

TRATAMIENTO



SERIE: LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Las terapias no farmacológicas contribuyen a retrasar el deterioro psicológico y conductual propio de esta demencia

Terapias no farmacológicas en el alzhéimer

JOSÉ MARÍA GARCÍA-ALBERCA

Serie: «La enfermedad de Alzheimer»

- Parte 1 { La vida con alzhéimer
Psicología y conducta (MyC 79/2016)
- Parte 2 { Nuevas claves neurobiológicas de la pérdida de memoria
Investigación para prevenir la demencia (MyC 80/2016)
- Parte 3 { Tras la búsqueda de medicamentos eficaces (págs. 44-49)
Tratamiento no farmacológico

Tradicionalmente, el tratamiento de las manifestaciones conductuales del alzhéimer se ha llevado a cabo con medidas farmacológicas. Sin embargo, aunque han avanzado en los últimos años, su eficacia es limitada y, además, corren el riesgo de provocar efectos adversos en el paciente (sedación, pérdida de equilibrio, riesgo de caídas, náuseas, vómitos, cefaleas, alteraciones del sueño y del apetito, problemas cardíacos y circulatorios, entre otros), según señalan algunos estudios. Por ello, en la actualidad existe consenso en las guías internacionales de práctica clínica, entre ellas la de la Federación Europea de Sociedades Neurológicas, al recomendar el empleo de estrategias terapéuticas no farmacológicas como primera línea de intervención en los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia cuando estos no son muy graves, mientras que los fármacos solo se emplean cuando dichas terapias han fracasado o resultan insuficientes.

Las terapias no farmacológicas 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. Abarcan un amplio rango de estrategias de intervención psicosocial que pretenden mejorar la calidad de vida del paciente, retrasar la necesidad de su institucionalización y reducir la carga del cuidador. Pueden dividirse en distintas categorías en función de diferentes criterios: el tipo de manifestación conductual que aborden, el modelo psicosocial explicativo de la génesis de los síntomas psicológicos y conductuales o el foco de interés del tratamiento propuesto. En todos los casos, las diferentes intervenciones reúnen los criterios establecidos por las guías de manejo clínico, como la del Centro Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia.

Aunque las terapias no farmacológicas difieren en su filosofía, objeto de interés y metodología, todas ellas se basan en un tratamiento centrado en la persona y sitúan el principal interés en la comprensión de las características individuales de los pacientes. Asimismo, comparten una serie de objetivos: el mantenimiento de la activación conductual de la persona afectada, la introducción de modificaciones ambientales y el entrenamiento de los cuidadores para prevenir o manejar de manera eficaz las diversas manifestaciones. Veamos, a continuación, algunas de estas terapias.

Musicoterapia

La musicoterapia puede entenderse como el uso de la música para fines terapéuticos. Aunque los pacientes con alzhéimer muestran una disminución progresiva de su capacidad para comprender el lenguaje verbal, las habilidades musicales se conservan incluso en individuos con deterioro cognitivo grave, de tal forma que la música es capaz de evocar el recuerdo de eventos y emociones agradables vividos a lo largo de su vida. De esta forma, se facilita que cambie su foco de atención hacia un estímulo interpretable para él, con el cual pueda reemplazar otros estímulos ambientales que le resulten confusos o sin sentido. El desencadenamiento de emociones positivas tiene un efecto tranquilizador y relajante que puede ayudar a prevenir o reducir las manifestaciones conductuales, sobre todo si la actividad musical se instaura con anterioridad a que el síntoma que se quiere abordar alcance su pico de máxima intensidad.



EL AUTOR

José María García-Alberca es psiquiatra. Dirige el Servicio de Psiquiatría y la Unidad de Demencias del Instituto Andaluz de Neurociencia y Conducta en Málaga.

En síntesis: Tratamiento personalizado

1 Las terapias no farmacológicas constituyen el primer nivel de actuación para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Sitúan el principal interés en la comprensión de las características individuales de los pacientes.

2 Entre este tipo de tratamientos encontramos la musicoterapia, la aromaterapia, la estimulación multisensorial y el tacto terapéutico, entre otros.

3 Estas terapias comparten una serie de objetivos en la demencia: el mantenimiento de la activación conductual de la persona afectada, el aumento de las relaciones interpersonales y un incremento de la calidad de vida de los enfermos y de sus cuidadores.

En la práctica clínica, la musicoterapia recurre tanto a intervenciones en las que se requiere la participación activa de los pacientes en actividades como cantar, tocar instrumentos, practicar juegos musicales, bailar o realizar ejercicios sencillos de improvisación, como a aquellas otras que son receptivas, por ejemplo, escuchar música grabada o en vivo.

En cuanto a la organización del trabajo, la intervención puede desarrollarse de manera individual o grupal. La primera modalidad permite un mejor conocimiento del paciente y de sus necesidades, a la vez que facilita que la relación terapéutica se lleve a cabo de manera personalizada. De esta forma, pueden diseñarse tratamientos adaptados de forma más precisa a las necesidades de cada individuo. Por su parte, la principal ventaja del trabajo en grupo es la de favorecer la sociabilidad al facilitar la interacción entre los participantes en la terapia. Para ello, es imprescindible que el grupo sea homogéneo en cuanto al grado de deterioro cognitivo, funcional y conductual, así como en relación a su nivel educativo. Como regla general, cuanto mayor sea el nivel de deterioro, menor habrá de ser el número de personas que compongan el grupo.

El interés de la investigación acerca de la eficacia de la musicoterapia para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales del alzhéimer se ha centrado principalmente en sus efectos sobre las conductas agitadas y agresivas, así como sobre la actividad motora anómala, (sobre todo la deambulación errante), la inquietud durante las comidas y las actividades de aseo y baño y, en fecha más reciente, también sobre la apatía, la ansiedad y las ideas delirantes. La mayoría de los estudios se han realizado con pacientes institucionalizados, y se han centrado en conocer cuestiones como los beneficios de diferentes tipos de sonidos relajantes, el papel de la música en situaciones específicas (durante la comida y el aseo,



CORTESÍA DEL CENTRO DE DÍA LA MAGNOLIA



Entre las actividades de musicoterapia que proponen algunos centros de día para personas con alzhéimer, entre ellos La Magnolia, en Barcelona, se encuentran el baile y la audición de música. Bailar favorece el estado físico y la coordinación de movimientos de los pacientes; los viejos temas musicales ayudan a recordar experiencias pasadas.

entre otras), comparaciones de la música con la lectura y el masaje, o los beneficios de los distintos tipos de música y su manera de ejecutarse.

Los resultados de las investigaciones muestran que la musicoterapia ejerce una influencia positiva sobre las manifestaciones conductuales del alzhéimer, sobre todo cuando se trata de intervenciones de larga duración. En este sentido, en un reciente metanálisis de 20 estudios, el profesor Tamomi Ueda, de la Universidad de Tohoku, en Japón, encontró que la musicoterapia ejerce un efecto positivo leve sobre la agitación y la actividad motora anómala de las personas con alzhéimer; y moderado en relación con los síntomas de ansiedad. En este último caso, el efecto se mantuvo durante más de tres meses. En casi todos los trabajos incluidos en el metanálisis se utilizó una combinación de recursos musicales: cantar, tocar instrumentos, escuchar actuaciones en vivo o música grabada a través de auriculares. Las sesiones fueron impartidas por musicoterapeutas diplomados, estudiantes de musicoterapia, terapeutas ocupacionales, enfermeros, músicos o trabajadores sociales. En promedio, cada intervención duró 36 minutos al día y se llevó a cabo durante dos o tres días por semana a lo largo de diez semanas.

Estimulación multisensorial

La estimulación multisensorial proporciona, en un ambiente positivo y relajado, estímulos sensoriales agradables dirigidos a los sentidos primarios de la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer. Esta intervención persigue lograr o mantener un estado de bienestar sin necesidad de recurrir a grandes exigencias atencionales

e intelectuales, ni a mayores procesos cognitivos como la memoria o el aprendizaje. Este modelo terapéutico se originó a finales de los años setenta del siglo pasado en Holanda de la mano de Ad Verheul y Jan Hulsegge, del Centro Hartenberg, con el propósito de aplicarlo en el campo de la discapacidad para el aprendizaje. Según advirtieron, el trabajo que se llevaba a cabo con personas con discapacidad grave resultaba demasiado asistencial, por lo que pensaron en otras formas de trabajar y estimular a este tipo de pacientes. Su método se ha acabado expandiendo al resto de Europa.

Los autores denominaron este tipo de intervención Snoezelen, término resultante de una conjunción de dos palabras holandesas, a saber, *snuffelen* («oler, olfatear»), que describe la exploración a través de los sentidos, y *doezelen* («descansar, dormir»), el cual evoca la búsqueda de bienestar a través de la exploración sensorial. El concepto Snoezelen asume que el mundo en el que vivimos es una mezcla de sensaciones de luz, sonidos, olores, sabores y experiencias táctiles a las que tenemos acceso a partir de nuestros órganos sensoriales. Su filosofía de trabajo se apoya en tres actividades: relajación, descubrimiento e interactividad. Se trata, por tanto, de una intervención global destinada a proporcionar a las personas estímulos sensoriales que les generen una sensación de bienestar a partir de la estimulación o la relajación, según los objetivos terapéuticos que se persigan.

Durante la última década, la aplicación clínica de este tipo de estimulación multisensorial se ha extendido a la atención de personas con demencia con la finalidad de promover comportamientos positivos, reducir las conductas no adaptativas y favorecer la interacción y la co-

Suscríbete a Mente & Cerebro



Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** de hasta un **21%** sobre el precio de portada
~~41,40 €~~ 35 € por un año (6 números)
~~82,80 €~~ 65 € por dos años (12 números)
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción (artículos en pdf)

... y recibe
GRATIS
un número
de la colección
CUADERNOS



www.investigacionyciencia.es/suscripciones

Teléfono: +34 934 143 344



DANIEL FOREST / CREATIVE COMMONS CC0 1.0 UNIVERSAL PUBLIC DOMAIN DEDICATION

Algunos centros de día para personas con demencia utilizan salas multisensoriales para favorecer el bienestar de los usuarios a través de la exploración sensorial.

municación. En el caso de los pacientes con alzhéimer, es bien conocido que los comportamientos anómalos y las alteraciones del estado de ánimo ocurren tanto cuando la estimulación ambiental excede el nivel adaptativo de la persona como cuando, por el contrario, existe una disminución o escasez de estimulación sensorial. Ambas situaciones pueden agravar el deterioro cognitivo y funcional existente, así como incrementar la probabilidad de ocurrencia de los trastornos de conducta, sobre todo los más desestabilizantes o desmotivadores. La eficacia de esta intervención radica en el equilibrio del estado emocional que se consigue al ajustar los niveles de activación sensorial a los que se encuentra sometido el paciente.

Tradicionalmente, la estimulación multisensorial se desarrolla en un espacio interactivo diseñado para estimular los sentidos y provocar experiencias sensoriales agradables en un ambiente de confianza y relajación, sin necesidad de que haya una actividad intelectual elaborada. A través de la iluminación, los aromas, la música y los sonidos, las texturas, etcétera, se recrea una atmósfera de calma, seguridad y protección que invita a la exploración y al juego. La sala dispone de diferentes zonas: un espacio visual, uno de proyección, el de olores y sabores, la zona táctil y la auditiva. El conjunto posibilita trabajar todos los sentidos a partir del desarrollo libre de la experiencia sensorial, la alegría, el disfrute, el aprendizaje y

la relajación, según las necesidades de cada usuario. En este sentido, la estimulación puede ser controlada, dirigida, manipulada, intensificada, reducida, aislada o combinada, pasiva o activa. Por su parte, la persona es libre para explorar, reaccionar y responder sin explicar sus motivos o propósitos.

En la actualidad, la estimulación multisensorial también se ofrece en la asistencia clínica de 24 horas, más allá del espacio limitado a la sala propiamente dicha; ello favorece la prestación de los cuidados y reduce el estrés del cuidador. En España, este tipo de tratamiento lo podemos encontrar en el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Salamanca y en la Unidad de Estancias Diurnas de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Huelva, entre otros lugares.

Para comprobar sus beneficios sobre los síntomas psicológicos y conductuales del alzhéimer, el grupo de Julia van Weert, en la actualidad en la Universidad de Ámsterdam, investigó en 2005 la efectividad del Snoezelen sobre la conducta y el estado de ánimo de pacientes con demencia institucionalizados en seis residencias holandesas. En concreto, estudiaron a 125 pacientes con demencia moderada y grave. Los sujetos del grupo experimental recibieron un programa individualizado de estimulación multisensorial a lo largo de las 24 horas del día y que se basaba en sus estímulos preferidos. También

entrenaron a los cuidadores en este método. El grupo de control, en cambio, recibió los cuidados asistenciales habituales. Los residentes tratados con la terapia Snoezelen mostraron una mejoría notable en su estado de apatía, comportamiento indecoroso o falta de colaboración, agresividad y depresión. Asimismo, se detectaron cambios en el bienestar (aumentaron su estado de ánimo y capacidad de disfrutar) y en la conducta adaptativa (respondían a las preguntas, se relacionaban mejor con el cuidador y se expresaban con frases completas).

Aromaterapia

La aromaterapia es una forma de medicina herbal en la que se emplea el aceite esencial que se libera cuando una planta aromática se somete a destilación química. Estos aceites se utilizan para ayudar a aliviar los problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

Los componentes químicos de los aceites esenciales de las plantas tienen múltiples propiedades terapéuticas. Históricamente, se han utilizado en África, Asia e India. En relación con la demencia, se emplean para estimular el comportamiento motivacional, facilitar el reposo y la tranquilidad y reducir la agitación y las alteraciones conductuales. La mayoría de las investigaciones se basan en el uso de un único aceite esencial. Entre los más empleados se encuentran la camomila romana, el romero, la rosa, la menta, la mejorana dulce y, de manera destacada, la lavanda y la melisa.

Al parecer, los aceites esenciales ejercen un efecto regulador de las emociones a través de su acción sobre la amígdala, el tálamo y el hipotálamo. Dichas estructuras cerebrales se hallan implicadas en aspectos emocionales y motivacionales de la conducta humana, sobre todo la amígdala. Es en esta área donde se asigna el significado emocional a los estímulos recibidos. También se han propuesto posibles mecanismos neurofisiológicos. Los aceites esenciales actúan directamente sobre el triptófano (aminoácido precursor de la serotonina), de manera que favorecen los efectos sedantes y ansiolíticos.

En la práctica clínica, los aceites esenciales se han administrado a pacientes con demencia en diversos formatos: en el agua caliente de baño, a través de la inhalación directa mediante vaporizaciones o dispositivos difusores, o como ungüentos, lociones o cremas que se aplican en la piel mediante un masaje.

Cada vez son más los estudios que demuestran la eficacia de la aromaterapia para el tratamiento de diferentes manifestaciones conductuales de la enfermedad de Alzheimer. El grupo de Clive Ballard, del Instituto para la Salud y la Vejez de Newcastle, llevó a cabo un ensayo clínico con aromaterapia para tratar a 72 pacientes institucionalizados que presentaban demencia grave y una agitación marcada. A lo largo de cuatro semanas aplicaron masajes en la cara y en los brazos de los sujetos a base de bálsamo de melisa dos veces al día durante uno o dos minutos. Los investigadores observaron que los

Técnica del masaje táctil sobre las manos

1. El terapeuta comunica a la persona con alzhéimer que es el momento de realizar el masaje y le ayuda a ponerse en una postura cómoda.
2. Coloca las manos del paciente con las palmas hacia arriba sobre una toalla.
3. Con aceite o crema hidratante, el terapeuta le frota la palma de una mano.
4. Luego, presiona ligera y lentamente sobre la misma palma.
5. El terapeuta envuelve con su mano cada dedo del afectado mientras lleva a cabo movimientos circulares lentos, desde la base hasta la punta del dedo.
6. Después, efectúa movimientos circulares de masaje sobre las muñecas.
7. También acaricia la mano del enfermo haciendo pequeños círculos en sentido de las agujas del reloj sobre las palmas. A continuación, acaricia la cara lateral de los dedos.
8. El terapeuta repite el mismo procedimiento en la otra mano hasta finalizar el masaje táctil. Al terminar, le da las gracias al paciente.

American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, vol. 25, págs. 680-686, 2010.



ISTOCK / LENS MEN

Principales categorías de las terapias no farmacológicas en el alzhéimer entre leve y moderado

Las terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer pueden clasificarse en distintas categorías en función del foco de interés de la intervención propuesta:

Terapias orientadas a la emoción:

Están pensadas para incrementar las actividades gratificantes y disminuir el estrés de la persona que sufre alzhéimer, así como para mejorar su estado de ánimo. Entre estos métodos se halla la terapia asistida con animales y la terapia de reminiscencia (recordación de experiencias pasadas).

Terapias orientadas a la conducta:

Pretenden identificar los factores que se relacionan con la aparición de las alteraciones conductuales, así como las consecuencias que de ellas se derivan. El objetivo que se persigue es reforzar las conductas más adaptativas y gratificantes y eliminar o reducir las desadaptadas

o que generan sufrimiento. Además, se introducen modificaciones ambientales que favorecen un entorno más seguro y positivo para el enfermo. La formación del cuidador también se engloba dentro de esta categoría.

Terapias orientadas a la cognición:

Incluyen intervenciones dirigidas a estimular las diversas funciones cognitivas del paciente. Implican la participación en actividades de estimulación general de funciones cognitivas basada en la evocación de recuerdos, la orientación a la realidad y el procesamiento de información. Dentro de este grupo se encuentra la psicoestimulación y la rehabilitación cognitivas, el entre-

namiento cognitivo, la terapia de reminiscencia, así como las modificaciones ambientales.

Terapias orientadas a la estimulación sensorial:

Se basan en el empleo de estímulos dirigidos a los diferentes sentidos mediante actividades recreativas, artísticas o musicales, además de la práctica de ejercicio físico y el incremento de la estimulación sensorial. El objetivo es favorecer el funcionamiento cognitivo, mejorar la capacidad funcional y reducir los problemas de conducta. Forman parte de este grupo la aromaterapia, la musicoterapia, la estimulación multisensorial, el masaje y la relajación, entre otros tratamientos.

síntomas de agitación se reducían en un 35 por ciento en el grupo de pacientes que había recibido masajes con melisa, porcentaje que solo alcanzaba el 11 por ciento en los sujetos que habían sido tratados con aceite de girasol. Los resultados también revelaron, en relación con las personas que recibieron los tratamientos de bálsamo de melisa, una reducción en el tiempo que pasaban aislados socialmente y, por el contrario, un incremento en el que dedicaban a actividades recreativas y de interacción.

En un reciente metanálisis de 11 estudios, llevado a cabo por el equipo de Jo Kamen Fung, de la Universidad Politécnica de Hong Kong, los resultados sugieren que la aromaterapia se puede considerar un tratamiento potencialmente eficaz para el manejo de los síntomas conductuales en la demencia. Asimismo, supone una mejora en el desempeño de las actividades de la vida diaria, favorece el funcionamiento social e incrementa la calidad de vida de los pacientes.

Masaje y tacto terapéutico

En el caso de las personas con alzhéimer, las terapias basadas en el masaje y el tacto terapéutico constituyen un tipo de intervención no farmacológica que, bien por sí mismas o como complemento de otros tratamientos, han sido propuestas para mejorar el confort y reducir la frecuencia y gravedad de las alteraciones de conducta,

sobre todo la ansiedad, la agitación y la depresión. De acuerdo con los datos del Registro Especializado del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos, comprenden diversas modalidades, entre las que destacan el masaje táctil y el masaje manual tradicional. Aunque pueden utilizarse en cualquier estadio de la demencia, sus mejores resultados se observan cuando se aplican en niveles de intensidad moderada y grave.

El masaje táctil se desarrolló originalmente en Suecia a finales de los años sesenta del siglo pasado gracias a una enfermera llamada Siv Ardeby. Consiste en un tipo de masaje de las zonas superficiales del cuerpo que combina masaje y tacto de la piel sin llegar a ejercer presión ni distensión sobre los músculos subyacentes. Se ha descubierto que este tipo de tratamiento consigue una mayor reducción de las manifestaciones conductuales de la demencia si se aplica en las palmas de las manos y los dedos del afectado, según describieron Mizue Suzuki y sus colaboradores en 2010 en *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*.

El masaje manual tradicional se ha propuesto como método para reducir los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia, sobre todo en relación con la agitación. Se estima que el estiramiento y la fricción de los tejidos blandos, así como su presión y los movimientos repetitivos sobre la piel y los músculos consiguen este

efecto, según comprobaron en 2011 Wendy Moyle, de la Universidad Griffith y sus colaboradores a partir de un estudio piloto con 19 pacientes con demencia y una edad media de algo más de 84 años.

La aplicación de las técnicas de masaje y tacto terapéutico en los pacientes con alzhéimer se fundamenta en distintos mecanismos de acción. Por una parte, la sensación que provoca el masaje y la proximidad del cuidador ejercen una influencia calmante inmediata y tranquilizadora en el enfermo. Científicos del Centro Médico de San Diego de la Universidad de California hallaron en 2012 que estos tratamientos favorecen la secreción de la hormona oxitocina, cuyos niveles en sangre periférica se incrementan cuando la persona se siente confiada y experimenta empatía hacia los demás, lo que conlleva una disminución de las conductas agitadas, un alivio de los síntomas de malestar general y una mejoría del estado de ánimo. Por otra parte, se piensa que la estimulación táctil a través del masaje influye en las regiones córtico-subcorticales del cerebro, donde se la interpreta como una respuesta de relajación. De esta manera, el masaje funciona como un proceso mediador para la reducción de los niveles de estrés fisiológico y psicológico en personas con demencia. Finalmente, otro modelo, de orientación más psicológica, considera el tacto terapéutico y el masaje como una oportunidad para proporcionar confort al estar en contacto con otras personas. De hecho, el masaje facilita una forma de comunicación no verbal tranquilizadora cuando el lenguaje y las palabras comienzan a fallar. De esta manera, promueve entre el paciente y sus familiares o cuidadores una relación de confianza mutua que, a su vez, contribuye a incrementar la motivación para proporcionar cuidados.

Los resultados de diferentes estudios muestran que el masaje mejora diversas manifestaciones conductuales del alzhéimer, entre ellas, delirios, agitación y agresividad o alteración de los ritmos circadianos de sueño y vigilia, lo que se traduce en una reducción de la carga del cuidador. En un estudio prospectivo con 52 pacientes que presentaban demencia de intensidad moderada (65 por ciento) o grave (35 por ciento) y que estaban ingresados en diferentes residencias de Minnesota, se observaron este tipo de efectos.

Durante dos semanas y en seis sesiones de entre 10 y 15 minutos de duración cada una, un fisioterapeuta masajé la cabeza, los hombros, los brazos y las manos de los sujetos cuando se encontraban en los momentos de mayor agitación. Se evaluaron cinco síntomas: la agitación verbal, la deambulación errática, la agresividad física, las conductas sociales inapropiadas y la resistencia a los cuidados. Los investigadores observaron una reducción en todas las conductas analizadas en el momento de la aplicación del masaje. Este decremento se mantuvo durante el período de seguimiento, en concreto, al cabo de siete y catorce días del tratamiento.

En conclusión, en la actualidad se dispone de diversas terapias no farmacológicas para el abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, a pesar de los importantes avances experimentados en los últimos años en este terreno, es necesario progresar en el conocimiento del efecto de las diversas intervenciones propuestas, así como en intentar comprender los procesos subyacentes a la eficacia y al fracaso de las técnicas utilizadas, con el fin de poder determinar qué pacientes responderán mejor a uno u otro tipo de intervención. Se requiere seguir investigando para valorar la generalización y efectividad de los distintos tipos de terapias no farmacológicas con diferentes tipos de pacientes y en espacios terapéuticos distintos. ★

PARA SABER MÁS

Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. N. Herrmann en *Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 28, supl. 1, págs. 96-107, 2001.

Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. A. V. Rayner, J. G. O'Brien y B. Schoenbachler en *American Family Physician*, vol. 73, n.º 4, págs. 647-652, 2006.

Aromatherapy for health care: an overview of systematic reviews. M. S. Lee, J. Choi, P. Posadzki et al. *Maturitas*, vol. 71, n.º 3, págs. 257-260, 2012.

Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotropin hormone in humans. V. Morhenn, L. E. Beavin y P. J. Zak en *Alternative Therapies In Health Medicine*, vol. 18, n.º 6, págs. 11-18, 2012.

Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. T. Ueda, Y. Suzukamo, M. Sato et al en *Ageing Research Reviews*, vol. 12, n.º 2, págs. 628-641, 2013.

Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. H. M. Ridder. B. Stige, L. G. Qvale et al. en *Aging and Mental Health*, vol. 17, n.º 6, págs. 667-678, 2013.

Enfermedad de Alzheimer. Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales. J. M. García Alberca. IANEC Editorial, Málaga, 2015.

EN NUESTRO ARCHIVO

Aromaterapia. Jörg Zittlau en *MyC* n.º 20, 2006.

La música también ayuda a demorar los efectos del alzhéimer. Mónica de Castro y Melissa Mercadal Brotons en *MyC* n.º 72, 2015.

¿Pueden sanar las manos? Christiane Gelitz en *MyC* n.º 77, 2016.

Efectos psicológicos y conductuales del alzhéimer. José María García-Alberca en *MyC* n.º 79, 2016.

Un hogar adaptado para personas con demencia. Anna von Hopffgarten en *MyC* n.º 79, 2016.