



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

ART THERAPY FOR ALZHEIMER'S PATIENTS

Mikel Haranburu Oiharbide, Nekane Balluerka Lasa, Arantxa Gorostiaga Manterola

mikelharanburu@euskalnet.net

Alzheimer, demencia, terapia artística, activación cognitiva

Alzheimer's, dementia, art therapy, cognitive activation

RESUMEN

En la primera parte de la ponencia haremos una exposición general de la enfermedad del Alzheimer. Es una demencia degenerativa primaria del cerebro que afecta las estructuras neurológicas, las capacidades cognitivas, los rasgos de personalidad, así como los aspectos funcionales y comportamentales de la persona. Es una enfermedad cuya incidencia aumenta a medida que las personas se van haciendo mayores. Pasa por una primera fase que dura entre 2 y 4 años, una segunda fase que dura entre 3 y 10 años y una tercera de duración variable. Se han encontrado factores neurológicos evidentes en el origen del Alzheimer: se da una acumulación de la proteína β -amiloide que induce una desorganización de la estructura de las neuronas y una degeneración neurofibrilar que conduce a la muerte de las mismas.

En la segunda parte comenzaremos exponiendo los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer. A continuación, nos centraremos en la prevención y en el tratamiento psicológico de la enfermedad. Sesiones individuales y grupales de estimulación cognitiva. Ejercicios de reminiscencia de sucesos vitales. Reforzamiento del sentimiento de control y de autoeficacia. Reforzamiento del recuerdo de los acontecimientos autobiográficos más significativos. Reforzamiento de los lazos del círculo familiar y del círculo de amistades. Afrontamiento de la depresión. Experimentación de sensaciones positivas por medio de la terapia artística.

En la tercera parte desarrollaremos diversos aspectos de la terapia artística, basándonos en experiencias de activación cognitiva, psicomotora y afectivo-emocional por medio de la música, la pintura, escultura, la danza, la estimulación olfativa y gustativa.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

ABSTRACT

In the first part of this paper we will make a general exposition of Alzheimer's disease. It is a primary degenerative dementia of the brain that affects the neurological structures, the cognitive abilities, the personality traits, as well as the functional and behavioral aspects of the person. It is a disease whose incidence increases as people get older. It goes through a first phase that lasts between 2 and 4 years, a second phase that lasts between 3 and 10 years and a third of variable duration. Evident neurological factors have been found in the origin of Alzheimer's: there is an accumulation of the β -amyloid protein that induces a disorganization of the structure of neurons and a neurofibrillary degeneration that leads to their death.

In the second part we will begin by exposing the DSM-5 criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease. Next, we will focus on the prevention and psychological treatment of the disease. Individual and group sessions of cognitive stimulation. Reminiscence exercises of vital events. Reinforcement of the feeling of control and self-efficacy. Reinforcement of the memory of the most significant autobiographical events. Strengthening the ties of the family circle and the circle of friends. Coping with depression. Experimentation of positive sensations through art therapy

In the third part we will develop various aspects of art therapy, based on experiences of cognitive, psychomotor and affective-emotional activation through music, painting, sculpture, dance and olfactory and gustatory stimulation

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome que afecta a diversos aspectos del funcionamiento de una persona: la memoria de acontecimientos recientes, el lenguaje, la capacidad de llevar a cabo movimientos aprendidos, la capacidad de adquirir nuevos conocimientos, la capacidad de abstraer y planificar, la capacidad de relacionarse con el entorno. Resultan afectadas las capacidades de resolver los problemas, de control de la emociones y de control de movimientos.

Entre la diversas enfermedades que presentan trastornos neurocognitivos más o menos graves tenemos las siguientes: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de los cuerpos de Lewy, la enfermedad de Pick, la enfermedad de Huntington, enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la depresión, el Parkinson, el alcoholismo crónico.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer, descubierta en 1906 por Alois Alzheimer, es una demencia degenerativa primaria del cerebro que afecta a las estructuras neurológicas, a las capacidades cognitivas, a la capacidad de recuperar la información almacenada, a las capacidades lingüísticas, a los rasgos de personalidad, a las funciones ejecutivas, así como a los aspectos funcionales y comportamentales de la persona.

La incidencia de esta enfermedad aumenta a medida que las personas se van haciendo mayores, llegando a ser una de las enfermedades más prevalentes a partir de determinada edad. Aproximadamente la mitad de las personas con demencia tienen demencia de tipo Alzheimer.

Las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer presentan los siguientes síntomas:

1. Síntomas del ámbito cognitivo:

- Pérdida de la memoria: es una pérdida progresiva. Al inicio de la enfermedad se da la pérdida de la memoria a corto plazo: citas, nuevos acontecimientos. A medida que se avanza en la enfermedad, se da la pérdida de la memoria de sucesos del pasado, aunque se conserva la memoria emocional.

- Uno o más de entre los siguientes trastornos: agnosia, apraxia, afasia, alteraciones en las funciones ejecutivas; pérdida de la capacidad de recordar, pensar, orientarse, aprender, calcular. Según se avanza en la enfermedad pueden aparecer cambios cognitivos profundos, desorientación, rigidez, apatía.

- Pérdida del lenguaje: dificultad para recuperar determinadas palabras, repetición de palabras o partes de palabras, dificultades para finalizar las frases, dificultades para comprender el significado de palabras oídas o leídas (afasia sensitiva) y dificultades para comunicar lo que quiere decir (afasia motriz).

2. Síntomas del ámbito de la personalidad y de la conducta: cambios profundos y sin explicación en la conducta, el humor, en las emociones y en la personalidad. Trastornos de la conducta: amenazas, violencia, comportamiento compulsivo. Ansiedad y mal humor al comprobar que ha perdido el control sobre los sucesos del entorno. Cambio en los ritmos del sueño y de la vigilia. Episodios de delirios, alucinaciones, paranoia, agresividad.

3. Ámbito funcional: la degeneración cerebral provoca cambios en las tareas diarias del enfermo, lo cual influye en el mundo laboral y social de la persona. Pierden la capacidad de realizar movimientos y acciones voluntarias. Al comienzo de la enfermedad son capaces de realizar sin ayuda las tareas diarias (vestirse, atarse los zapatos...), pero según avanza la enfermedad, pierden el equilibrio, se mueven más torpemente y tienen dificultades para desenvolverse solos.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

4. **Ámbito neurológico:** se han encontrado los siguientes factores neurológicos en el origen del Alzheimer: se producen alteraciones en la síntesis de las proteínas amiloides de las placas seniles o neuríticas y de los ovillos neurofibrilares, como consecuencia de la acumulación de la proteína tau, componente de la degeneración neurofibrilar y β -amiloidea. Estos cambios inducen una desorganización de la estructura de las neuronas y una degeneración neurofibrilar que conduce a la muerte de las mismas. La reducción de la neuronas afecta al hipocampo, a la sustancia innominada, al locus coeruleus, a la corteza temporo-parietal y a la corteza frontal. Este deterioro comienza en los lóbulos temporales, continúa por las corteza parietales y frontal, hasta extenderse por toda la corteza, y va acompañado de un crecimiento de los ventrículos. Por otra parte, no hay que olvidar el papel que juega la pérdida de las neuronas colinérgicas en los problemas de la memoria y de la atención. Las funciones de la memoria y de la atención dependen del sistema colinérgico, y la pérdida de neuronas colinérgicas en el Alzheimer está relacionada con la pérdida de la memoria. En las demencias se produce una reducción de los enzimas acetilcolintransferasas, de la acetilcolina y de otros neurotransmisores y neuromoduladores (Ferreira-Vieira, Guimaraes, Silva, Ribeiro, 2016)

La enfermedad de Alzheimer pasa por diferentes fases: una primera fase que dura entre 2 y 4 años, una segunda fase que dura entre 3 y 10 años y una tercera de duración variable.

1ª fase: el enfermo muestra los siguientes síntomas: olvido de citas y nombres de personas conocidas, pérdida de la memoria topográfica, dificultades para recordar palabras concretas. Pérdida de la capacidad de concentración y de la capacidad para el pensamiento abstracto. Trastornos afectivos e inestabilidad emocional, oscilando entre la euforia y la distimia. Ansiedad, depresión, hiperactividad, respuesta emocional lenta, conducta pasiva y falta de iniciativa. Alejamiento progresivo de los familiares; se aísla de los demás y se preocupa cada vez menos de ellos. En el aspecto funcional, se interesa cada vez menos por las actividades diarias.

2ª fase: pérdida más pronunciada de las facultades físicas y mentales; necesidad de ayuda para realizar muchas de las actividades diarias. Olvido de sucesos cercanos; confusión de lugares y nombres; dificultad para reconocer a amigos; pérdida de la memoria de fijación. Deterioro de la capacidad para el pensamiento abstracto y de la capacidad de concentración; desorientación espacio-temporal; pérdida de la capacidad de comunicarse; repetición de frases, pobreza de vocabulario; utilización de circunloquios. En el plano de la personalidad y de la conducta muestra depresión, alucinaciones, agresividad, trastornos de la imagen corporal, dificultades en la imitación de gestos, síndrome afaso-apraxo-agnóstico, delirios psicóticos, respuestas emocionales exageradas.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

En el área funcional, debilidad muscular, pérdida de equilibrio, frecuentes caídas, pérdida del control de esfínteres.

3ª fase: pérdida de las funciones psíquicas y de la estructura de la personalidad. En el ámbito de la personalidad y de la conducta se muestra deprimido, sin sensibilidad emocional. Muestra cambios de humor inesperados. Pérdida del control voluntario de las conductas fundamentales: posición fetal en la cama, no se levanta de la cama, no anda, no controla los esfínteres, problemas de ingestión de la comida. Necesita ayuda continua; no controla los gestos y los movimientos. En el plano cognitivo, no comprende las situaciones, no se acuerda de sucesos lejanos y cercanos, pero mantiene el recuerdo emocional. No reconoce a los familiares pero se da cuenta de quién le cuida. No se reconoce a sí mismo en el espejo. No es capaz de comunicarse; no responde a lo que se le pregunta; repite palabras sin sentido.

Factores de riesgo que coadyuvan al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer: una historia de demencia familiar, el síndrome de Down, una historia de enfermedad psiquiátrica, una historia de abuso de alcohol, pertenencia al género femenino (puede ser debido a la mayor longevidad de las mujeres).

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (<https://www.cita-alzheimer.org/la-enfermedad/el-alzheimer-en-numeros>), la mayoría de los casos desarrollan el Alzheimer después de los 65 años. Alrededor del 10% de las personas mayores de 65 años tienen esta enfermedad. El número de casos aumenta significativamente a lo largo de las décadas séptima, octava y novena de vida. En España hay más de un millón de personas con Alzheimer, lo cual repercute en más de cuatro millones de personas. En Euskadi hay más de 60.000 enfermos, lo cual repercute en la vida de casi un cuarto de millón de personas. El coste por paciente de Alzheimer alcanza casi los 32.000 euros anuales. La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado según ha ido aumentando la esperanza de vida de las personas.

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La pérdida de la memoria es el síntoma distintivo más importante de la enfermedad del Alzheimer, pero las personas mayores de 65 años, aun teniendo buena salud, suelen tener también problemas de memoria, problemas en la rapidez del pensamiento y en las funciones ejecutivas. Es normal que las personas mayores olviden nombres y cifras, que no encuentren los objetos que han guardado, o que no retengan la información reciente en la memoria.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Un paciente puede tener problemas de memoria sin que esté afectado por el Alzheimer, ya que hay muchas causas de pérdida de la memoria. De lo que se trata es de diferenciar los indicadores de la pérdida normal de la memoria y los indicadores que acompañan a la demencia incipiente (Mufson, Binder, Counts, DeKosky, de Toledo-Morrell, Ginsberg, Ikonovic, Pérez y Scheff, 2012).

La enfermedad de Alzheimer provoca cambios en las neuronas del lóbulo temporal, lo que se traduce en un deterioro de la red neuronal responsable de la memoria episódica (Braak y Braak, 1991). En el Alzheimer se da una pérdida de la memoria episódica debido a que no se organiza y no se almacena de forma adecuada la nueva información. Los pacientes con Alzheimer olvidan rápidamente la información que se les ha dado; pero aparte de eso, resultan afectadas su memoria de reconocimiento, su capacidad de denominación de objetos, su facultad de categorización semántica y su fluidez verbal (Aronoff, Gonnerman, Almor, Arunachalam, Kempler y Andersen, 2006). El conocimiento de los conceptos y la facultad de asociarlos resultan afectados cuando el Alzheimer afecta a las cortezas de asociación temporal, parietal y frontal (Hodges y Patterson, 1995).

Los estudiosos del Alzheimer se han centrado durante años en los déficits de memoria de los pacientes con Alzheimer, pero durante los últimos años se ha visto que esta enfermedad está fuertemente vinculada con el declive cognitivo. Cuando hablamos de problemas cognitivos nos estamos refiriendo a problemas de memoria, de aprendizaje de nuevos conocimientos, de concentración, de percepción, de razonamiento o de pensamiento. La enfermedad de Alzheimer es progresiva e irreversible y se manifiesta en la forma de problemas cognitivos, conductuales y de memoria.

Estudios que han analizado el acceso al conocimiento de conceptos han demostrado que el paciente que ha olvidado un concepto (por ejemplo, el concepto de roble), no puede nombrar la imagen de ese objeto (la imagen del roble), no puede clasificar ese concepto (el concepto de roble) en una categoría más extensa (la categoría de árbol) y no recupera la palabra correspondiente al concepto (concepto de roble) en una prueba de fluidez verbal. Los pacientes con Alzheimer muestran más problemas en las pruebas de fluidez de categorías que en las pruebas de fluidez de letras. Muestran un deterioro en la organización de la memoria semántica, más que un deterioro en el acceso al conocimiento semántico (Henry, Crawford y Phillips, 2004; Rohrer, Wixted, Salmon, 1995). Los pacientes con Alzheimer presentan déficits de la función cognitiva y una capacidad reducida para resolver problemas relacionando y manipulando mentalmente la información. Muestran, además, dificultades en tareas que requieren orientación visual y habilidades visuo-perceptivas (Cronin-Golomb y Amick, 2001).

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Como herramientas para el diagnóstico del trastorno neurocognitivo o de la demencia presentamos los criterios diagnósticos de la décima edición de la "La Clasificación Internacional de las Enfermedades" (CDI-10) y de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

La décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud plantea la demencia como una enfermedad cerebral crónica y progresiva que supone un deterioro en las funciones cognitivas, acompañado de alteraciones en el control emocional, en la motivación, en las tareas diarias y en el comportamiento social. Plantea la presencia de un déficit de memoria como primer criterio clínico de la demencia. Juntamente con ese déficit, se constatan déficits en otras áreas cognitivas: juicio, razonamiento, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, orientación, lenguaje. El deterioro mental derivado de la demencia repercute en las actividades diarias del sujeto. Como consecuencia de esas alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales, se constata una pérdida de autonomía del sujeto.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (OMS, 1992).

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Los enfermos con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer.

Los hallazgos característicos en el cerebro en la enfermedad de Alzheimer son: una marcada reducción del número de neuronas, en especial en el hipocampo, la sustancia innominada, el locus coeruleus, la corteza temporo-parietal y la frontal; la

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

aparición de una degeneración neurofibrilar compuesta de filamentos helicoidales apareados; la aparición de las placas neuríticas (argentófilas) compuestas fundamentalmente por sustancias amiloides que tienden claramente a crecer (sin embargo se conocen también placas sin sustancias amiloides) y formaciones gránulo-vacuolares. Se han descrito también alteraciones neuroquímicas tales como una marcada reducción de los enzimas acetilcolintransferasas, de la acetilcolina misma y de otros neurotransmisores y neuromoduladores.

La descripción original de la enfermedad refería que las manifestaciones clínicas iban siempre acompañados de las alteraciones cerebrales mencionadas. No obstante, hoy día parece ser que ambas no evolucionan siempre de un modo paralelo. Así, unas pueden estar indiscutiblemente presentes mientras que las otras están prácticamente ausentes. A pesar de todo, los rasgos clínicos de la enfermedad de Alzheimer son tan característicos que normalmente es posible llegar a un diagnóstico de presunción basándose sólo en la clínica.

La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Pautas para el diagnóstico

- 1. Presencia de un cuadro demencial, como el descrito mas arriba.*
- 2. Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.*
- 3. Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral ó sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).*
- 4. Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).*

En un cierto número de casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

imposible de diagnosticar en la práctica clínica. Incluye: Demencia degenerativa de tipo Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz

Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el inicio es más precoz que el de F00.1 y en la que el deterioro tiene una evolución más rápida, con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En la mayoría de los casos se presentan, en períodos relativamente precoces de la evolución, afasias, agrafía, alexía o apraxias.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para F00, pero teniendo en cuenta el comienzo más temprano que la forma senil, es decir, antes de los 65 años. El curso progresivo suele ser rápido. La anamnesis familiar puede aportar información complementaria pero no necesaria, tal y como antecedentes familiares de síndrome de Down o de linfomas.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el comienzo clínico tiene lugar después de la edad de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 e incluso más tarde, cuyo curso progresa lentamente y en la que normalmente el rasgo más prominente es el deterioro de la memoria.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para F00, teniendo en cuenta además la presencia o ausencia de los rasgos que la diferencian de la forma de comienzo precoz (F00.0).

Incluye: Enfermedad de Alzheimer de tipo 1. Demencia senil de tipo Alzheimer.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta

Se clasifican aquí las demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de F00.0 y F00.1 y también se incluyen aquí las demencias mixtas, vascular y de Alzheimer.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) sitúa a la enfermedad de Alzheimer entre los trastornos neurocognitivos y diferencia el Trastorno Neurocognitivo Mayor del Trastorno Neurocognitivo Menor, basándose en la severidad de los síntomas cognitivos y en la conservación o pérdida de la autonomía para cumplir las actividades complejas de la vida cotidiana. La persona con Trastorno Neurocognitivo Mayor presenta síntomas que repercuten significativamente en la pérdida de la funcionalidad del paciente. El declive cognitivo (en memoria, atención, aprendizaje, habilidad conceptual) de la persona con un Trastorno Neurocognitivo Mayor es significativamente mayor que el de la persona con un Trastorno Neurocognitivo Menor.

Criterios diagnósticos según DSM-5 para la enfermedad de Alzheimer (American Psychiatric Association, 2013)

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor: *Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible**.*

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).

b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer con alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, codificar **331.9 (G31.9)** trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer. (Nota: No aplicar el código adicional de la enfermedad de Alzheimer. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aun así debería indicarse por escrito.)

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, codificar **331.83 (G31.84)**. (Nota: No aplicar el código adicional de la enfermedad de Alzheimer. La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aun así debería indicarse por escrito).

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

TERAPIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El tratamiento psicológico de los enfermos de Alzheimer es complejo. Es un tratamiento que debe tener en cuenta el nivel de autonomía, los hábitos, el ritmo, los gustos, las emociones, los sentimientos y la dignidad del paciente. El síntoma más importante es el déficit de la memoria. A medida que el paciente va perdiendo la memoria deberán utilizarse diversas técnicas para orientarle: dispondrá de tarjetas con su dirección, su teléfono, sus datos de identificación; dependiendo siempre de la fase de la enfermedad, se guardarán bajo llave algunos objetos que pueden llegar a ser peligrosos; se utilizarán dibujos, carteles y esquemas de fácil interpretación. Las personas con Alzheimer, conscientes de que van perdiendo facultades, sufren a menudo de ansiedad y depresión; sufren además de delirios que les crean ansiedad, miedo y trastornos de la conducta. La persona con ansiedad y depresión tiene que compartir su experiencia con el terapeuta y con las personas del grupo de apoyo; tiene que seguir un programa de actividades que resultan placenteras para ella; tiene que realizar de forma regular actividades físicas adecuadas a sus facultades; tiene que expresar sus emociones y sentimientos; tiene que construir un relato biográfico en el que combine el tipo de atribución (interna o externa) y el tipo de suceso (positivo o negativo). La persona depresiva está habituada a hacer atribuciones internas de sucesos negativos y a hacer atribuciones externas de sucesos positivos. El terapeuta tratará de que el paciente opte por hacer atribuciones internas de sucesos positivos y atribuciones externas de sucesos negativos.

Se han utilizado diversas terapias en el tratamiento psicológico de la enfermedad de Alzheimer, adaptándolas siempre a la fase en la que se encuentra el paciente: 1) La estimulación cognitiva que se ha ido desarrollando durante las últimas décadas trata de ralentizar el deterioro de las capacidades cognitivas (atención, percepción, memoria, lenguaje) y de recuperar las capacidades originales. 2) La orientación a la realidad que va destinada a conservar y restaurar la orientación temporal, espacial, personal y social del paciente. El paciente debe disponer del suficiente conocimiento sobre sí mismo y sobre el entorno, para poder seguir siendo autónomo en la medida de lo posible. 3) La fisioterapia y el ejercicio terapéutico: el ejercicio físico es indispensable para mantener la movilidad, la coordinación, el equilibrio de las personas con la enfermedad de Alzheimer. Se harán ejercicios terapéuticos para tratar los dolores cervicales, dorsales y lumbares. 4) La terapia ocupacional: se realizan actividades que requieren habilidades cognitivas y manuales para fomentar las relaciones sociales. 5) Terapia con mascotas para mejorar el estado anímico, emocional y motivacional.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

6) La estimulación multisensorial: a través del material técnico destinado a la estimulación de los órganos sensoriales: pintura, luces, música, sonidos, texturas, peluches, aromas, bolas, columpios, tumbonas. Los pacientes disfrutaban de la estimulación de los diferentes sentidos: vista, oído, gusto, olfato y tacto. 7) La musicoterapia: la utilización de la música para comunicarse, para fomentar la creatividad y la expresión de las emociones. La música estimula áreas de la memoria que estaban inactivadas, posibilita la evocación de recuerdos agradables, fomenta las relaciones sociales.

La persona normal dispone de un sentimiento de control y agencia con respecto a su autobiografía. Recuerda los sucesos más importantes de su vida y dispone de una narrativa que ha labrado juntamente con sus familiares, sus amigos, sus compañeros de trabajo. Hasta la aparición de la demencia ha habido una continuidad en su vida, proporcionada por el relato vital que ha construido y que es ratificada y confirmada por personas significativas de su entorno. La conducta actual de una persona se sitúa entre un pasado y un futuro que le dan consistencia y sentido. A medida que se van estableciendo lagunas amnésicas, la desorientación se va instalando y la persona con demencia va perdiendo su sentimiento de valía, de control y agencia. La demencia socaba las relaciones humanas, destruye el sentimiento de control y agencia, porque impide la construcción o el mantenimiento de una narrativa compartida entre la familia, los amigos y la sociedad. Cuando compartimos memorias de experiencias o actividades que hemos vivido o realizado juntamente con nuestros familiares y amigos, compartimos también las biografías y los relatos. Construimos co-biografías, co-narrativas basándonos en experiencias y actividades compartidas.

Una demencia severa puede llevar a la persona a no reconocer a sus parejas, a sus hijos o a sus amigos. Eso a menudo conduce a debilitar los lazos que unían al paciente con el entorno cercano. El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer debe tratar de impedir que la persona sea excluida del círculo al que pertenecía. El paciente debe seguir participando en la relación social. La idoneidad de la terapia para la demencia dependerá de la medida en la que capacita a la persona para participar en las relaciones comunicativas. La terapia artística debe reinsertar a las personas con demencia en el espacio social. Debe reintegrar a la persona al espacio en el que era reconocido como sujeto/agente social. A través del arte se reavivan los deseos y las capacidades de relacionarse socialmente con los demás.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

LA TERAPIA DE LA REMINISCENCIA

Fue Butler (1963) quien introdujo la noción de reminiscencia para referirse a una intervención en la que se estimula el recuerdo de experiencias autobiográficas del paciente. La finalidad de la terapia de la reminiscencia es reconstruir la memoria cognitiva, fomentar una mejor calidad de vida y propiciar el desarrollo personal e interpersonal del paciente. Las personas mayores con Alzheimer se retiran progresivamente del círculo social, y la terapia de la reminiscencia pretende lograr que se reintegren en su círculo familiar y social (Tadaka y Kanagawa, 2007; Wang, 2007). La terapia de la reminiscencia reactiva las experiencias y los recuerdos del paciente, valiéndose de relatos, del libro autobiográfico, de fotografías y videos de la vida pasada del paciente. Esta terapia logra una mejoría significativa en las cogniciones, en el nivel emocional y en la calidad de vida del paciente (Imtiaz, Khan y Seelye, 2018). Es una de las terapias no farmacológicas más utilizadas con los enfermos de Alzheimer.

En esta terapia se estimula la memoria autobiográfica del pasado remoto del paciente, puesto que el recuerdo de acontecimientos recientes está afectado por la demencia (Piolino, Desgranges, Belliard, Matuszewski, La Levée De la Sayette y Eustache, 2003; Thomas-Antérion, Jacquin y Laurent, 2000). Las actividades cognitivas incluyen estimulación cognitiva y orientación en la realidad. Las prácticas del ámbito afectivo incluyen música, contacto corporal y aromaterapia. Las sesiones de terapia suelen ser semanales, se prolongan entre 8 y 12 semanas y duran unos tres cuartos de hora. Pueden ser individuales o grupales (grupos de 4-6 personas) (Subramaniam y Woods, 2012). Para la evaluación de los efectos de la terapia se utilizan escalas que miden la mejora cognitiva (Standardized Mini-Mental Test: Asiret & Kapucu, 2016), la depresión (The Geriatric Depression Scale: Asiret & Kapucu, 2016) y la calidad de vida. Según los estudios llevados a cabo, los pacientes muestran mejoría en la recuperación de sucesos autobiográficos, gracias a su contacto con la música y con los objetos asociados con la historia pasada del paciente (Imtiaz et al., 2018; Kirk, Rasmussen, Overgaard. y Berntsen, 2019). La Terapia de la Reminiscencia reduce los sentimientos de soledad y las emociones depresivas; incrementa el nivel cognitivo, el bienestar psicológico, la comunicación y la satisfacción vital (Chueh y Chang, 2014; Meléndez-Moral, 2013; Zauszniewski, Eggenschwiler, Preechawong, Roberts y Morris, 2006)

La terapia de la reminiscencia puede tener consecuencias positivas en los enfermos de Alzheimer, cuando se aplica durante el tiempo suficiente y se pone al paciente en contacto directo con recuerdos de experiencias de su autobiografía.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Las experiencias que tienen efectos más positivos son las que ha vivido la propia persona en su autobiografía. Son varios los estudios que han constatado que la terapia de la reminiscencia produce efectos positivos en la función cognitiva, la depresión y la calidad de vida (Serrani Azcurra, 2012):

- Tadaka y Kanagawa (2007) corroboraron los efectos positivos de la terapia de grupo en las habilidades cognitivas, en el bienestar y en la depresión de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

- Un estudio llevado a cabo por Subramaniam y Woods (2012) ha mostrado que la terapia de la reminiscencia individual tiene efectos positivos en las cogniciones, en el estado de ánimo y en la calidad de vida de las personas con demencia.

- En otro estudio se aplicó a un grupo de ancianos adultos con Alzheimer un programa de entrenamiento cognitivo individual; se les presentó información autobiográfica relacionada con sus hábitos y su vida, con pistas visuales y musicales. El grupo de control recibió entrenamiento en memoria semántica, relacionada con personas famosas. Las personas que recibieron el programa de entrenamiento en cogniciones autobiográficas mostraron mejoría significativa de su memoria semántica personal y episódica, y mejoría en su estado de ánimo, a diferencia de lo que sucedió en el grupo control (Lalanne, Gallarda y Piolino, 2015).

- Un estudio que analizaba los efectos de terapia grupal de reminiscencia sobre la memoria autobiográfica no encontró mejoría significativa (Woods, Bruce, Edwards, Elvish, Hoare, Hounsme, Keady, Moniz-Cook, Orgeta, Orrell, Rees y Russell, 2012). Pero otros estudios de terapia individual sí constataron mejoría significativa en la memoria episódica y semántica (Morgan y Woods, 2010; Subramaniam y Woods, 2012) en las personas del grupo experimental. La diferencia parece radicar en el hecho de que la terapia fuera grupal o individual.

- Asiret y Kapucu (2016) llevaron a cabo un estudio sobre los efectos de la terapia grupal de reminiscencia en la cognición, la depresión y la vida diaria de pacientes con Alzheimer de tipo leve o moderado. La terapia duró 12 semanas, con sesiones semanales de media hora. Al final de la intervención se encontró un nivel de depresión significativamente menor y un nivel cognitivo significativamente superior en el grupo de intervención.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

TERAPIA MULTISENSORIAL: SALA SNOEZELLEN

Según las investigaciones (Andreeva, Dartinet-Ghalmey, Kloul, Fromage, Kadri, 2011), teniendo en cuenta la fase de demencia que presentaban, los pacientes que vivían en su hogar no eran tan agresivos y violentos como las que vivían en residencias de ancianos, Los pacientes que habían vivido en Unidades de Cuidado de Larga Duración y en Residencias de Personas Mayores Dependientes mostraban falta de referencia, soledad, falta de estimulación, lo cual les provocaba trastornos del comportamiento. Las Salas Snoezelen tienen una influencia positiva en la conducta del paciente porque aseguran el bienestar del paciente, ofreciéndole un entorno protector y cómodo para la estimulación sensorial. Tratan de lograr el bienestar de los enfermos de demencia mediante la estimulación de los cinco sentidos. En las Salas Snoezelen el paciente debe convertirse en el actor de la sesión; se coloca a las personas en diferentes situaciones: en un estado de relajación; en un estado en el que se despiertan sus sentidos y sus emociones; en situaciones en las que se busca la apertura, la creatividad, la adaptación, el placer y el bienestar de los residentes; se trabajan las relaciones entre el cuidador y el paciente (Muller y Gillet, 2015). La estimulación sensorial que se proporciona influirá en la ansiedad, la agresividad y el estrés del paciente. Se propician unas interacciones sociales de calidad que estimulan o tranquilizan a los pacientes.

En las sesiones de terapia se crea un clima de tranquilidad y confianza. Se dispone de colchones de agua, difusores de olores, paneles táctiles de luces, sonidos de relajación. Se le permite al paciente elegir la actividad que prefiera y llevarla a cabo de acuerdo a su propio ritmo. Las actividades van destinadas a estimular las capacidades de atención, memoria, lenguaje, de percepción visual y de razonamiento y le permiten al paciente superar sus miedos y las situaciones frustrantes de cada día. Las sesiones pueden ser individuales o grupales, pueden aplicarse en cualquier fase del Alzheimer y su duración es variable. La finalidad de la terapia es crear un lazo comunicativo entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta estimulará el tacto por medio de masajes, el oído por medio de distintos tipos de música, el olfato a través de aceites esenciales, el gusto a través de la gastronomía, la vista por medio de luces y colores. Las Salas Snoezelen estimulan los sentidos de los pacientes y conducen al paciente en un viaje a través de la memoria visual, auditiva, olfativa, táctil y gustativa. Disponen de objetos de múltiples colores, columnas de burbujas, objetos que producen sonidos, reproductores de música, colchones de agua, difusores de aromas, paneles táctiles para activar luces y sonidos, espejos, butacas, mecedoras. Tienen como finalidad lograr la relajación, la creatividad y la comunicación del paciente, y reducir así los dolores y la ansiedad del paciente.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Esta terapia pretende que el paciente se sienta miembro de un grupo o una comunidad (Orain, 2008). Hay estudios que han mostrado una reducción del dolor y de la agresividad en pacientes con la enfermedad de Alzheimer. La experiencia de terapia es percibida en el nivel de las asociaciones sensitivas del córtex. Se activa la amígdala; ésta estimula el hipotálamo y provoca la producción de hormonas en la hipófisis, activando de esta forma el sistema nervioso vegetativo y el estado emocional. Así, la activación multi-sensorial estimulará la liberación de endorfinas y serotonina, reduciendo la depresión e influyendo sobre el bienestar emocional del paciente (Orain, 2008; Berbigier Eschauzier, 2012) .

MUSICOTERAPIA

Conocemos experiencias en las que el paciente con demencia severa ha respondido de manera positiva a una intervención terapéutica basada en la música (Matthews, 2015). La terapia musical trata en primer lugar de evitar, de ralentizar o de retrasar la degeneración neuronal; trata también de reparar y reforzar las áreas cerebrales que han sufrido un proceso degenerativo y que se activan a través de la música o de otras artes. Las personas con demencia actúan como si su exposición a la música (sobre todo a canciones antiguas) reavivara el recuerdo de acontecimientos y emociones en principio inaccesibles a ellos. El reconocimiento de la música por parte del paciente posibilita la reinserción de las vivencias relacionadas con la música en el relato biográfico. La persona se recuerda a sí misma tal como era cuando escuchaba esa música por primera vez; la música le permite rellenar las lagunas de su memoria y reintegrar a su relato biográfico los acontecimientos que estaban olvidados; posibilita la recomposición del entorno social que ayuda a la reconstrucción de su mente (Kitwood y Bredin, 1992). La música es un medio efectivo para que el paciente conecte con su pasado y el pasado de las personas del entorno. El paciente se reintegra en la vida social que alimenta su autoestima social y su sentido de control y de agencia.

El sonido musical de una persona o de un instrumento resuena de tal forma que puede transmitir sus vibraciones a otra persona. Los órganos del cuerpo pueden resonar con determinados sonidos. El cuerpo participa en la comunicación, creando un movimiento rítmico, mostrando su dimensión afectiva en la melodía y produciendo un sentimiento de equilibrio entre las impresiones y las expresiones, gracias a la armonía. La música puede actuar cambiando nuestro ritmo cardíaco y respiratorio, nos puede ayudar a concentrarnos, nos ayuda a liberar endorfinas y tiene un efecto analgésico sobre nosotros (de La Hougue, 2014). La música mejora el funcionamiento cognitivo y psicológico de la persona con Alzheimer.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Puede reducir la ansiedad, fomenta la interacción entre ambos hemisferios cerebrales y activa las redes neuronales de varias áreas cerebrales. La música ayuda a recordar momentos y a revivir emociones de la vida del paciente por medio de sus tonos, sus ritmos, sus melodías, sus armonías. Se puede escuchar música, cantar canciones, interpretar una canción con un instrumento, tanto en solitario como en compañía. Al escuchar música lo primero que se activa es el córtex auditivo; luego se activan las zonas frontales que analizan la melodía, la tonalidad y la armonía; se activa también el sistema límbico que produce la dopamina, neurotransmisor que produce el placer; la música produce también un aumento de la melatonina (Platel, Groussard, Fauvel, 2014; Bradt, Dileo y Shim, 2013).

La música acompaña las celebraciones y las ceremonias comunitarias. La terapia musical puede reforzar los lazos sociales. Gracias a la resonancia de la música una persona se siente conectada consigo misma y con los demás. Crea un sentimiento de unidad. El canto y el movimiento rítmico estructuran el espacio y el tiempo, algo que falta a los enfermos de Alzheimer.

Los estudios sobre musicoterapia han mostrado que se dan modificaciones anatómicas y funcionales debidas a la práctica de la música: activación de los lóbulos temporales y del hipocampo, desarrollo de las conexiones inter-hemisféricas del cerebro, aumento del número de neuronas en ciertas partes del cerebro. El desarrollo de las regiones cerebrales implicadas en la musicoterapia tendrían un efecto sobre las capacidades cognitivas y motrices (Peretz, Aubé y Armony, 2010).

La neuroplasticidad es una característica clave de la función del cerebro adulto, que permite la adaptación a un entorno en constante cambio. En el pasado, se pensaba que este proceso solo era significativo durante el período de desarrollo, lo que daba a entender que el cerebro adulto era relativamente inflexible. Durante las dos últimas décadas se ha observado que estos procesos de neuroplasticidad, aunque disminuyen con la edad, ocurren en algunas áreas específicas del cerebro adulto, tanto en la edad adulta temprana como en la senescencia, y son unos procesos necesarios para la flexibilidad cognitiva y conductual (Belzung y Wigmore, 2013).

Esta plasticidad puede ser morfológica, como en la generación de nuevas sinapsis y nuevas neuronas, o funcional cuando cambia la fortaleza de las sinapsis; como en la potenciación a largo plazo o la depresión a largo plazo. Si bien la neurogénesis adulta parece estar restringida principalmente al hipocampo y al sistema olfativo, la sinaptogénesis y sus cambios funcionales asociados en la plasticidad ocurren en todas las áreas corticales y subcorticales, relacionando así estos cambios con un gran número de funciones divergentes, asociadas a las áreas cerebrales en las que esto ocurre.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

La sinaptogénesis es un proceso rápido, ya que la formación de nuevas sinapsis o espinas dendríticas requiere poco tiempo. La importancia funcional de la sinaptogénesis está estrechamente relacionada con la función de las áreas cerebrales en las que tiene lugar y, por lo tanto, puede proporcionar una mayor flexibilidad cuando ocurre en áreas frontales o hipocampales, o una disminución de la flexibilidad en la amígdala o algunas partes del cuerpo estriado. Las alteraciones en la neurogénesis del adulto pueden producir cambios en la cognición que pueden participar en el desencadenamiento de afecciones patológicas como afecciones psiquiátricas y neurológicas. Algunas condiciones como el envejecimiento o el estrés inducen una disminución de la neurogénesis y una remodelación de la sinaptogénesis (disminuida en algunas regiones y aumentada en otras).

De entre todas las formas de arteterapia, la musicoterapia es la que ha mostrado mayor evidencia científica de su eficacia (Gerdner, 2005). La musicoterapia se ha centrado sobre todo en el tratamiento de las conductas inadecuadas. Se ha mostrado muy efectiva gracias a sus actividades de movimiento, de ritmo y de canto (Hanson, Gfeller, Woodworth, Swanson y Garand, 1996). Algunos de los estudios llevados a cabo sobre arteterapia refieren mejorías significativas de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, aunque esas mejorías no se mantienen en el tiempo (Ledger y Baker, 2007; Svandottis y Snaedal, 2006). Otros estudios muestran mejorías en aspectos clínicos, pero no en aspectos conductuales (Van de Winckel, Feys y De Weerd, 2004). No tenemos información de las herramientas de evaluación utilizadas en la mayor parte de las investigaciones (Beard, 2012). En las investigaciones llevadas a cabo sobre la musicoterapia no se han tenido en cuenta las opiniones ni las autoevaluaciones de los participantes. La mayor parte de los estudios se han referido a los aspectos conductuales o sintomáticos de los pacientes pero no se ha tenido en cuenta el relato sobre el placer experimentado en las actividades terapéuticas (Killick y Allan, 1999). Algunos estudios se refieren también a la mejoría de la calidad de vida de los participantes. Muchos estudios utilizan la terapia artística más como terapia clínica que como actividad de ocupación y de ocio. Otros han utilizado el dibujo como una salida para la tensión y la frustración que acompaña a la demencia.

Beard (2012) defiende un enfoque de la musicoterapia centrada en la persona, enfoque que subraya la naturaleza idiosincrásica e íntima de la música y recomienda que se tengan en cuenta las preferencias individuales. La música se convierte en una herramienta interactiva que promueve el compromiso, el disfrute y la participación del paciente.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Los estudios que han tenido en cuenta este aspecto subjetivo estudian la personalidad, los deseos y emociones de las personas que participan en la terapia (Sherratt, Thornton y Hatton, 2004; Gerdner, 2005).

En las sesiones terapéuticas deben utilizarse la terapia receptiva y la activa; se debe procurar la escucha y la participación del paciente. El terapeuta debe disponer de instrumentos musicales que puedan utilizarse fácilmente: por ejemplo, instrumentos de cuerda o instrumentos de percusión. Tanto en la musicoterapia receptiva como en la musicoterapia activa el terapeuta adaptará su intervención al perfil del paciente. El marco terapéutico establecerá los tiempos de audición, de expresión, de verbalización y de elicitación de recuerdos autobiográficos. La terapia musical tendrá en cuenta las capacidades cognitivas y las preferencias musicales del paciente.

La terapia musical receptiva, sea individual o sea colectiva, debe proporcionar una música adecuada a las necesidades, a las preferencias (jazz, rock, música clásica...) y al medio sociocultural del paciente. La finalidad de la sesiones es tranquilizar al paciente, relajarle y hacer que vibre emocionalmente (Demoures y Strubel, 2006). La musicoterapia receptiva relajadora se dirigirá a tratar los trastornos de la ansiedad, la depresión y los trastornos cognitivos. El orden de presentación del tipo de música (de tempo rápido o relajadora) dependerá del estado de ánimo del paciente. Por ejemplo, se puede empezar con una fase de música de tempo rápido o de alta frecuencia, seguida de una fase de relajación con una música más dulce o de más baja frecuencia, para finalizar con la fase de estimulación.

Después de escuchar la música se habla de las emociones que se han sentido y se resuelven las tensiones. La musicoterapia receptiva analítica va dirigida a facilitar la expresión del pensamiento y a estimular las funciones cognitivas. Se combina la música rítmica con la melódica, la música vocal con la música de orquesta. En la terapia musical activa el paciente se expresa a través del instrumento: instrumentos de cuerda, de percusión, de viento. Se presentan las posibilidades de sonido de cada instrumento, se elige un tema, y se invita al grupo a la producción sonora.

TERAPIA DE ARTES VISUALES

Después de la musicoterapia, la terapia más utilizada es la de las artes visuales (dibujo y pintura). La terapia de artes visuales puede utilizarse en la evaluación, en la comunicación no-verbal, en ejercicios de reminiscencia, en estimulación sensorial o en el fortalecimiento del sentido de self (Killick y Allan, 1999). En muchos estudios se ha utilizado el arte como terapia clínica, más que como actividad de ocio (Kim, Betts, Kim y Kang, 2009).

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Se han utilizado modelos estadísticos de dibujos de mandalas para evaluar la severidad de la demencia, mientras que otros han utilizado el dibujo como medio catártico para dar salida a la ansiedad y a la frustración que acompaña a la demencia.

La terapia del arte se basa en la neuroplasticidad de la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer. Utiliza la estimulación de los sentidos y de la expresión para despertar las capacidades cognitivas. El arte resuena en la persona, favorece sus relaciones y mejora su calidad de vida. El objetivo de la terapia artística puede ser la reducción de los síntomas, la mejora del comportamiento o el logro de un mejor desarrollo personal. Puede utilizarse la arteterapia en el tratamiento de la demencia como una actividad destinada a producir sentimientos de gozo y satisfacción (Killick y Allan, 1999), a desarrollar la creatividad, a hacer desaparecer los síntomas y a aliviar las conductas disruptivas. La arteterapia se ha centrado más en la modificación del comportamiento que en el desarrollo personal de los pacientes (Beard, 2012). Pero hay que decir también que los estudios sobre la Arteterapia ha adolecido a menudo de un déficit de diseños de investigación rigurosos: se han basado en muy pequeñas muestras transversales, en general no se han establecido los marcos teóricos y no han respetado los principios de la metodología científica en lo referente a las escalas de evaluación utilizadas y al control de las variables (Beard, 2012).

La Asociación de Alzheimer *Memories in the Making* basa su terapia en la expresión artística creativa; está dirigida a personas con demencia en la fase inicial o media de la enfermedad. Los participantes en este programa producen obras imaginativas y coloridas que proporcionan la oportunidad de comprometerse socialmente y recordar experiencias significativas de su vida.

El 80% de los participantes en los proyectos de artes visuales refieren haber sentido placer en el programa *Memories in the Making* (Renz, 2002). Se compara el bienestar de las personas comprometidas en este programa con el bienestar de las personas que seguían un tratamiento tradicional. Las personas comprometidas en *Memories in the Making* mostraban más interés, atención, autoestima, placer y normalidad que los que seguían las actividades tradicionales de un centro de día (Kinney y Rentz, 2005).

Según algunos estudios, la interacción es fundamental en la Terapia del Arte, entre otras cosas para fomentar la idea del poder curativo del arte y la expresión a través de las artes visuales (Kinney y Rentz, 2005). El dibujo puede resultar útil para la comunicación, incluso para pacientes en fase avanzada de la demencia. Las nuevas tecnologías pueden facilitar las actividades terapéuticas creativas como el dibujo o la pintura (Mihailidis, Blunsden, Boger y Hoey, 2010) o las biografías multimedia (Damianakis, Crete-Nishihata, Smith, Baecker y Marziali, 2009).

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

La persona que participa en la terapia del arte se encuentra a menudo desorientada y gracias al dibujo, a la pintura o a la plastilina puede construir un relato de lo que le acontece. En el libro *La personne âgée en Art-thérapie* (Sudres, Roux, Laharie y De la Fournières, 2004) se cuenta la historia de una anciana que cada noche manchaba las paredes con sus excrementos. Se puso a disposición de ella papel y pintura marrón, y pasó a ensuciar el papel con la pintura. Posteriormente comenzó a utilizar pinturas de colores vivos. Se levantaba cada noche para recrear su universo. De esta forma, las terapias artísticas ayudan a la expresión de las personas ancianas que están angustiadas y desorientadas, ya que permiten utilizar también el lenguaje para comunicar sus vivencias y sentimientos.

OTRAS TERAPIAS: AROMATERAPIA, TERAPIA GUSTATIVA Y TERAPIA TÁCTIL

La aromaterapia es una de las terapias complementarias para el tratamiento del Alzheimer; se basa en la utilización de aceites esenciales (volátiles) extraídas de las diferentes partes de las plantas. Los aceites esenciales son antisépticos que penetran la piel y se utilizan para tratar al paciente que sufre de insomnio, depresión... En uno de los estudios llevados a cabo sobre la aromaterapia se aplicó esta técnica, basándose en aceites esenciales de romero, limón, lavanda y naranja, a 28 ancianos que sufrían la enfermedad de Alzheimer. Se evaluaron los efectos de la aromaterapia utilizando la versión japonesa de *Gottfries, Brane, Steen Scale* (GBSS-J), la escala *Functional Assessment Staging* (FAST: Estadaje de la Evolución Funcional) de la enfermedad de Alzheimer, una versión revisada de la *Hasegawa's Dementia Scale* (HDS-R) y la *Touch Panel-type Dementia Assessment Scale* (TDAS).

Todos los pacientes mostraron una mejoría significativa en la función cognitiva (GBSS-J y TDAS). La aromaterapia se mostró como una terapia eficaz para el tratamiento del Alzheimer, ya que mejoró la función cognitiva de los pacientes (Jimbo, Kimura, Taniguchi, Inoue y Urakami, 2009).

Desde la antigüedad se han venido utilizando aceites esenciales para el tratamiento de la demencia. Últimamente se han hecho estudios para probar si la aromaterapia con lavanda (*Lavandula angustifolia* o *Lavandula officinalis*) o toronjil (*Melissa officinalis*) tiene efectos positivos en el tratamiento y se ha visto que tienen un impacto positivo significativo en el tratamiento de personas con demencia. Pero las evidencias no son aún suficientes para recomendar su uso en terapia (Ali, Al-Wabel, Shams, Ahamad, Khan y Anwar, 2015).

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

La aromaterapia a menudo combina el aroma con el masaje, para tratar trastornos relacionados con el estrés. Los aceites esenciales pueden actuar sobre las ondas cerebrales y cambiar el comportamiento, combinándolos con la medicina tradicional (Lis-Balchin, 1997; Homes y Ballard, 2004). Uno de los síntomas más difíciles de tratar en la enfermedad de Alzheimer es la agitación o la agresión. Los fármacos que se utilizan para tratar esos síntomas no son a la larga tan efectivos como al comienzo de la terapia y además tienen efectos secundarios; como terapia alternativa se utiliza la aromaterapia (*Melissa officinalis* y *Lavandula officinalis*). La aromaterapia se utiliza también para tratar el dolor crónico y para mejorar la función cognitiva de los pacientes de Alzheimer. Hay evidencias de que las personas con Alzheimer tienen peores resultados en los test de identificación de olores que las personas normales (McLaughlin y Westervelt, 2008).

En relación con la terapia gustativa, personas con enfermedad de Alzheimer muestran deterioro en tres niveles del procesamiento de la información gustativa: percepción, asociación y gustativo-verbal. El deterioro de los niveles perceptivo y gustativo-verbal es mayor en pacientes con Alzheimer severo. En un estudio realizado con 30 enfermos de Alzheimer, 20 pacientes con demencia vascular y 15 pacientes saludables se analizaron las funciones cognitivas sobre los alimentos y el gusto. Los pacientes de los grupos de Alzheimer y demencia vascular mostraron puntuaciones significativamente más bajas que los del grupo de control saludable. El estudio concluyó que hay que tener en cuenta el aspecto cognitivo de la ingesta dietética cuando tratamos a pacientes con demencia (Suto, Meguro, Nakatsuka, Kato, Tezuka, Yamaguchi y Tashiro, 2014).

La alimentación de los pacientes de Alzheimer se ve a menudo influenciada por la reducción de sus capacidades olfativas y gustativas, ya que éstas influyen negativamente en la selección de la dieta. Hay que tener en cuenta que las personas seleccionamos los alimentos a consumir en base a nuestras capacidades gustativas y olfativas.

La reducción de las capacidades olfativas y gustativas puede llevar al empeoramiento de los hábitos dietéticos del paciente con Alzheimer (Mattes y Coward, 1994; Botchwaya, Moore, Akinleyeb, Ishwari y Marong, 2018).*

La Terapia Táctil se proporciona por medio de un masaje que trata de lograr la relajación física y el bienestar psicológico del paciente con demencia suave. Según un estudio realizado por Suzuki, Tatsumi, Otsuka, Kikuchi, Mizuta, Makino, Kimoto, Fujiwara, Abe, Nakagomi, Hayashi y Saruhara (2010), los ancianos con demencia que recibieron la terapia de masaje mostraron menos agresividad y menor nivel de estrés que los del grupo control. Todas las personas tienen necesidad de contacto corporal, pero frecuentemente reciben cada vez menos caricias, a medida que envejecen.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

El interés por la sexualidad varía según cada persona y según el estadio de la enfermedad pero, sea o no sexualmente activa, la persona que sufre de Alzheimer se beneficia del contacto corporal. El contacto estimula la mente, fomenta la confianza, mejora la orientación, combate la soledad y la vulnerabilidad, y tranquiliza a la persona. La persona que sufre de Alzheimer disfruta y se beneficia de las caricias y abrazos que recibe (Sansone y Schmitt, 2000).

Se han llevado a cabo estudios que analizaron hasta qué punto la estimulación de un nervio táctil periférico puede mejorar la memoria de pacientes con Alzheimer. Los resultados indican que la estimulación táctil influye positivamente en la mejora de la memoria visual a corto plazo y de la memoria visual y verbal a largo plazo, aunque la mejoría no se mantiene sin estimulación continuada (Scherder, Bouma y Steen, 1998).

En el contacto terapéutico el terapeuta utiliza las manos para lograr el equilibrio en el campo dinámico del paciente formado por los rasgos corporales, mentales, emotivos e intuitivos del paciente. El paciente responde al contacto terapéutico con una activación del sistema nervioso parasimpático, una mejora del sistema inmunológico, una reducción del estrés y de la ansiedad y alivio del dolor (Ashfeld, 2011; Hawranik, Johnston y Deatrigh, 2008).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition, DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Andreeva, V., Dartinet-Chalmey, V., Kloul, A., Fromage, B., Kadri, N. (2011). "Snoezelen" ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé ». *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11, 24-29.
3. Aronoff, J. M., Gonnerman, L. M., Almor, A., Arunachalam, S., Kempler, D. y Andersen, E. S. (2006). Information content versus relational knowledge: Semantic deficits in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 44, 21-35
4. Ashfeld, Melanie. (2011). Effect of Therapeutic Touch in Treating Agitation of Persons with Alzheimer's Disease. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/ma_nursing/2
XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental
www.interpsiquis.com – del 24 mayo al 4 de junio de 2021

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

5. Asiret, G.D. y Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29 (1), 31-37.
6. Ali, B., Al-Wabel, N. A., Shams, S., Ahamad, A., Khan, S. A. y Anwar, F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: a systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5 (8): 601–611. doi: 10.1016/j.apjtb.2015.05.007.
7. Beard, R. L. (2012). Art Therapies and Dementia Care: A Systematic Review. *Dementia* 11 (5): 633-656. DOI: 10.1177/1471301211421090
8. Belzung, C. y Wigmore, P. (Ed.). (2013). *Neurogenesis and Neural Plasticity*. Berlin: Springer.
9. Berbigier Eschautzier, L.(2012). *Snoezelen, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive: le sens de soi*. France: Ed. Ris Orangis: Pétrarque.
10. Botchway, B. O. A., Moore, M .K., Akinleye, F. O., Iyer, I. C. y Fang, M. (2018). Nutrition: Review on the Possible Treatment for Alzheimer's Disease. *Journal Alzheimer´s Disease*, 61(3), 867-883. doi: 10.3233/JAD-170874. PMID: 29254101.
11. Braak, H. y Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathologica*, 82, 239–259.
12. Bradt, J., Dileo C. y Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>
13. Butler, R. N. (1963). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26: 1, 65-76. DOI: 10.1080/00332747.1963.11023339
14. Chueh, K.H. y, Chang, T.Y. (2014). Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6 month followup. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (4): 377-383.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

15. Cronin-Golomb, A. y Amick, M. M. (2001). Spatial abilities in aging, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease. In F. Boller F y S. Cappa (Eds). *Handbook of Neuropsychology*, 2nd ed. Vol. 6, Amsterdam: Elsevier, pp. 119–143.
16. Damianakis, T., Crete-Nishihata, M. Smith, K. L., Baecker, R. M. y Marziali, E. (2009) The psychosocial impacts of multimedia biographies on persons with cognitive impairments. *Gerontologist*, 50 (1), 23-35. doi: 10.1093/geront/gnp104. Epub 2009 Jul 10.
17. de La Hougue, Cécile (2014). *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et arts plastiques auprès de personnes âgées en institution, atteintes de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire d'art-thérapie pour l'obtention du titre d'art-thérapeute répertorié par l'Etat au niveau II http://art-therapie-tours.net/noref/img/m%C3%A9moires/2015/deLa%20HOugue_2014_atmusiqueartsplastiques_alzheimer.pdf
18. Demoures, G. y Strubel, D. (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Paris: Masson.
19. Ferreira-Vieira T. H., Guimaraes, I. M, Silva Flavia, R. y Ribeiro, F. M. (2016). Alzheimer's disease: Targeting the Cholinergic System. *Current Neuropharmacology*, 14 (1): 101-115. DOI: 10.2174/1570159X13666150716165726
20. Gerdner, L. A. (2005). Use of individualized music by trained staff and family: translating research into practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(6): 22-30. doi: 10.3928/0098-9134-20050601-08
21. Hanson, N. , Gfeller, K. , Woodworth, G. , Swanson, E. A. y Garand, L. (1996). A comparison of the effectiveness of differing types and difficulty of music activities in programming for older adults with Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of Music Therapy*, 33, 93–123.
22. Hawranik, P., Johnston, P. y Deatrich, J. (2008). Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 417-434. doi: 10.1177/0193945907305126.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

23. Henry, J. D., Crawford, J. R. y Phillips, L. H. (2004). Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: a meta-analysis. *Neuropsychologia*, 42 (9):1212-22. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.02.001.
24. Hodges, J. R. y Patterson, K. (1995). Is semantic memory consistently impaired early in the course of Alzheimer's disease? Neuroanatomical and diagnostic implications. *Neuropsychologia*, 33 (4), 441-459. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(94\)00127-B](https://doi.org/10.1016/0028-3932(94)00127-B).
25. Holmes, C. y Ballard, C. (2004). Aromatherapy in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 296-300.
26. Imtiaz, D., Khan, A y Seelye, A. (2018). A Mobile Multimedia Reminiscence Therapy Application to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms in Persons with Alzheimer's. *Journal of Healthcare Engineering* 2018:1-9
27. Jimbo, D., Kimura, Y., Taniguchi, M., Inoue, M., Urakami, K. (2009). Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 9 (4): 173-9.
28. Killick, J. y Allan, K. (1999). The arts in dementia care: tapping a rich resource. *Journal of Dementia Care*, 7, 35-38
29. Kim, S., Betts, D. J., Kim, H. y Kang, H. (2009). Statistical models to estimate level of psychological disorder based on a computer rating system: An application to dementia using structured mandala drawings. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 214-221
30. Kinney, J. M. y Rentz, C. A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 220-227. doi:10.1177/153331750502000406
31. Kirk, M., Rasmussen, K.W., Overgaard, S. B. y Berntsen, D. (2019). Five weeks of immersive reminiscence therapy improves autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Memory*, 27(4): 441-454. doi: 10.1080/09658211.2018.1515960. Epub 2018 Sep 8.
32. Kitwood, T. y Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society*, 12: 269-287.
33. Lalanne, J., Gallarda, Th. y Piolino, P. (2015). "The Castle of Remembrance": New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Neuropsychological Rehabilitation, 25 (2): 254-82.
DOI: 10.1080/09602011.2014.949276

34. Ledger, A.J. y Baker, F.A. 2007. An investigation of long-term effects of group musictherapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging Mental Health*, 11(3) 330.
35. Lis-Balchin, M. (1997). Essential oils and 'aromatherapy': their modern role in healing. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 117, 324-329. <https://doi.org/10.1177/146642409711700511>
36. Mattes, R. D. y Cowart, B. J. (1994). Dietary assessment of patients with chemosensory disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 94, 50-56
37. Matthews, S. (2015). Dementia and the power of music therapy. *Bioethics*, 29 (8), 573-579.
38. Mclaughlin, N. y Westervelt, H. (2008). Odor identification deficits in frontotemporal dementia: A preliminary study. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23 (1): 119-23.
39. Meléndez-Moral JC, Charco-Ruiz L, Mayordomo-Rodríguez T, Sales-Galán A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25 (3), 319-323.
40. Mihailidis, A, Blunsden, S., Boger, J., Richards, B., Zutis, K., Young, L. y Hoey, J. (2010). Towards the Development of a Technology for Art Therapy and Dementia: Definition of Needs and Design Constraints. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (4): 293-300
41. Morgan, S. y Woods, B. (2010). Life review with people with dementia in care homes: A preliminary randomized controlled trial. *Non-pharmacological Therapies in Dementia*, 1 (1), 43-60.
42. Mufson, E. J., Binder, L., Counts, S .E, DeKosky, S. T., de Toledo-Morrell, L., et al. (2012). Mild cognitive impairment: pathology and mechanisms. *Acta Neuropathol*, 123, 13-30.
43. Muller, C. y Gillet, M. (2015). Maladie d'Alzheimer: stratégies de communications et d'interventions. Une approche sans mots. *Kinésithérapie Revue*, 15 (159), 65-69.
44. Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et Société*, 126 (3), 157-164. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-157.htm>
45. Organización Mundial de la Salud = OMS = OME. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Madrid: Meditor.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

46. Peretz, I., Aubé, W. Y. y Armony J. (2010). *Toward a neurobiology of musical emotions*. DOI:10.1093/acprof:oso/9780199583560.003.0017
https://www.researchgate.net/publication/284821288_Toward_a_neurobiology_of_musical_emotions
47. Piolino, P., Desgranges, B., Belliard, S., Matuszewski, V., La Levée De la Sayette, C. y Eustache, F. (2003). Autobiographical memory and auto-noetic consciousness: Triple dissociation in neurodegenerative diseases. *Brain*, 126 (Pt 10): 2203-19
48. Platel, H., Groussard, M. y Flauvel, B. (2014). La musique contre les troubles de la mémoire. *Cerveau & Psycho*, 63. <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/neurologie/la-musique-contre-les-troubles-de-la-memoire-7889.php>
49. Rentz, C. A. (2002). Memories in the making: Outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17 (3), 175-181.
50. Rohrer, D., Wixted, J. y Salmon, D. (1995). Retrieval From Semantic Memory and Its Implications for Alzheimer's Disease. *Journal of Experimental Psychology Learning Memory and Cognition* 21 (5): 1127-39. DOI: 10.1037//0278-7393.21.5.1127
51. Sansone, P. y Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: A demonstration project. *Geriatric Nursing*, 21, 303-308
52. Scherder, E., Bouma, A., Steen, L. (1998). Effects of peripheral tactile nerve stimulation on affective behavior of patients with probable Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 13 (2), 61-69. DOI: 10.1177/153331759801300203
53. Serrani Azcurra, D. J. L. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34 (4): 422-33.
54. Sherratt, K., Thornton, A. y Hatton, Ch. (2004). Music interventions for people with dementia: A review of the literature. *Aging and Mental Health*, 8 (1): 3-12 DOI: 10.1080/13607860310001613275

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

55. Subramaniam, P. y Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: Systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12 (5): 545-55
56. Sudres, J. L., Roux, G., Laharie, M. y De la Fournière, F. (2004). *La personne âgée en art-thérapie. De l'expression au lien social*. Paris: Ed. L'Harmattan.
57. Suto, T., Meguro, K., Nakatsuka, M., Kato, Y., Tezuka, K., Yamaguchi, S., Tashiro, M. (2014). Disorders of "taste cognition" are associated with insular involvement in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia: "memory of food is impaired in dementia and responsible for poor diet". *International Psychogeriatrics*, 26 (7): 1127-38. doi: 10.1017/S1041610214000532. Epub 2014 Apr 3.
58. Suzuki, M., Tatsumi, A., Otsuka, T., Kikuchi, K., Mizuta, A., Makino, K., Kimoto, A., Fujiwara, K., Abe, T., Nakagomi, T., Hayashi, T. y Saruhara, T. (2010). Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia 2010. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25 (8): 680-6.
59. Svandottis, H. B. y Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18, 613-621.
60. Tadaka, E. y Kanagawa, K. (2007). Effects of Reminiscence Group in Elderly People with Alzheimer Disease and Vascular Dementia in a Community Setting. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(2): 167 - 173
61. Thomas-Antérion, C., Jacquin, K. y Laurent, B. (2000). Differential Mechanisms of Impairment of Remote Memory in Alzheimer's and Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11 (2), 100-6
62. Van de Winckel, A., Feys, H. y De Weerd, W. (2004). Cognitive and behavioral effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 253-260.
63. Wang Jing-Jy (2007). Group reminiscence therapy function of demented elderly for cognitive and affective in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (12):1235-40.
64. Woods, R.T., Bruce, E., Edwards, R.T., Elvish, R., Hoare, Z., Hounsborne, B., Keady, J., Moniz-Cook, E.D., Orgeta, V., Orrell, M., Rees, J. y Russell, I.T. (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment*, 16 (48):v-xv, 1-116.

TERAPIA ARTÍSTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER

65. Zauszniewski, J.A., Eggenschwiler, K., Preechawong, S., Roberts, B.L. y Morris, D.L. (2006). Effects of teaching resourcefulness skills to elders. *Aging & Mental Health*, 10 (4): 404-412.