



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio



Modalidad: Otros trabajos

Título: Servicio de formación a profesionales sanitarios en terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales propios de la enfermedad de Alzheimer (EA).

Autor: Maite Campos Moreno

Tutora: Beatriz Bonete López

Elche a 13 de Junio de 2017

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Procedimiento.....	8
4. Resultados.....	9
4.1. Estudio de necesidades.....	9
4.2. Descripción del servicio.....	12
4.3. Funcionamiento del servicio.....	13
4.4. Análisis DAFO.....	14
4.5. Plan de operaciones.....	15
4.6. Recursos.....	16
4.7. Curso de formación.....	16
5. Conclusiones.....	21
6. Referencias bibliográficas.....	22
Tabla 1.....	5
Tabla 2.....	13
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	18
Tabla 5.....	19
Tabla 6.....	20
Figura 1.....	7
Figura 2.....	10
Figura 3.....	11
Figura 4.....	11
Figura 5.....	12

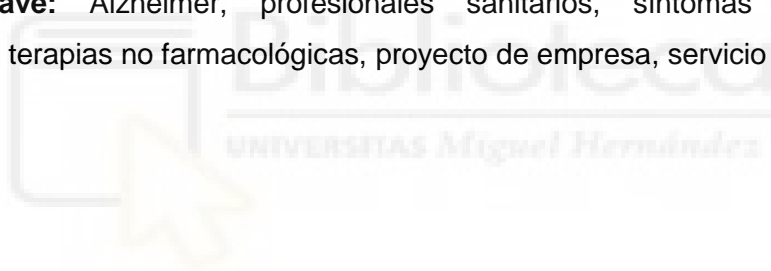
Anexo A.....	24
Anexo B.....	26



1. Resumen

El crecimiento acelerado de la población tiene como consecuencia un aumento de las personas mayores en situación de dependencia; y la causa más frecuente de demencia asociada es la enfermedad de Alzheimer (EA). Su elevada prevalencia y manejo en el ámbito de la salud hacen que sus repercusiones sean notorias. Además, las cifras de prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPC) en los estudios clínicos realizados y su impacto negativo sobre la salud física y psíquica de los profesionales sanitarios, exigen su tratamiento. Aunque a lo largo del tiempo se ha utilizado el tratamiento farmacológico para frenar su evolución, abundante evidencia científica apoya el empleo de terapias no farmacológicas (TNF) como primera línea de intervención en su manejo. Por ello, en el presente trabajo se describe un proyecto de empresa dirigido a directores/as de diferentes entidades dedicadas al cuidado de este colectivo, pues ofrece un servicio de formación compuesto por cuatro tipos de TNF con el objetivo de que los profesionales puedan adquirir los conocimientos necesarios para aplicarlas en un futuro, reduciendo o eliminando su presencia en los pacientes.

Palabras clave: Alzheimer, profesionales sanitarios, síntomas psicológicos y conductuales, terapias no farmacológicas, proyecto de empresa, servicio de formación.



2. Introducción

El proceso de envejecimiento es un fenómeno que continúa creciendo en España, pues actualmente el porcentaje de personas mayores (de 65 años y más) es del 18,7% sobre el total de la población, y según las proyecciones demográficas, en 2031 será del 25,6% y en 2066 del 34,6%. Si se mantienen las tendencias actuales, la intensidad de dicho proceso también se reflejará en la tasa de dependencia, aumentando de un 53,2% actual a un 62,2% en 15 años y un 87,7% en 50 años (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

El progresivo envejecimiento de la población también prevé un elevado incremento de la demencia, que actualmente representa uno de los problemas de salud pública más importantes en nuestra sociedad (Castellanos, Cid, Duque y Zurdo, 2011). Estos autores definen la demencia como un “síndrome caracterizado por la aparición de un deterioro intelectual, que afecta a múltiples dominios cognitivos y tiene repercusión sobre la capacidad funcional del sujeto” (Castellanos et al., 2011, p. 39). Tiene una elevada prevalencia en la población anciana y genera una gran dependencia en las personas que lo padecen, pero actualmente no cuenta con tratamientos efectivos (Castellanos et al., 2011). Se calcula que existen 47,5 millones de personas en el mundo que sufren demencia, y cada año el número de casos nuevos es de 7,7 millones. Además, está considerada como una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2016). Estos hechos hacen que su impacto a nivel médico, personal, familiar, social y económico sea muy grande (Castellanos et al., 2011).

Según la OMS el Alzheimer es una “enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva” (Niu, Álvarez-Álvarez, Guillén-Grima y Aguinaga-Ontoso, 2016, p.2). A nivel mundial es la forma de demencia más frecuente, ya que representa un 60-70% de los casos registrados (OMS, 2016). Además, Lobo et al. (2000) afirman que cada cinco años las cifras de prevalencia se duplican en las personas mayores, pasando de un 1-2% a los 65-70 años a un 30% o más a partir de los 85 años (García-Alberca, 2015). Por este motivo, el presente trabajo se centra específicamente en esta enfermedad.

Hoy en día, los síntomas psicológicos y conductuales (SPC) tienen un papel importante en la identificación de las personas con Alzheimer (García-Alberca, 2015). En los últimos años, este conjunto de síntomas ha recibido diferentes nombres (síntomas psiquiátricos, complicaciones conductuales, problemas de conducta, etc.) hasta que la Asociación Psicogeriátrica Internacional, en la Conferencia de Consenso sobre los Trastornos Conductuales de las Demencias celebrada en 1996, acuñó el término “behavioral and psychological symptoms of dementia” (en castellano SPCD) (Olazarán-Rodríguez, Agüera-

Ortiz & Muñiz-Schwochert, 2012). La Asociación también definió los SPCD como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia” (Slachevsky y Fuentes, 2005).

La nueva denominación implica dos tipos de síntomas; por un lado, los síntomas psicológicos que se detectan y valoran a partir de la información proporcionada por el propio paciente o cuidadores en una entrevista, y se consideran más complejos, ya que su elaboración se produce a nivel mental. Por otro lado, los conductuales que se obtienen observando (de forma directa) la conducta del paciente, por lo que son más simples que los anteriores (Olazarán-Rodríguez et al., 2012).

Tabla 1

Clasificación de los SPC asociados a la EA.

Síntomas psicológicos	Síntomas conductuales
Delirios	Agitación
Errores de identificación	Agresividad
Alucinaciones	Desinhibición
Depresión	Vagabundeo
Ansiedad	Conducta motora anómala
Euforia	Irritabilidad
Apatía	Alteraciones del apetito
Alteraciones del sueño	Hiperoralidad
	Resistencia al cuidado

Nota. Fuente: García-Alberca, 2015. *Enfermedad de Alzheimer. Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales*. Málaga, España: Ianec.

A día de hoy, los SPC están considerados de suma importancia por su elevada frecuencia, ya que en el 70-90% de los casos aparecen en cualquier momento de su evolución, afectado gravemente a la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores y familiares. Estos síntomas no están relacionados con la edad paciente, pero suelen aparecer cuando la enfermedad se encuentra en estadios medios o avanzados. En la mayoría de los casos, cuando los pacientes presentan estos síntomas, los cuidadores y familiares lo experimentan como un estresor que puede desencadenar su ingreso hospitalario (Téllez, Villena, López-Torres, Rayo y López, 2005).

Aunque las cifras de prevalencia de los SPC en los pacientes con EA suelen variar de unos estudios a otros, García-Alberca et al. (2008) llevaron a cabo una investigación con un grupo de pacientes que evidenció que el 98% de los evaluados con el Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994) presentaban estos síntomas. Concretamente, la media de síntomas por paciente fue de cinco y los porcentajes totales de cada uno obtenidos con la muestra fueron los siguientes: apatía (75%), irritabilidad, (66%), depresión (60%), agitación (55%), ansiedad, (54%), actividad motora aberrante (47%), delirios (38%), alteraciones del sueño (36 %), desinhibición (29 %), alteraciones del apetito (28%), alucinaciones (20%) y euforia (4%).

Los SPC pueden ser evaluados mediante diversos instrumentos que exploran los síntomas unidimensional o multidimensionalmente. De todos ellos, el más utilizado actualmente es el Neuropsychiatric Inventory (NPI), que cuantifica la frecuencia y gravedad de doce conductas: delirios, alucinaciones, agitación/ agresividad, depresión/ disforia, ansiedad, apatía, euforia, desinhibición, irritabilidad, actividad motora aberrante, alteraciones del sueño y alteraciones del apetito. Asimismo, ofrece una puntuación compuesta de ambas variables evaluadas para cada síntoma (García-Alberca, 2015).

Respecto al tratamiento de la EA, uno de los objetivos terapéuticos más importantes son los SPC, que pueden ser tratados con medidas farmacológicas y no farmacológicas. Generalmente, se emplean medidas no farmacológicas con SPC leves o moderados, (conductas agresivas verbales o físicas, alteraciones del ánimo, de la conducta alimentaria, del sueño o de la conducta sexual). Sin embargo, el uso de medidas farmacológicas se reserva para los SPC de mayor gravedad (alucinaciones, delirios o depresión y agresividad severas) (García-Alberca, 2015).

Hace un tiempo, para el abordaje de los SPC, se utilizaba predominantemente la medicación. No obstante, en la actualidad el empleo de terapias no farmacológicas (TNF) cuenta con la suficiente evidencia científica. Según Olazarán et al. (2010) se definen como “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (García-Alberca, 2015, p.121), Y son muchos los estudios que recomiendan utilizarlas como primera línea de intervención, cuando los SPC son leves o moderados. Si su aplicación fracasa, aconsejan iniciar el tratamiento farmacológico (Téllez et al., 2005; Garrido; Olazarán-Rodríguez et al., 2012; García-Alberca, 2015).

Todos estos datos, justifican la necesidad de crear una empresa que ofrezca un servicio de formación en TNF innovadoras a profesionales sanitarios que atiendan a pacientes con EA que presentan SPC. Para ello, se ha considerado el grado de recomendación para las TNF

de los SPC propuesto por García-Alberca (2015) en base a otros estudios y se han elegido aquellas que cuentan con un mayor nivel de evidencia científica según el Centro Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia (CEBM).

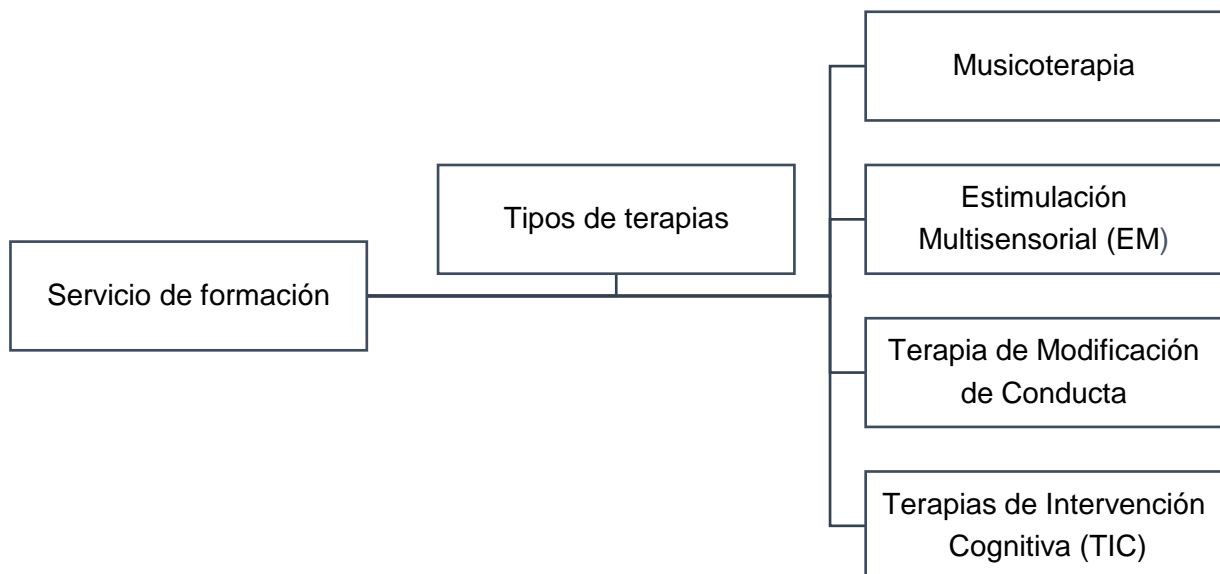


Figura 1. Proyecto de empresa.

El servicio incluirá terapias como la Musicoterapia que tiene efectos positivos en la reducción de los síntomas de agitación de pacientes con EA que participan en un grupo de musicoterapia (Zare, Ebrahimi y Birashk, 2010). También reduce significativamente la apatía, agitación y delirios y mejora la comunicación de otro grupo de pacientes que recibe musicoterapia con los profesionales sanitarios (Raglio et al., 2010).

La práctica de la Estimulación Multisensorial (EM) en pacientes con EA obtiene resultados positivos en la reducción de determinados SPC, por lo que su inclusión en el programa general de atención de la demencia también resulta adecuada (García-Alberca, 2015). El empleo de esta TNF tiene como resultado una reducción significativa de la apatía en los pacientes con demencia severa que siguen un programa de EMS (Baker et al., 2003). Además, consigue disminuir la agresividad, apatía y depresión del grupo de pacientes que interviene en la terapia (Van Weert et al., 2005). Por ello es necesario que forme parte del servicio que ofrece la empresa.

También es necesario incluir en este proyecto de empresa la Terapia de Modificación de Conducta, pues cuenta con estudios clínicos que demuestran su eficacia. Gitlin et al. (2010) consiguen reducir la frecuencia de los síntomas conductuales de los pacientes con demencia moderada-severa con un programa de entrenamiento en manejo de problemas de conducta a los cuidadores. También logran mejorar la comunicación paciente-cuidador, aumentar el

bienestar del cuidador y reducir su percepción de carga. La reducción de conductas problemáticas como la agitación es otro de los resultados obtenidos por Chenoweth et al. (2009), ya que los pacientes del grupo experimental, en comparación con los del grupo control, muestran niveles significativamente más bajos.

Por último, las Terapias de Intervención Cognitiva (TIC) también se incorporarán a esta propuesta, pues algunos estudios han conseguido demostrar que reducen de forma significativa tanto la frecuencia como la intensidad de los SPC. Concretamente, los resultados de los estudios realizados hasta la fecha, muestran efectos positivos en la reducción de la apatía, ansiedad, irritabilidad y depresión; de ahí que se considere como una adecuada medida no farmacológica para el manejo de los SPC en pacientes en estadios leves o moderados de la EA (García-Alberca, 2015).

En definitiva, el objetivo es crear una empresa que ofrezca un servicio de formación compuesto por cuatro tipos de TNF de carácter innovador, dirigido a los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores que presentan SPC propios de la EA. El ajetreo diario al que se enfrentan, muchas veces les impide estar actualizados en los avances científicos, por lo que el servicio se propone con la finalidad de que adquieran los conocimientos necesarios para poder aplicar posteriormente estas terapias y mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo tanto la frecuencia como intensidad de dichos síntomas. A continuación se describe el proyecto.

3. Procedimiento

Como se ha comentado anteriormente, en la actualidad las guías de práctica clínica recomiendan el empleo de TNF como primera opción para el manejo de los SPC de la EA, pues existe suficiente evidencia científica que fundamenta su utilización. Sin embargo, el haber sido tratados a lo largo del tiempo con medicación, ha provocado que su abordaje no haya avanzado hasta hace unos años. Por este motivo, para conocer su acogida se ha elaborado un Formulario online ad hoc (Anexo A) como estudio piloto previo a la creación de la empresa. Éste tiene como objetivo averiguar en una muestra de 13 directores/as de empresas dedicadas al cuidado de personas mayores con EA, la cabida que puede tener un servicio de formación dirigido a los profesionales sanitarios sobre cuatro tipos de TNF enfocadas a la reducción de los SPC de la enfermedad. Está compuesto por ocho preguntas de respuesta cerrada y una de respuesta abierta, que tratan sobre diferentes aspectos relacionados con su posible aplicación en la empresa.

Para la aplicación del estudio, se ha creado en primer lugar un listado con los correos electrónicos de los directores/as de las empresas. En segundo lugar, se ha redactado un

mensaje para contactar con cada uno de ellos, y explicarles en qué consiste el proyecto y cuál es su finalidad. También se ha utilizado el “efecto bola de nieve” como técnica para conseguir un mayor número de participantes. Una vez obtenido su beneplácito, se ha procedido a enviar el enlace del Formulario.

En un principio el número de la muestra ascendía a 17 directores/as de empresas ubicadas en diferentes municipios de la provincia de Alicante. Sin embargo, ésta se redujo a 14, pues no se obtuvo respuesta del resto a pesar de haber enviado un mensaje de recordatorio a la semana siguiente.

Las respuestas al estudio de necesidades enviadas por los directores/as de las empresas se han reunido en un periodo de dos semanas. Éstas aparecen en dos formatos: resumen (en porcentaje) e individual. También se ha elaborado una Hoja de Cálculo para estudiar con más detalle el grado de necesidad por recibir formación sobre estos tipos de terapias.

Por consiguiente, resulta necesaria la creación de este pequeño estudio piloto, pues es el instrumento utilizado para poder obtener la información necesaria acerca de la importancia que conceden los participantes a estas intervenciones, y la posibilidad de impartir formación sobre ellas.

4. Resultados

4.1. Estudio de necesidades

Como se describe en el procedimiento, las respuestas al estudio de necesidades aparecen como resumen e individualmente. No obstante, resulta más práctico mostrar los porcentajes totales obtenidos en cada una de las preguntas, por lo que el formato que se va a utilizar es el resumen.

En la primera pregunta, el 78,6% responde de forma afirmativa a la pregunta que trata sobre la impartición de formación en su empresa en este tipo de terapias. En cambio, el 21,4% lo hace negativamente.

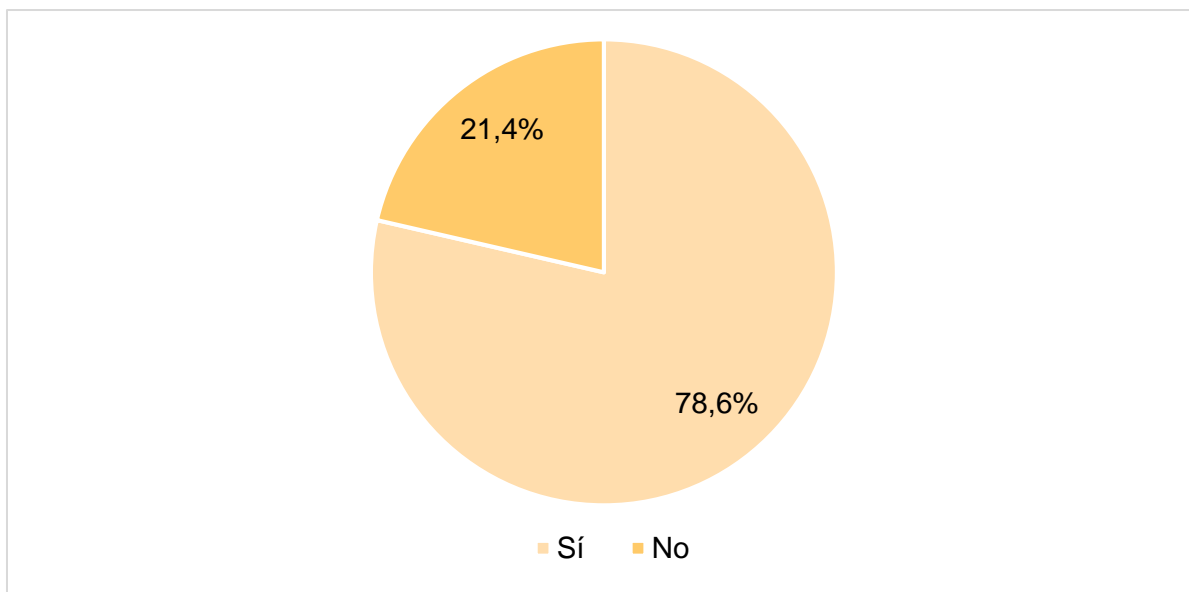


Figura 2. *Impartición de formación en las empresas sobre las terapias.*

En la siguiente pregunta, el 100% de la muestra considera beneficioso para los profesionales sanitarios de su empresa recibir la formación.

Igualmente, en la pregunta número tres, el 100% expresa estar interesado en que sus profesionales reciban el servicio ofertado.

El porcentaje obtenido en la cuarta pregunta es el mismo que en las dos anteriores, pues el 100% piensa que alguna de las terapias propuestas puede reducir los SPC de su empresa con la EA.

En la quinta pregunta, los porcentajes son bastante dispares; el 42,9% considera la Estimulación Multisensorial (EM) como la terapia más adecuada para los pacientes de su empresa, el 28,6% las Terapias de Intervención Cognitiva (TIC), el 21,4% la Musicoterapia y el 7,1% la Terapia de Modificación de Conducta.

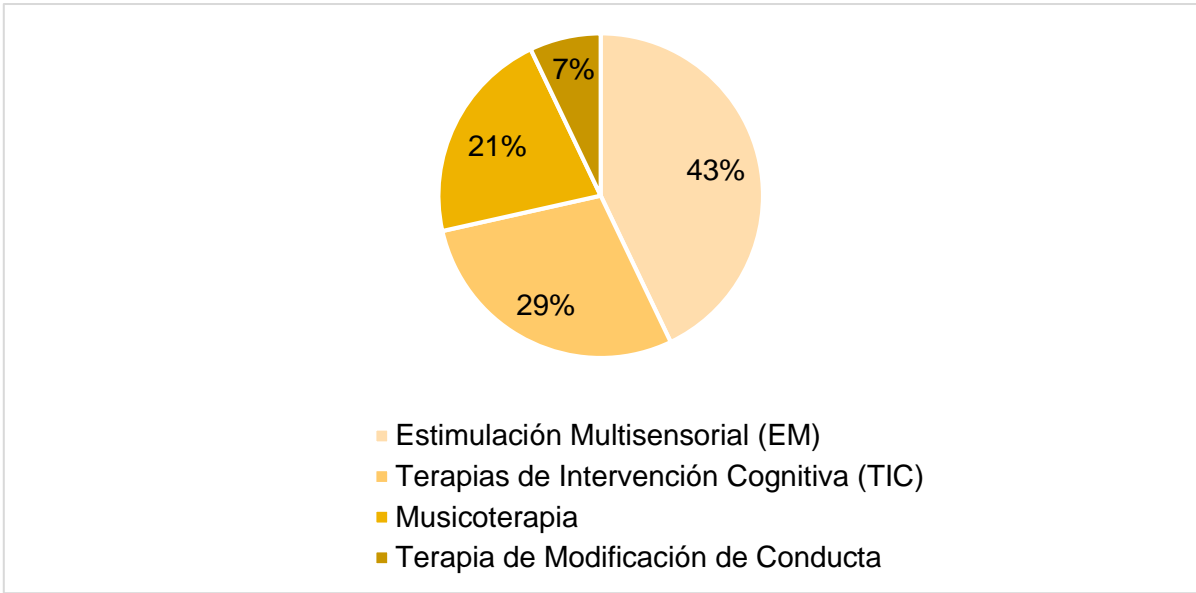


Figura 3. *Porcentajes asignados por las empresas a las terapias.*

En la número seis, cuando se pregunta si piensan que su aplicación puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los SPC propios del Alzheimer, el 100% responde con una afirmación.

Los porcentajes obtenidos en la séptima pregunta también son diferentes, pues el 50% informa que el tipo de terapia contratada se dirigiría a los pacientes de su empresa con deterioro cognitivo moderado-grave (GDS-4 o GDS-5), el 42,9% a los usuarios con una disminución cognitiva muy leve o deterioro cognitivo leve (GDS-2 o GDS-3) y el 7,1% a los pacientes con deterioro cognitivo grave o muy grave (GDS-6 o GDS-7).

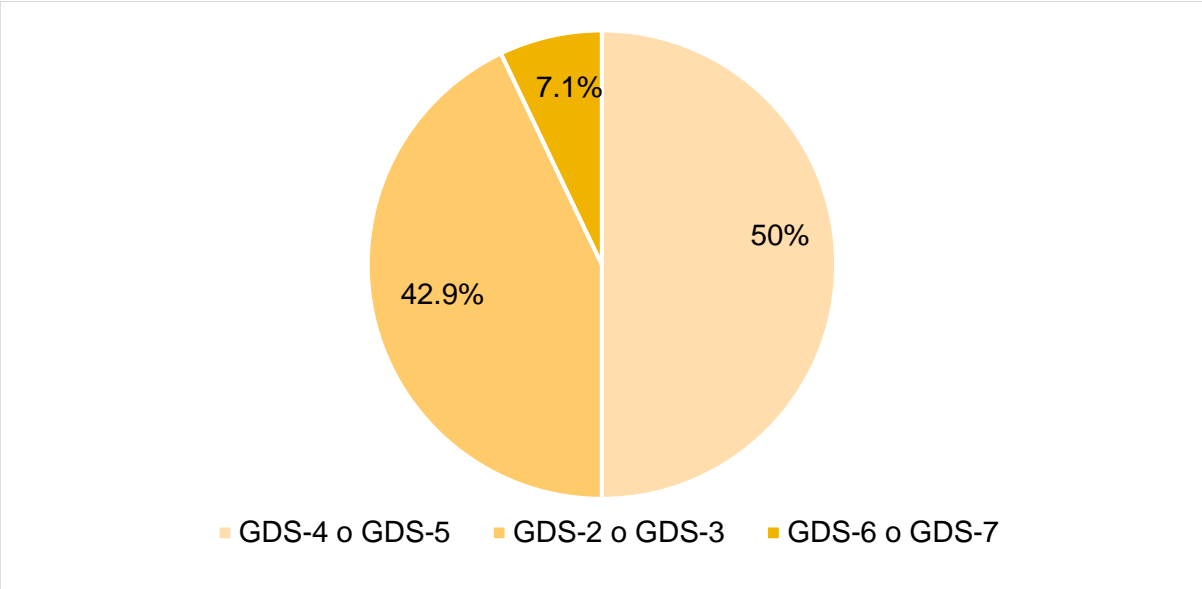


Figura 4. *Adecuación de las terapias a los pacientes de las empresas.*

En la siguiente pregunta, el 64,3% responde estar dispuesto a pagar para que los profesionales de su empresa reciban la formación, mientras que el 35,7% contesta que no.

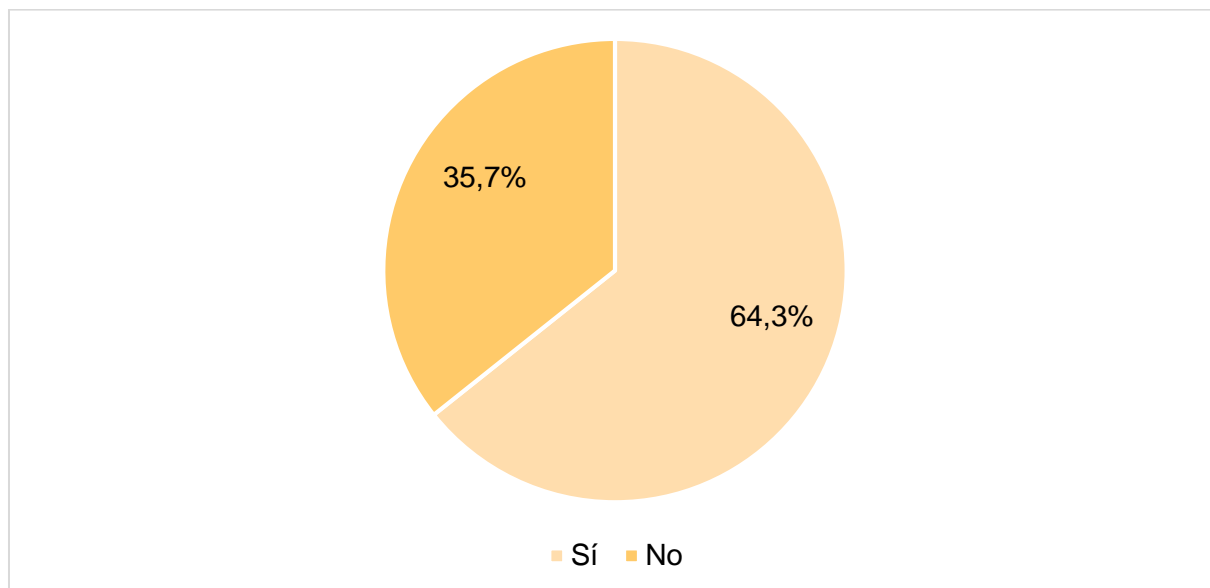


Figura 5. Disposición de las empresas a pagar por el servicio.

Por último, cuando se pide que indiquen la cantidad máxima de dinero que pagarían por el curso de formación, las respuestas también difieren. Unos consideran necesario valorar diferentes aspectos antes de fijar una cantidad, mientras que otros indican un pago concreto. También hay participantes que expresan tener un presupuesto cerrado o incluir el servicio como formación bonificada.

4.2. Descripción del servicio

La actividad principal a desempeñar es un servicio de formación dirigido a cuidadores formales de personas con la EA. Por tanto, el mercado objetivo son los profesionales sanitarios que cuidan de personas mayores (65 años y más) con esta enfermedad.

Como principales ventajas, el servicio de formación está compuesto por cuatro tipos de TNF que pretenden retrasar o sustituir el uso de la medicación cuando aparecen los SPC propios de la enfermedad. Por consiguiente, el servicio permite seleccionar la terapia que se considere más adecuada para manejarlos, sin tener que recurrir al tratamiento farmacológico. El carácter innovador de estas propuestas de intervención, que reflejan una filosofía de tratamiento centrado en la persona, también es un aspecto positivo a destacar.

Los clientes clave de la empresa son los directores/as de las empresas dedicadas al cuidado de personas con Alzheimer.

Para poner en marcha el servicio, es necesario establecer alianzas estratégicas con empresas como Asociaciones de Enfermos de Alzheimer, Asociaciones de Familiares con Enfermos de Alzheimer, Centros residenciales y Centros de Día para personas mayores. Otra alternativa es crear una alianza con la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (FUNDAE). La finalidad de esta estrategia es poder desempeñar el servicio de formación en las empresas que decidan colaborar. Este planteamiento permite a los profesionales recibir dicha formación en su lugar de trabajo.

Tabla 2

Aspectos clave del proyecto de empresa

Aspectos	Descripción
Actividad principal	Formación a cuidadores formales
Mercado objetivo	Profesionales sanitarios que cuidan de personas mayores con la EA
Ventajas	Cuatro tipos de terapias Retraso o sustitución de la medicación Carácter innovador
Clientes clave	Directores/as de empresas dedicadas al cuidado de personas con Alzheimer.
Alianzas estratégicas	Asociaciones de Enfermos de Alzheimer Asociaciones de Familiares con Enfermos de Alzheimer Centros residenciales y Centros de Día para personas mayores Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (FUNDAE)

4.3. Funcionamiento del servicio

El proyecto tiene como finalidad ofrecer el servicio de formación en empresas que se encuentren en funcionamiento. Para ello, es necesario establecer alianzas estratégicas con asociaciones e instituciones, como las mencionadas anteriormente, que estén dispuestas a habilitar sus espacios a cambio de una comisión aplicada en forma de descuento al precio del servicio. El alcance de este objetivo permitirá a la empresa (como proyecto) un acercamiento al mercado objetivo, así como una reducción del coste, pues no será necesario adquirir un lugar propio para desempeñar la actividad. Esta medida también posibilitará que los

profesionales puedan recibir la formación en su lugar de trabajo, cosa que facilitará su implantación por la comodidad que esto supone.

Sin embargo, cuando las personas mayores con Alzheimer pierden su capacidad de independencia debido a la presencia de SPC, el mensaje que se transmite es que resulta de especial relevancia que los familiares reciban una buena información y formación sobre los diferentes tipos de TNF que reducen su frecuencia de aparición. Por ello, la mayoría de los programas de formación al cuidador se desarrollan para ser aplicados a través de los cuidadores familiares, y no de los cuidadores profesionales. En cambio, este proyecto propone otro tipo de cuidador y contexto de aplicación, pues ofrece un servicio de formación compuesto por cuatro tipos de TNF (Estimulación Multisensorial, Terapias de Intervención Cognitiva, Musicoterapia y Terapia de Modificación de Conducta) dirigido a profesionales que trabajan en empresas que se dedican al cuidado de personas mayores con SPC propios de la enfermedad.

Las entidades que colaboren tendrán la opción de elegir la/s terapia/s que consideren más ventajosa/s. El horario de formación también se acordará con cada una de ellas.

4.4. Análisis DAFO

Para obtener un diagnóstico sobre el estado de las empresas tanto a nivel externo como interno se ha utilizado una herramienta estratégica de análisis conocida como matriz DAFO (Anexo B). Por un lado, el análisis a nivel externo considera estos factores:

Oportunidades: el progresivo envejecimiento de la población hace prever un aumento del número de personas con demencia en las próximas décadas. En España, el tipo de demencia con mayor prevalencia es la EA, por lo que hay un gran número de empresas que atienden a este colectivo de afectados. Esto puede facilitar el acercamiento a los clientes clave. Otra oportunidad del servicio para ser viable es que en los últimos años los síntomas SPC propios de la enfermedad han adquirido una importancia cada vez más creciente, pues (como se ha descrito en la introducción del presente trabajo) constituyen uno de los principales objetivos terapéuticos en el tratamiento. Además, las guías de práctica clínica recomiendan el empleo de TNF para su abordaje, cosa que hace necesaria que los cuidadores profesionales que trabajan con este tipo de pacientes en diferentes entidades reciban cursos de formación sobre estas terapias de carácter innovador.

Amenazas externas del servicio: la escasez de ensayos controlados y aleatorizados en gran escala que demuestran la efectividad de las TNF para el tratamiento de las manifestaciones clínicas de los SPC de la EA. Otra amenaza es la posible falta de interés por parte de los directores/as de las empresas con las que se contacte. También puede suceder

que éstas no puedan costearlo. Otra posibilidad es que los profesionales hayan recibido con anterioridad formación sobre las TNF más actuales.

Por el otro lado, el análisis de los factores internos que también influyen en el servicio de formación permite valorar tanto sus puntos fuertes como débiles. Estos son:

Fortalezas: el servicio incluye cuatro tipos de TNF, por lo que las empresas pueden escoger aquella/s que mejor se adecue/n a sus necesidades. Con las pruebas de evaluación el servicio ofrece feedback tanto a los profesionales (indicando su grado de conocimiento sobre la/s terapia/s antes y después de haber recibido la formación) como a las empresas (demostrando la eficacia del servicio al haber aumentado el conocimiento de sus trabajadores). Otro punto a favor es que el curso se realiza en el lugar de trabajo para que no tengan que desplazarse. Además, el horario del curso se puede acordar con las empresas colaboradoras. Por último, cabe destacar que la formación proporciona los conocimientos necesarios para que los trabajadores puedan poner en prácticas la/s terapia/s en su empresa.

Debilidades: no disponer de una infraestructura o local propio puede ser un punto débil, pues el espacio que ceden las empresas para realizar el curso puede no estar bien acomodado. También es necesario adaptarse a los recursos materiales que faciliten. Otra debilidad puede ser acordar un horario adecuado para todos los profesionales que deben asistir al curso. Que el servicio no incluya una posterior aplicación de la/s terapia/s puede limitar su contratación por parte de las empresas. Falta añadir que el número de empresas interesadas por el servicio puede verse afectado por ser un servicio de pago.

4.5. Plan de Operaciones

El servicio de formación se ofrecerá a asociaciones, centros residenciales, centros de día, fundaciones y empresas relacionadas con la EA. Para ello, se contactará vía telefónica con los clientes clave y se solicitará una cita. Ésta tendrá como finalidad informar sobre diferentes aspectos relacionados con el servicio (tipos de terapias no farmacológicas, objetivo principal, personal destinatario, duración, análisis coste-beneficio, ventajas, etcétera). Si el servicio es contratado por la empresa, entonces se convocará una reunión para informar a dicho personal.

Respecto a la intervención, los profesionales deberán realizar una prueba de nivel antes de su inicio. De esta forma, se podrá evaluar el grado de conocimiento que poseen sobre la/s terapia/s no farmacológica/s seleccionada/s. Finalizada la formación, los cuidadores realizarán el mismo examen para que los formadores determinen si su conocimiento ha aumentado con respecto al resultado obtenido la vez anterior. Esto permitirá tanto a los empleados como a la empresa valorar la eficacia del servicio contratado.

4.6. Recursos

Como se ha descrito en el apartado 4.3, para poder desempeñar la actividad principal será necesario que las entidades concedan un espacio adecuado para ello. Éste deberá ser una sala luminosa, que tenga el tamaño suficiente para reunir a todos los profesionales que vayan a recibir el servicio de formación. También se requerirá un equipamiento compuesto por sillas, una mesa grande, un ordenador, un proyector digital (en su defecto una pizarra) y material de oficina. Los recursos formativos preparados por los profesionales serán indispensables para llevar a cabo el proceso de aprendizaje.

Por otro lado, respecto a los recursos humanos los profesionales encargados de identificar y analizar las necesidades formativas de los cuidadores profesionales de la empresa, diseñar y planificar la formación, ejecutar el plan de formación y evaluar los resultados e impacto del mismo, serán un Psiquiatra, Psicólogo Clínico y Musicoterapeuta especializados en TNF de los SPC de la EA. Éstos deberán tener unas habilidades comunicativas que permitan establecer una adecuada relación formadores-usuarios.

Por último, como recursos financieros el material de oficina y los recursos informáticos arriba mencionados sumarán el total de la inversión prevista. El dinero inicialmente invertido en este proyecto empresarial se prevé recuperarlo en un plazo no superior a dos años con los beneficios que se obtengan de los pagos que realicen las empresas que contraten el servicio. Para conseguir ayudas y subvenciones, este proyecto será presentado a las convocatorias de ayudas sociales de la Obra Social “La Caixa”, pues esta entidad impulsa proyectos que tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y otras enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Como entidad de formación también se inscribirá y acreditará en el registro de centros y entidades de formación de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (FUNDAE), de manera que esta acción formativa dirigida a los trabajadores de las empresas que cuidan de personas mayores con Alzheimer, pueda ser financiada por este sistema a través de una subvención.

4.7. Curso de formación

Después de haber realizado un proceso de investigación bibliográfica sobre las TNF de los SPC de la EA más actuales, además de un pequeño estudio piloto con una muestra de directores/as de empresas dedicadas al cuidado de este colectivo, el presente proyecto empresarial formación sobre cuatro tipos de terapias.

Exceptuando las sesiones de Musicoterapia, el resto serán impartidas por dos expertos en la materia (un Psiquiatra y Psicólogo Clínico). La duración del curso de formación dependerá del número de terapias elegidas por las empresas, pero el máximo

será de 11. En cada una se utilizará una presentación en PowerPoint y los últimos 30 minutos se destinarán a resolver dudas y otras cuestiones que puedan plantear los profesionales sanitarios.

La primera sesión se dedicará a la presentación del curso. Los profesionales también realizarán una prueba de nivel que proporcionará feedback a los formadores sobre su grado de conocimiento acerca de los SPC de la EA y las TNF. Su duración será de 90 minutos.

El objetivo de la segunda sesión será informar a los profesionales sobre dichos síntomas. Para ello, comentarán su clasificación en dos categorías: los síntomas psicológicos y conductuales. También el número y porcentaje de pacientes que los presentan según los estudios realizados y la repercusión negativa en su calidad de vida. Los instrumentos que existen para su evaluación, así como los datos de estudios que apoyan o no la idea de que la gravedad de la enfermedad se relaciona con su presencia, se incluirán en esta sesión. Su aparición y desarrollo según los resultados de los estudios y el tratamiento no farmacológico propuesto como primera línea de intervención, también se abordarán. Por último, hablarán de la existencia de diferentes tipos de TNF y los objetivos que persiguen (García-Alberca, 2015). Serán necesarios 120 minutos.

Tabla 3

Información sobre los SPC de la EA.

Aspectos	Descripción
Clasificación	Síntomas psicológicos y conductuales
Epidemiología	Cifras de prevalencia
Impacto	Repercusiones sobre el paciente
Manifestaciones clínicas	Tipología e intensidad
Evaluación	Instrumentos
Evolución	Relación entre severidad de la EA y presencia de los SPC
Fisiopatología y patogenia	Interacción de factores neurobiológicos, psicosociales, ambientales, además de personalidad
Tratamiento	Principios del tratamiento no farmacológico
TNF	Objetivos y tipos

Nota. Fuente: García-Alberca, 2015.

En las siguientes sesiones expondrán las TNF elegidas por las empresas e incluidas en el curso. Cada tipo ocupará dos sesiones de 90 minutos. La metodología será la misma que en las anteriores.

- Estimulación Multisensorial (EMS).

Describirán en qué consiste este tipo de intervención en el contexto del trabajo con pacientes que padecen Alzheimer. También incluirán sus principales objetivos y beneficios terapéuticos, pues la EMS proporciona una sensación de bienestar al utilizarse estímulos sensoriales que estimulen o relajen a los pacientes. El deterioro cognitivo que sufren puede distorsionar la percepción de su entorno natural, por lo que incorporará su mecanismo de acción (García-Alberca, 2015).

El grupo de profesionales recibirá formación sobre su práctica en una segunda sesión. Por tanto, introducirán los tipos de estimulación y aspectos que se pueden trabajar. Las modalidades de sala y los materiales de trabajo también serán contenidos formativos de esta sesión.

Tabla 4

Salas de EMS.

Modalidad	Objetivo y características
Sala Blanca	Estimulación. Se centra la atención de los pacientes con la ausencia de color
Sala Negra	Aprendizaje, movimiento y estimulación. Se utiliza la luz negra y otros colores que se reflejan
Sala Aventura	Estimulación perceptivomotora y sensorial. Se usan materiales de la sala (cuerdas, pelotas, etc.)
Sala Acuática	Relajación. Se combinan otros elementos con la hidroterapia

Nota. Fuente: García-Alberca, 2015.

- Terapias de Intervención Cognitiva (TIC).

En esta sesión de grupo, los expertos informarán sobre el objetivo que persiguen las TIC. También destacarán la capacidad funcional del cerebro (neuroplasticidad) en su empleo y los tipos de intervenciones que existen actualmente.

Tabla 5

TIC dirigidas al paciente.

Intervenciones	Descripción
Estimulación Cognitiva	Facilita la evocación, relación y procesamiento cognitivo. Mejora la orientación y estado afectivo
Entrenamiento Cognitivo	Favorece el aprendizaje o refuerzo de habilidades cognitivas específicas en grupos reducidos de trabajo
Rehabilitación Cognitiva	Ayuda a mantener o recuperar capacidades funcionales o sociales por medio del aprendizaje o refuerzo de actividades cognitivas

Nota. Fuente: García-Alberca, 2015.

En la siguiente sesión, presentarán los estudios clínicos en los que el empleo de las TIC ha conseguido reducir significativamente la frecuencia e intensidad de los SPC. Se describirá, además, su mecanismo de acción para que los profesionales puedan comprender mejor los resultados de dichos estudios.

- Musicoterapia.

Para desarrollar esta intervención se contará con la participación de un Musicoterapeuta que definirá el concepto y su objetivo como TNF. También describirá su mecanismo de acción fundamentado en el modelo de la progresiva reducción del umbral de estrés (MPRUE) (García-Alberca, 2015) y mostrará los efectos positivos del uso de la música sobre los SPC en los estudios realizados con pacientes que sufren Alzheimer.

En la segunda sesión, introducirá el proceso de intervención en Musicoterapia, diferenciando entre modalidad receptiva y activa. Nombrará las funciones del Musicoterapeuta y los dos métodos de intervención: activos y receptivos. Otros contenidos serán el espacio físico, material y recursos humanos necesarios para desarrollar la intervención. En cuanto al diseño de las sesiones, incluirá los diversos objetivos que persiguen las actividades de musicoterapia (García-Alberca, 2015). Por último, describirá los pasos que deben seguirse para estructurar las sesiones “presentación, ejercicios de

calentamiento, cantar, tocar instrumentos musicales, bailar y despedida” (García-Alberca, 2015, p.144).

- Terapia de Modificación de Conducta.

En la primera sesión, introducirán los principios de la teoría del aprendizaje conductual y social (TACS). También recogerán los beneficios de aplicar un programa de modificación de conducta, así como el esquema general de tratamiento propuesto por Teri & Logsdon (1990). Describirán el modelo general del análisis funcional de la conducta (AFC) para poder aplicar cualquier técnica de modificación de conducta, y antes de finalizar la sesión, los objetivos terapéuticos básicos planteados por García-Alberca (1996) (García-Alberca, 2015).

En la segunda sesión, presentarán tanto los procedimientos operantes básicos (POB) como las técnicas de modificación de conducta clasificadas en función de su objetivo.

Tabla 6

Técnicas de modificación de conducta.

Objetivo	Tipos
Técnicas para desarrollar y mantener conductas	Moldeamiento Desvanecimiento Encadenamiento
Técnicas para reducir o eliminar conductas	Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta (de respuesta espaciada, intervalos, sesión completa) Reforzamiento diferencial de otras conductas Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles

Nota. Fuente: García-Alberca, 2015. *Enfermedad de Alzheimer. Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales*. Málaga, España: Ianec.

La última sesión se utilizará para cerrar el curso; los formadores resolverán las dudas que tengan los profesionales y éstos realizarán la misma prueba que al inicio. Se necesitarán 60 minutos. La entrega del pre y post se acordará con las empresas de modo que los profesionales puedan estar presentes.

5. Conclusiones

El progresivo envejecimiento de la población española es un hecho incuestionable que tiene como resultado un aumento de la proporción de personas mayores que padecen la forma de demencia más frecuente, la EA. Tanto la elevada ratio de profesionales sanitarios-pacientes en las diferentes entidades dedicadas al cuidado de este colectivo en auge, como sus tiempos y ritmos de trabajo pueden ocupar el horario reservado para su formación.

Es por ello que el objeto del presente proyecto de empresa no es presentar una propuesta de intervención, sino un servicio de formación en TNF de los SPC propios de la enfermedad a los profesionales que trabajan con grupos de pacientes en diferentes tipos de instituciones sanitarias. Tiene como finalidad actualizar sus competencias profesionales formando en la aplicación de estas cuatro medidas terapéuticas no farmacológicas como primera línea de intervención para la reducción o eliminación de dichos síntomas.

Este proyecto tiene unas implicaciones teóricas, la primera es continuar estudiando las importantes relaciones de los SPC con la EA, así como sus repercusiones sobre el entorno sanitario de los pacientes. También son necesarios futuros ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de alta calidad que valoren la eficacia de las terapias propuestas para manejar dichos síntomas en pacientes con Alzheimer que presentan alteraciones conductuales. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de las rúbricas como instrumento para evaluar las competencias adquiridas por los profesionales una vez hayan asistido al curso de formación.

En cuanto a las implicaciones prácticas, cuando se trate de una empresa en funcionamiento, es conveniente un aumento de la plantilla para que el servicio pueda ofrecerse a un mayor número de empresas en diferentes localizaciones. Para su puesta en marcha también es necesario especificar el modo de impartición de la formación para que las empresas y los trabajadores sean conocedores antes de su inicio. Es requisito indispensable su difusión entre los directores/as de las empresas dedicadas al cuidado de estas personas, pues se trata de un servicio que no cuenta con un público asiduo. También resulta interesante realizar un estudio clínico para valorar la eficacia de su impartición a partir de los resultados obtenidos en las evaluaciones.

Por último, destacar que el presente trabajo de fin de grado (TFG) nace de un proyecto de innovación docente que ha hecho posible la redacción de una propuesta empresarial como respuesta a una necesidad detectada.

6. Referencias bibliográficas

- Baker, R. et al. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 43(5), 465-477.
- Castellanos, F., Cid, M., Duque, P y Zurdo, J.M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(2), 39-45.
- Chenoweth, L. et al. (2009). Caring for aged dementia care resident study (CADRES) of person-centred care, dementia care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325.
- García-Alberca, J.M. et al. (2008). Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en enfermedad de Alzheimer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(5), 265-270.
- García-Alberca, J.M. (2015). Enfermedad de Alzheimer. Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales. Málaga: IANEC.
- Gitlin, L.N., Winter, L., Dennis, M.P., Hodgson, N. y Hauck, W.W. (2010). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomised trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of American Geriatrics Society* 58(8), 1465-1474.
- Instituto Nacional de Estadística (2016). *Proyecciones de población 2016-2066*. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., y Aguinaga-Ontoso, I. (2016). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 1-10. doi: 10.1016/j.nrl.2016.02.016
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L.F., y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Demencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Raglio A., et al. (2010). Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial. *Aging and Mental Health*, 14(8), 900-904.
- Slachevsky, A., y Fuentes P. (2005). Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 133, 1242-1251.

Téllez, J.M., Villena, A., López-Torres, J.D., Rayo, S. y López, C. (2005). Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: ¿cómo tratarlos? *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(1), 39-47.

Van Weert, et al. (2005). Behavioral and mood effects of Snoezelen integrated in 24-h dementia care. *Journal of American Geriatrics Society*, 53(1), 24-33.

Zare M., Ebrahimi, A.A. y Birashk, B. (2010). The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1306-1310.



ANEXO A

Formulario online ad hoc

Para el Trabajo de Fin de Grado (TFG) he planteado la creación de una empresa dedicada a la formación de cuatro tipos de terapias no farmacológicas (TNF) de carácter innovador. La formación se impartiría a los profesionales sanitarios de su empresa e iría dirigida a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) que presentan síntomas psicológicos y conductuales (SPC) propios de la enfermedad. Las terapias serían las siguientes: Musicoterapia, Estimulación Multisensorial (EM), Terapia de Modificación de Conducta y Terapias de Intervención Cognitiva (TIC).

1. ¿Se ha impartido formación en su empresa sobre este tipo de terapias?

- Sí
- No

2. ¿Considera beneficioso para los profesionales sanitarios de su empresa recibir dicha formación?

- Sí
- No

3. ¿Estaría interesado/a como director/a en que sus profesionales recibieran dicho servicio?

- Sí
- No

4. ¿Cree que algunas de las terapias propuestas podría reducir los síntomas psicológicos de los pacientes de su empresa con Alzheimer?

- Sí
- No

5. ¿Qué tipo de terapia considera más adecuada para los pacientes de su empresa?

- Musicoterapia
- Estimulación Multisensorial (EM)
- Terapia de Modificación de Conducta
- Terapias de Intervención Cognitiva (TIC)

6. ¿Piensa que su aplicación podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los síntomas psicológicos y conductuales?

- Sí
- No

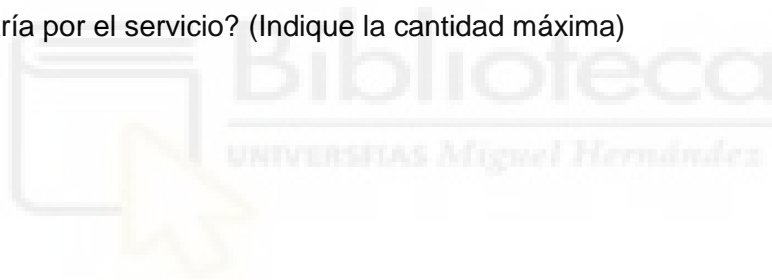
7. ¿Dentro de su empresa a qué grado de deterioro de los pacientes iría dirigido la terapia?

- Disminución cognitiva muy leve o deterioro cognitivo leve (GDS-2 o GDS-3)
- Deterioro cognitivo moderado o moderado-grave (GDS-4 o GDS-5)
- Deterioro cognitivo grave o muy grave (GDS-6 o GDS-7)

8. ¿Estaría dispuesto a pagar por formar a los profesionales a su cargo en alguna de las terapias?

- Sí
- No

9. ¿Cuánto pagaría por el servicio? (Indique la cantidad máxima)



ANEXO B

Matriz DAFO

	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	<ul style="list-style-type: none"> • Progresivo envejecimiento de la población • Aumento de los casos de demencia • Alzheimer como demencia con mayor prevalencia • Gran número de empresas que atienden al colectivo • Importancia creciente de los SPC, objetivo terapéutico • Guías de práctica clínica recomiendan el uso de TNF • Formación necesaria sobre las terapias a profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos ensayos controlados y aleatorizados • Falta de interés de los directores • Empresas sin presupuesto • Profesionales ya formados
	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de escoger entre cuatro tipos de TNF • Feedback a profesionales y dirección (evaluación inicial y final) • Realización del curso en el lugar de trabajo • Acuerdo del horario con la empresa • Proporciona los conocimientos necesarios para su posterior aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de infraestructura y recursos materiales • Horario adecuado • No inclusión de aplicación • Servicio de pago