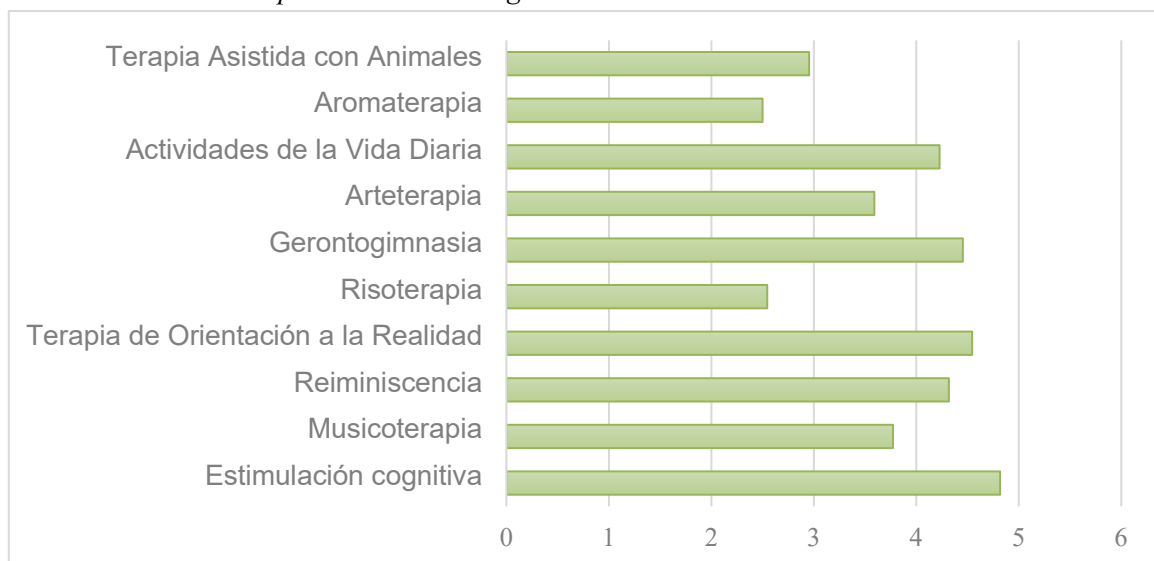
3.10 Apoyo para la realización de las TNF	5
3.11 Formación de los profesionales	8
4 OPORTUNIDADES	74
4.1 Investigación	3
4.2 Eficacia y efectividad	6
4.3 Legislación específica	4
4.4 Mejoras para el usuario	13
4.5 Recursos	4
4.6 Apoyos	22
4.7 Experiencias previas	6
4.8 Formación	5
4.9 Reconocimiento de las TNF	11
5 PROPUESTAS DE MEJORA	105
TOTAL	396

4. Resultados

4.1.- Conocimiento y formación en Terapias No Farmacológicas

Como resultados de las preguntas relativas al conocimiento y formación en Terapias No Farmacológicas, cabe destacar que todas las participantes conocen este tipo de terapias, pero es el 95,7% de estas quién las lleva a la práctica, siendo solamente una persona la que no la desarrolla en su trabajo. Además, el 91,3% de las que sí las utilizan, lo hacen con mucha frecuencia. Se considera que la más utilizada es la estimulación cognitiva, seguida del TOR y la gerontogimnasia, además de la reminiscencia y las AVD. Por el contrario, la menos utilizada es la risoterapia, como se puede apreciar en la Figura 1.

Figura 1.
Utilización de las Terapias No Farmacológicas



En relación a la formación, hay un 78,3% de las participantes que tienen estudios sobre las Terapias No Farmacológicas, del cual un 11,1% proviene de la formación inicial recibida y un 66,7% de la formación continua realizada. Centrándonos en el objetivo general de esta investigación, por un lado, se observa unanimidad con respecto a la utilidad, considerando un 95,7% de la muestra participante que estas terapias son muy útiles. Simplemente una persona consideró que son bastante útiles. Por otro lado, en cuanto a la efectividad, hay más diferencia de opiniones, estando un 65,2% totalmente de acuerdo con su eficacia y un 34,8% bastante de acuerdo con esta. En conclusión, desde la perspectiva de los profesionales del trabajo social, existe un alto grado tanto la utilidad como efectividad de las Terapias No Farmacológicas.

Por último, se destaca la correlación existente entre las variables de formación y utilización, resultando que todas las personas que tienen algún tipo de formación en Terapias No Farmacológicas las llevan asiduamente a la práctica en su trabajo, es decir, las utilizan como parte del tratamiento a esta demencia, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3

Tabla de contingencia sobre la relación entre formación y utilización de las Terapias No Farmacológicas

¿Utiliza las TNF?	¿Tienes formación en TNF?			Total
	N	No	Sí	
No	N	1.000	0.000	1.000
	%	20.000 %	0.000 %	4.348 %
Sí	N	4.000	18.000	22.000
	%	80.000 %	100.000 %	95.652 %
Total	N	5.000	18.000	23.000
	%	100.000 %	100.000 %	100.000 %

4.2.- Análisis DAFO de las Terapias No Farmacológicas

En este apartado del estudio se incluyen los resultados obtenidos en relación al análisis DAFO y los factores que lo integran. En la **Tabla 4** se determinan los cuatro factores que componen el DAFO con los correspondientes grupos de respuestas identificados:

Tabla 4

Datos obtenidos del DAFO sobre Terapias No Farmacológicas

Factores internos		Factores externos		
Aspectos positivos	Fortalezas	Bienestar para el usuario	Oportunidades	Apoyos hacia las TNF
		Colaboración y coordinación entre profesionales		Mejoras para el usuario
		Diversidad de recursos		Reconocimiento de las TNF
		Alto grado de efectividad/eficacia		Evolución en la efectividad
		Formación de los profesionales		Experiencias previas
		Experiencia		Formación en TNF
		Apoyo para la implementación de las TNF		Legislación específica
		Bienestar para las familias		Recursos disponibles
		Flexibilidad y accesibilidad		Investigación
		Aspectos negativos		Debilidades
Falta de apoyos, coordinación y profesionalidad	Falta de reconocimiento y respaldo			
Limitaciones en su implementación	Impedimentos en los usuarios			
Limitaciones en recursos	Terapias Farmacológicas y otras			
Desconocimiento de las TNF	Desconocimiento de las TNF			
Falta de formación	Falta de formación			
Falta de certificación e investigación	Impedimentos de las familias			
Falta de accesibilidad	Falta de implicación o mala utilización por parte de los profesionales			
Intrusismo laboral	Falta de recursos o mala utilización			
	Cambios en legislación			
	Falta de efectividad/eficacia			

En relación a las *fortalezas identificadas* (n=83), se han diferenciado nueve grupos de respuestas basándose en la temática de cada una, como se puede observar en la tabla anterior (Tabla 4). La temática más recurrente y, por tanto, las fortalezas más usuales que consideran los profesionales encuestados, es que las Terapias No Farmacológicas buscan el bienestar para los usuarios, interviniendo estas en su mejora física, psicológica y social. A esta le sigue la coordinación y colaboración existente entre los profesionales, así como su formación y experiencia previa, creando así, un equipo multidisciplinar basado en el apoyo mutuo y la colaboración, hecho que conduce al aumento de confianza y apoyo a la hora de llevar a cabo estas terapias. Además, se considera como potencialidad la variedad de recursos que posibilitan su implementación, la cual tiene un alto grado de accesibilidad y flexibilidad tanto para los usuarios como para las familias.

Por otro lado, en relación a las *oportunidades* (n=74), estas se organizaron en nueve temáticas (Tabla 4). Las más relevante, según las respuestas de los profesionales, son el apoyo tanto institucional y económico como el prestado por parte de las entidades, los trabajadores o las familias, seguida de las mejoras que puede tener el usuario (en su calidad de vida y en su ámbito social, físico, cognitivo, psicológico, etc.). Además, se hace hincapié en el reconocimiento dado a las Terapias No Farmacológicas por parte de la medicina y la neurología, hecho que genera una próspera utilización de las mismas. Otra oportunidad es la evolución creciente de la eficacia de estas terapias, observable gracias a las investigaciones y estudios realizados, donde se puede ver una efectividad en todas las fases de la enfermedad. Continuando en esta línea, son relevantes las experiencias previas de otras entidades, así como de los profesionales, los cuales tienen también como oportunidad para el desarrollo de las Terapias No Farmacológicas la formación específica en ellas. Además, es importante la legislación basada en estas terapias, así como los recursos externos que se pueden obtener para su práctica, consiguiendo mayor grado de eficacia.

En lo relativo a *debilidades* (n=67), se identificaron nueve temas clave (Tabla 4). Las respuestas más recurrentes se refieren a las limitaciones económicas, con subvenciones escasas y recursos costosos, además de limitaciones en recursos técnicos, humanos y materiales por falta de espacios, personal y materiales adaptados. Le sigue la falta de apoyos tanto institucionales como entre profesionales, generando mala coordinación interna y externa a la entidad. Otras limitaciones se encuentran en su implementación, las cuales, según las respuestas obtenidas, se basan en dificultades de las Terapias No Farmacológicas en la adaptación al usuario, en el tiempo de su puesta en práctica, en su evaluación o por el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer. Como debilidad, también se expone el desconocimiento existente sobre este tipo de terapias por parte de la sociedad, asemejándolo a simple entretenimiento o no concediéndole el reconocimiento que merece. Por otro lado, también está la falta de formación específica y especializada por parte de todo el personal de las asociaciones. Otras limitaciones, no tan recurrentes, pero sí importantes, son el intrusismo laboral (personas que sin conocimiento profesional sobre las Terapias No Farmacológicas llevan a cabo su implementación no dejando

actuar a los especialistas), la falta de investigaciones que demuestren su eficacia y la accesibilidad a estas terapias, hecho complicado en el entorno rural.

Por último, en lo que concierne a las *amenazas* (n=67), se identificaron once temáticas (Tabla 4). La falta de respaldo financiero (tanto privado como público) es una de las amenazas más expuestas por los profesionales, seguida de la falta de reconocimiento y respaldo por parte de las instituciones y ámbito sanitario (los cuales no las tienen en consideración), las familias o algunos de los propios profesionales que trabajan con este colectivo, según respuestas obtenidas, invalidándolas o no valorándolas. En relación a los usuarios, hay amenazas tales como la evolución de la enfermedad, la cual invalida o ralentiza los efectos positivos de las Terapias No Farmacológicas, aunque es de destacar que su utilización es necesaria en todas las fases de la enfermedad. También se destaca como amenaza el desconocimiento del usuario, que genera inseguridad en la acción de estas terapias. Analizando las respuestas obtenidas, por un lado, otro de los peligros identificados es el desconocimiento de los beneficios que aportan las Terapias No Farmacológicas y de estas en general, así como del Alzheimer. Por otro lado, también se encuentra la falta de profesionales especializados y la evolución de las Terapias Farmacológicas, siendo estas una respuesta fácil y rápida para la contención de la enfermedad, además de la confianza que expresan las familias. En este sentido, los familiares, debido a la desconfianza que tienen hacia las Terapias No Farmacológicas, pueden aportar una amenaza significativa, ya que son ellos los que permiten la implementación de estas terapias con los usuarios. Asimismo, la mala utilización o falta de recursos es considerada un peligro, dado que es el principal factor para poder llevar a cabo estas terapias. En este sentido, la falta de espacios, personal o materiales genera una mala utilización de las Terapias No Farmacológicas. Los profesionales con ausencia de implicación o mala utilización de estas, hacen que los objetivos no se cumplan y por lo tanto que las Terapias No Farmacológicas no sean eficaces. Por último, cabe destacar que existen continuos cambios legislativos que no permiten leyes específicas para las Terapias No Farmacológicas, cuyos profesionales, utilización, puesta en práctica y efectividad no se ven amparadas.

4.3.- Propuestas de mejora

Teniendo en cuenta el análisis realizado de cada una de las categorías del DAFO, a continuación, se exponen aquellos factores susceptibles de mejora que pueden ser modificados o potenciados en las Terapias No Farmacológicas según los profesionales del trabajo social participantes en el estudio. Asimismo, se incluye una nube de palabras que refleja la importancia dada a las propuestas de mejora identificadas (Figura 2). Estas propuestas de mejora se presentan basadas en cuatro preguntas dependiendo de cada aspecto incluido en el análisis DAFO:

¿Cómo se pueden explotar las fortalezas? Según los profesionales encuestados, debe haber un aumento en la colaboración y la coordinación entre profesionales y familias, además de potenciar la formación de los primeros, generando equipos de trabajo especializados en Terapias No Farmacológicas. También proponen una exposición de los resultados obtenidos, para que se compruebe su eficacia, y una individualización de las terapias, en la que estas se centren en la persona, así como una mejora en la calidad de los recursos, como por ejemplo en transporte o internet.

¿Cómo aprovechar las oportunidades? La sensibilización y la visibilización de las Terapias No Farmacológicas son una de las oportunidades que se pueden aprovechar, a través de campañas de concienciación y guías de conocimiento de estas terapias, evidenciando sus resultados y beneficios o poniéndolas a la misma altura que las Terapias Farmacológicas. Los profesionales exponen que se deben potenciar tanto la intervención (con la utilización de diversas Terapias No Farmacológicas, por ejemplo) como los recursos, mediante la innovación y adaptación de estos a diversos escenarios. En relación a la colaboración, expuesta en la anterior pregunta, también debe ocurrir entre las entidades, ya que a través de experiencias interprofesionales se aumenta el conocimiento sobre las formas diversas de llevar a cabo las Terapias No Farmacológicas.

¿Cómo detener y mejorar las debilidades? Según los profesionales se realizaría a través de seis mejoras: (1) en formación, mejorando y aumentando la formación para que los profesionales estén especializados; (2) en

concienciación hacia la sociedad, las familias y el ámbito sanitario, para que se muestren las implicaciones, los objetivos y los resultados de las Terapias No Farmacológicas; (3) en colaboración, potenciando la comunicación y coordinación interprofesional, que conlleva un equipo de trabajo multidisciplinar, o estableciendo una visión, misión y valores para estas terapias; (4) en su utilización, haciendo registros y observando su implementación o mejorando la gestión que se realiza de ellas; (5) en su financiación, consiguiendo más ingresos; y (6) en investigación, mediante estudios científicos que las respalden. Además, los profesionales exponen que hay que afrontar las debilidades y limitaciones planteando objetivos alcanzables.

¿Cómo afrontar y defenderse ante las amenazas? Al igual que ocurre en las debilidades, una de las amenazas es la colaboración, basada en la coordinación necesaria entre entidades, la cual se afrontaría a través de la comunicación para comprobar si los peligros son compartidos. En este sentido, otra mejora sería el apoyo prestado por las instituciones, aumentando la oferta pública, las subvenciones, etc.; además de no basarse solo en el sector público, sino abrirse camino en el privado, principalmente para la financiación. Por otro lado, los profesionales proponen una formación continua en Terapias No Farmacológicas para no estar desfasados, al igual que con los recursos; y buscan profundizar en la intervención (ejecución, adaptación y evaluación), manifestando su carácter terapéutico. Además, sería importante fomentar la sensibilización, haciendo públicas las ventajas e inconvenientes de las Terapias No Farmacológicas, exponiendo beneficios y resultados obtenidos, visibilizando el Alzheimer y al colectivo, etc.

Por otro lado, se concluye que los factores negativos (debilidades y amenazas) más destacables en la aplicación de las Terapias No Farmacológicas son las limitaciones económicas y la falta de respaldo financiero, la carencia de apoyos y recursos, la falta de reconocimiento, su mala utilización debido a la falta de formación específica en Terapias No Farmacológicas o los cambios legislativos. Todos ellos implican un desconocimiento que, a su vez, lleva a que las Terapias No Farmacológicas no sean consideradas como terapias efectivas, aspecto que no comparten los profesionales expertos que sí las aplican y consideran como terapias bastante o muy efectivas y utilizadas.

El análisis realizado permite establecer y concluir cuáles son las propuestas de mejora más urgentes en materia de Terapias No Farmacológicas en personas con la EA. Principalmente se propone mejorar los recursos y aumentar la formación (la cual debe ser continua), contar con un mayor respaldo financiero, potenciar la colaboración con (tanto dentro como fuera de cada entidad) y fomentar la investigación de las Terapias No Farmacológicas, exponer los resultados obtenidos con este tipo de terapias, además de fomentar el conocimiento de estas mediante la sensibilización y la visibilización. En esta línea se plantean como futuras líneas de investigación, la realización de acciones destinadas a la puesta en práctica de estas terapias para el conocimiento tanto de sus beneficios como de sus limitaciones. También sería necesario profundizar en el conocimiento existente tanto en el ámbito sanitario como en el social y educativo en relación a las terapias llevadas a cabo en la EA. Esto generaría una sensibilización y visibilización social de la esta enfermedad y sus tratamientos, hecho realmente necesario debido al creciente envejecimiento de la población y, por consiguiente, de la demencia.

Referencias

- Aldena, A. (2014). *Proyecto de intervención con pacientes de Alzheimer mediante terapia de Orientación a la Realidad*. Universidad de Valladolid, España.
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2011). *¿Qué es Arteterapia?*. España: ATe. <http://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>
- Bielsa, M. L. (2013). La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. *Revista Nuberos Científica*, 2(10), 6-12.
- Castellanos, F., Cid, M., Duque, P., y Martín, Z. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de*

- Salud*, 35(2), 39-45.
- Castillos, S., y Cabrerizo, J. (2011). *Evaluación de la intervención socioeducativa. Agentes, ámbitos y proyectos*. Pearson Educación S. A.
- CEAFA (2016). *Terapias No Farmacológicas en las Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer. Guías metodológicas de implantación*. Confederación Española de Alzheimer. <https://www.ceafa.es/es>
- Custodio, N., Becerra-Becerra, Y., Alva-Díaz, C., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., Cuenca-Alfaro, J., Valeriano-Lorenzo, E., y Castro-Suárez, S. (2017). Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *Ces Medicina*, 31(1), 14-26.
- De la Rubia, J. E., Sancho, P., y Cabañés, C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.
- Fundación Alzheimer España (FAE) (2015). *Terapias No Farmacológicas*. España: Fundación Alzheimer España. <http://www.alzfae.org/fundacion/150/tratamiento-no-farmacologico>
- Gallego, M. G., y García, J. G. (2017). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308.
- Grunauer, M. A. (2018). *Actualización en Terapias Farmacológicas y No Farmacológicas para el manejo de la Enfermedad de Alzheimer*. Universidad Técnica de Machala.
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. A. (2007). The geriatric depression scale (GDS). *AJN: The American Journal of Nursing*, 107(10), 67-68.
- Matilla-Mora, R., Martínez-Piédrola, R. M., y Huete, J. F. (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 349-356.
- Montañez, M. R. (2019). Dificultades de Comunicación en la Enfermedad de Alzheimer: Datos de un Caso. Estudio Piloto en AFA. En M. Calleja, *Análisis de la Comunicación y de la Discapacidad Intelectual desde un Enfoque Multidisciplinar* (pp. 129-141). Peter Lang GmbH.
- Muñiz, R., y Olazarán, J. (2009). *Mapa de Terapias No Farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales*. Fundación María Wolf e International Non Pharmacological Therapies Project.
- Muñoz, B. (2018). Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*, 13, 1-12.
- Navarro, E., Conde, M. A., y Villanueva, J. A. (2015). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Medicine*, 11(72), 4306-4315.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Facio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., y Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2), 1-

20.

- Oviedo, D., Britton, G., y Villareal, A. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos. *Investigación y Pensamiento Crítico*, 4(2), 61-91.
- Pérez, J. (2011). Óbito y resurrección del análisis DAFO. *Avanzada Científica*, 14(2), 1-11.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., y Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 175, 9-12.
- Sáez, J. (2009). El enfoque por competencias en la formación de los educadores sociales: una mirada a su caja de herramientas. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, 16, 9-20.
- Uría, M., y Ferreira, C. (2017). La Lengua de Signos en el ámbito educativo: problemática y propuestas de mejora. *Revista Complutense de Educación*, 28(1), 265-281.
- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de neurología Neuroogía*, 51(8), 471-480.
- Yáñez, B. (2011). Musicoterapia en paciente oncológico. *Cultura de los cuidados*, 29, 57-73.