

VI CONGRESO NACIONAL DE ALZHEIMER CEAFA

Valladolid, Noviembre de 2015

TÍTULO PONENCIA:

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS: NUEVAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

AUTORAS:

Violeta Clement Carbonell

Shaila García Almarza

RESUMEN

La mayor esperanza de vida y la disminución de la natalidad han producido un envejecimiento de la población, con el subsiguiente aumento de las enfermedades asociadas a este grupo de edad. Los casos de personas que padecen algún tipo de demencia se han multiplicado en los últimos años, y se prevé que vaya en aumento. Ante la ausencia de tratamientos curativos es necesario ampliar la investigación en nuevas terapias para este colectivo, ampliar horizontes más allá de las Terapias No Farmacológicas Tradicionales e innovar en este campo. Nuestro objetivo es describir las experiencias resultantes de introducir nuevas líneas de terapia no farmacológica en estos pacientes. Con ello pretendemos abrir nuevas líneas de investigación de modo que se puedan establecer resultados cuantitativos y estadísticamente significativos. Se ha experimentado con las

siguientes terapias: Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), reiki, aquagym y Arte y Cultura contra el Alzheimer (Reminiscencias).

PALABRAS CLAVE: demencia, enfermedad de Alzheimer, Terapias no Farmacológicas, aquagym, arte, reiki, Tecnologías de la Comunicación y la Información.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	4-9
1.1.- Situación demográfica actual	
1.2.- Demencias: definición y tratamiento	
2.-DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS EMPLEADOS.....	10-21
2.1. Nuevas tecnologías	
2.2. Aquagym	
2.3. Reiki	
2.4. Reminiscencias	
3.- LIMITACIONES.....	22
4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23-24

1. INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL

La población está sufriendo cambios demográficos muy significativos en las últimas décadas, que la conduce a un envejecimiento acelerado. La esperanza de vida aumenta y la natalidad disminuye, todo ello fruto de profundos cambios socio-económicos. Como consecuencia de esta realidad, se está trabajando en la actualidad en políticas sanitarias que potencien un envejecimiento activo y saludable. Se han multiplicado las patologías relacionadas con esta etapa de la vida que, a su vez, se va alargando más en el tiempo. En este sentido, muchos esfuerzos tanto económicos como sociales y sanitarios se encaminan a tratar de encontrar tratamientos que rehabiliten o palien los efectos de las mismas. Existen fármacos que ralentizan el avance de la enfermedad, pero no lo frenan definitivamente. Desde otras disciplinas como la psicología, la fisioterapia o la terapia ocupacional se siguen buscando tratamientos no farmacológicos encaminados a mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

A pesar de todo ello, las demencias, entre las que la de tipo Alzheimer es la más numerosa, siguen causando estragos entre las familias. Se calcula que una media de cuatro personas por cada enfermo de demencia se ven afectadas de manera indirecta por dicha enfermedad.

Las demencias se han transformado en uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial (Slachevsky y Oyarzo, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente un documento que desarrolla toda la

problemática tanto a nivel sanitario como social y económico que esto supone llamado *“Dementia: a public health priority”* (World Health Organization, 2012).

1.2. DEMENCIAS: Conceptualización y tratamiento

La demencia es un síndrome adquirido que tiene su origen en una disfunción cerebral y se caracteriza por un deterioro de la cognición (síndrome afaso-apracto-agnósico), problemas de memoria, disminución de la capacidad funcional, alteraciones de conducta y del juicio y/o razonamiento.

En la actualidad, no existe un fármaco curativo para las demencias. Sin embargo, encontramos un espectro de fármacos que tratan, en general, de mejorar la calidad de vida de estos enfermos ralentizando el deterioro cognitivo que conlleva esta enfermedad. Es necesario abordar la enfermedad de Alzheimer de manera global que incluya medidas farmacológicas específicas y no farmacológicas y una prevención y tratamiento de los síntomas psicológicos y del comportamiento (SPC). En cuanto al tratamiento farmacológico contamos con los denominados fármacos específicos, los inhibidores de la acetil colinesterasa (IACES) (donepecilo, rivatigmina y galantamina) y la memantina (Rodríguez, Formiga, Fort, Robles, Barranco y Cubí, 2012). Estos tratamientos, solos o combinados, ofrecen resultados sobre el deterioro cognitivo, funcional y conductual, aunque de manera modesta. Por desgracia, los pacientes evolucionarán hasta una fase terminal de la enfermedad, donde se debe plantear una suspensión del tratamiento. En cuanto a la fase leve de la enfermedad se ha encontrado que la administración de

donepencilo, rivastigmina y galantamina produce mejoras significativas en la cognición, actividades de la vida diaria (AVD) y conducta (Rodríguez et al., 2012).

Tratamiento no farmacológico

Existen otras técnicas complementarias, llamadas “terapias no farmacológicas” (TNF) o “terapias blandas”. En ellas se agrupan un gran número de estrategias y propuestas de intervención que se han utilizado de manera conjunta o aislada, en el tratamiento de las demencias. Todas y cada una de las técnicas de intervención que vayan dirigidas a personas afectadas de demencia serán válidas en la medida en que se planteen aportar al paciente un grado de estimulación adecuado, teniendo en cuenta tanto las habilidades cognitivas residuales de que dispone como todo el componente emocional, conductual y motivacional. La necesidad de investigación en TNF es fundamental ante el sufrimiento generado por unos cuidados subóptimos, derivados de la falta de datos que demuestren qué intervenciones son útiles y coste-efectivas (Olazarán et al. 2010). Las TNF se consolidan como una herramienta útil, versátil para mejorar las manifestaciones clínicas de la demencia.

El objetivo general que plantea esta metodología de trabajo consiste en mejorar la calidad de vida del enfermo y de los familiares y cuidadores así como retrasar en la medida de lo posible todo lo que se pueda el progresivo deterioro que lleva consigo la demencia. Dentro de los objetivos específicos encontramos mejorar el rendimiento cognitivo,

funcional, de autonomía personal en las AVD y salud. Algunas de las técnicas más utilizadas se resumen en la tabla 2.

La mayor dificultad con la que se encuentran los profesionales a la hora de analizar la eficacia basada en la evidencia de los programas de estimulación cognitiva tiene que ver con (Bahar-Fuchs, Clare y Woods, 2013): a) la dificultad para determinar la “dosis” correcta de la intervención en cuanto a frecuencia, intensidad y duración; b) la diversidad de dominios a los que se dirigen las diferentes propuestas de intervención; c) la presencia del efecto “techo” que hace que sea imposible detectar mejoras en un dominio dado; y d) las diferencias iniciales en las características sociodemográficas, psicológicas o de estado de salud observadas entre grupos de tratamiento y grupos control.

Existen numerosas investigaciones que tratan de demostrar la eficacia de estas intervenciones, si bien no son concluyentes (Bahar-Fuchs et al., 2013; Clare y Woods, 2003; Martín et al., 2011; Olazarán et al., 2010). Por el momento existe un amplio acuerdo entre los investigadores acerca de que los beneficios de las intervenciones presentan una generalización y transferencia limitadas. No obstante, es necesario continuar investigando sobre nuevas técnicas y, en ese sentido, debemos ampliar e innovar en nuestras intervenciones no farmacológicas.

Tabla 1: Descripción modalidades de terapia no farmacológica más habituales.

Terapia	Definición	Objetivos
<i>Terapia cognitiva</i>	Se trabajan las funciones cognitivas superiores (lenguaje, reconocimiento, memoria, escritura, razonamiento,...).	<ul style="list-style-type: none"> - Despertar aquellas funciones que estaban dormidas por el desuso. - Mantener las funciones cognitivas conservadas.
<i>Terapia ocupacional</i>	Consiste en el uso terapéutico de las actividades de auto-cuidado, trabajo y ocio cuya finalidad es incrementar la independencia funcional, mejorar el desarrollo y prevenir la incapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la independencia funcional, trabajando las AVD (comer, vestirse, lavarse,...) aumentar la autoestima. - Evitar el aislamiento y mantener la sociabilidad. - Disminuir la dependencia hacia el cuidador y mejorar la relación con éste. - Aumentar la autoestima.
<i>Fisioterapia</i>	Consiste en emplear el ejercicio físico adaptado a las capacidades de cada paciente (psicomotricidad, movilización global, movilización pasiva).	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la seguridad del paciente en sí mismo. - Mejorar la respiración y movilidad general. - Fomentar la autonomía.
<i>Musicoterapia</i>	En musicoterapia se trabaja a través del ritmo, la melodía, la armonía, la expresividad musical y el lenguaje musical.	<ul style="list-style-type: none"> - Conservar el ritmo, su historia musical. - Dinamizar al individuo en contra de la tendencia a la inmovilidad. - Retardar el proceso de deterioro de sus facultades físicas y psíquicas.
<i>Estimulación Multisensorial</i>	Se refiere a la estimulación multisensorial que agudiza los sentidos primarios: vista, oído, tacto, gusto y olfato.	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de efectos de iluminación, superficies táctiles, música y perfumes. - Aumentar la relajación tanto física como psicológica.

En esta ponencia vamos a exponer otras alternativas de TNF que se están abriendo paso en los últimos tiempos, así como los resultados que desde nuestra experiencia hemos encontrado.

Tabla 2: Descripción modalidades de terapia no farmacológica más recientes e innovadoras.

Terapia	Definición	Objetivos
TICs	<p>Se trabajan las funciones cognitivas superiores (lenguaje, reconocimiento, memoria, razonamiento,...) empleando el ordenador como herramienta de trabajo.</p> <p>Así mismo, estimulan capacidades psicomotrices (coordinación, equilibrio, praxias...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener las funciones cognitivas conservadas. - Fomentar autoestima y socialización. - Aumentar la seguridad en sí mismo. - Mejorar la respiración y movilidad general. - Fomentar la autonomía.
Aquagym	<p>El aquagym adapta al medio acuático el trabajo físico que se realiza en tierra, con la ventaja de la ingravidez que aporta, siendo aconsejable en personas con movilidad reducida.</p> <p>Se trata de una actividad lúdica, con los beneficios que de ello supone.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la realización de los movimientos sin que se note el cansancio. - Disminuir el impacto del cuerpo con el suelo y la tensión sobre las articulaciones, pudiendo realizar ejercicios más duraderos y frecuentes, sin riesgo de lesiones. - Producir beneficios psicológicos (autoestima, autonomía y socialización y reduce ansiedad)
Reiki	<p>Se llama Reiki al conocimiento, despertar y utilización de la capacidad innata que todos los seres humanos tenemos para canalizar energía de manera natural, y llevarla a través de nuestras manos para acelerar el proceso natural de sanación, física como emocional, mental y espiritual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la relajación tanto física como psicológica. - Minimizar el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en pacientes con alteraciones conductuales. - Potenciar la socialización.
Programa Reminiscencias	<p>Hacer uso del arte como vehículo de conexión entre los recuerdos y estímulos intelectuales y emocionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la adherencia a la actividad. - Aumentar la efectividad de estímulos cognitivos. - Mejorar las relaciones entre el paciente y su cuidador. - Integrar activamente al enfermo de Alzheimer en su entorno cultural.

2.- DESCRIPCIÓN DE LOS MÉTODOS EMPLEADOS

2.1. NUEVAS TECNOLOGÍAS Y TNF

La evolución de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) en los últimos años se ha convertido un elemento de uso cotidiano y, en muchas ocasiones, imprescindibles. Sin embargo, la accesibilidad a ellos es desigual según el grupo poblacional. Es el caso de las personas mayores y, en especial, personas mayores con algún grado de dependencia. En este caso, el acceso a nuevas tecnologías es limitado por no decir escaso o nulo, viéndose privados de los beneficios que les pueden reportar.

Los beneficios de las TIC's se relacionan tanto con la asistencia (servicios de teleasistencia o telemedicina) como en relación a los déficits cognitivos en los pacientes con demencia. En este segundo caso es en el que nos hemos basado para desarrollar una terapia con nuestros pacientes que, sin ser innovadora, abre nuevos caminos para mejorar la calidad de vida de estas personas así como permite una orientación a la realidad más realista con el momento social que vivimos.

Aunque el número de programas disponibles se incrementan constantemente, no todos presentan el mismo grado de cumplimiento de los requisitos básicos de accesibilidad y usabilidad. En este caso, nosotros hemos escogido dos modalidades de uso de TIC's en la intervención con enfermos de Alzheimer y otras demencias:

A. Estimulación cognitiva por ordenador: Programa “Activa la mente” de la fundación La Caixa.

La elección de este soporte responde a varios motivos:

1. Es gratuito. La plataforma de este programa es on-line, y el usuario se registra de manera gratuita. Cada vez que quiere acceder a los ejercicios de estimulación cognitiva, introduce su clave y nombre y el

programa lo reconoce y presenta las actividades en orden aleatorio teniendo en cuenta su recorrido anterior.

2. Se accede desde cualquier dispositivo con conexión a internet. Hoy en día es muy frecuente que en los domicilios se cuente con acceso a internet. Por ello es muy cómodo tanto para usuarios que acuden a un centro terapéutico como para personas que se encuentran en su propio domicilio.

Si bien cuenta con algunas *desventajas*:

1. Lo ejercicios se repiten tarde o temprano. Este es un inconveniente que no lo es en la población con déficits cognitivos. Las limitaciones con la memoria a corto plazo produce un efecto “novedad” cada vez que el usuario se conecta en el programa. Si bien, otros usuarios sin deterioro cognitivo sí puedan percibir esto como una limitación.
2. Dificultades en el uso del ratón. En ocasiones, el manejo del ratón puede frustrar al usuario, ya que la psicomotricidad fina puede verse alterada.

Desde AFA Alicante estamos introduciendo esta modalidad terapéutica tanto en nuestro Centro de Día Terapéutico como en el Programa de Atención Domiciliaria. Pretendemos generalizar su uso en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y fases iniciales de demencia.

En el caso del Centro de Día, se organizan intervenciones individuales o en parejas, donde la psicóloga acompaña a los pacientes y les orienta en sus dificultades. Normalmente, el resultado en cuanto a satisfacción con el actividad es mayor cuando se realiza en parejas, puesto que los usuarios se ayudan y animan mutuamente, destacando los aspectos positivos del otro y realizando sus logros.

En Domicilio se trata de instruir tanto al paciente como al familiar y/o cuidador habitual en el manejo del programa. Se aconseja que realicen entre media hora y tres cuartos al día, para evitar el cansancio visual. Se instruye al cuidador en la necesidad de reforzar constantemente los logros y evitar sentimiento de frustración que puede producir el efecto contrario. También se utiliza como lugar de encuentro intergeneracional: abuelos y nietos pueden compartir una actividad que les sirva de espacio conjunto para intercambiar ideas y sentimientos.

B. Wii-terapia

En la actualidad las videoconsolas son un elemento cotidiano para gran parte de la población. Si bien, las personas mayores no suelen ser consumidores habituales de estas tecnologías, además de no ser conscientes de efectos beneficiosos potenciales para ellos..

Esta metodología de trabajo introduce nuevos aspectos a las TNFs tradicionales:

1. Se trata de un método mucho más dinámico, divertido y con mayor capacidad de asombro que los tradicionales.
2. Existe una gran variedad de videojuegos tanto de entrenamiento cerebral como físico. En el área cognitiva, encontramos en el mercado juegos adaptados a todos los niveles educativos, además de estar diseñados para una población adulta (evitando así infantilizar la tarea). Asimismo, disponemos de juegos que trabajan la esfera física: coordinación, lateralidad, esquema corporal... que resultan muy motivadores para los usuarios.
3. Evita caer en ejercicios rutinarios y repetitivos que, lejos de lograr una estimulación cognitiva, terminan por crear una habituación a los mismos.

Como **limitaciones** encontramos las siguientes:

1. A pesar de la actitud positiva de los adultos hacia las nuevas tecnologías, no suelen mostrar gran interés en aplicarlas (Steele, Lo, Secombre y Wong, 2009), a menudo porque las consideran innecesarias en su vida cotidiana. Los

- mayores no se consideran a sí mismos suficientemente preparados para su empleo (Mitzner et al., 2010).
2. Pueden percibir la tarea como “infantil” o “inútil”. Asociar las consolas con la infancia es muy frecuente, así como identificarlas con actividades de ocio y sin beneficios.
 3. Dificultades en el uso del mando de la consola. En ocasiones, se requiere de gran coordinación bimanual para el uso del mando, lo que dificulta la realización de la tarea y, en ocasiones, frustra al participante.

Estas limitaciones tratan de superarse diseñando herramientas fáciles de comprender y con una interfaz sencilla (Conci, Pianesi y Zancarano, 2009). Además, hemos llevado a cabo al uso de las mismas para reducir la ansiedad y mejorar su autoeficacia.

En AFA Alicante utilizamos la Consola Wii y aplicamos dos juegos de manera alterna: Smartbrain y Wiisports. Es fundamental dar un enfoque formal a la vez que divertido. Los pacientes rechazan la propuesta si perciben que se trata de algo infantil y de niños. Hemos de reforzar la idea de que se trata de un juego pero que sirve para todas las edades.

De acuerdo con la prueba realizada y las observaciones de los terapeutas, se extraen las características que todo elemento relacionado con las TICs y que se aplique con personas con DCL y/o demencia deberían reunir: accesibilidad, precio económico, tiempo de respuesta disponible más flexible, presencia de refuerzos o flexibilidad en el número de fallos permitidos.

Como resultados generales podemos concluir lo siguiente (Aldana González, G., García Gómez, L. y Jacobo Mata, A., 2012):

- **Actitud hacia las TICs:** es fundamental la presencia de un ambiente apropiado para el aprendizaje en donde se considere tanto el aspecto

cognitivo como la interacción social, actitudes y emociones para lograr que la experiencia sea significativa.

- **Habilidad en el manejo de las TICs:** es importante la introducción gradual de elementos tecnológicos, de modo que el usuario se sienta cómodo y no sobrepasado por la situación. Empezar por el manejo del ratón y la distribución de las teclas que va a necesitar. Las expectativas que se generan deben ser realizadas y siempre emplear el refuerzo por los logros conseguidos.
- **Comunicación intergeneracional:** se produjo un intercambio tanto de emociones como de jerga entre usuarios y terapeutas. Se logró crear un lugar de encuentro donde se intercambiaban tanto ideas, conceptos como inquietudes, ansiedades y logros. Es interesante poder aplicar la terapia con videoconsola en la que sean los niños y adolescentes los encargados de enseñar e interactuar con los mayores, de modo que consigamos estrechar lazos tanto cognitivos como emocionales.

2.2. AQUAGYM

Como sabemos, no existe un tratamiento para curar la Enfermedad de Alzheimer (EA), aunque si podemos controlar la sintomatología con medidas farmacológicas y no farmacológicas. En este último grupo se encontraría el ejercicio físico. Se ha demostrado que la inactividad en la EA aumenta de una forma notable el deterioro cerebral (Cejudo Jiménez, A. Gómez-Conesa, 2011).

Los **objetivos** que se buscan con esta terapia no farmacológica son:

- **A nivel físico:** Mantener y/o mejorar tono muscular, movilidad, coordinación y equilibrio.

- *A nivel cognitivo*: Estimular y mantener las capacidades cognitivas preservadas (orientación temporal-espacial, atención, percepción auditiva y visual, lenguaje, memoria, praxias)
- *A nivel psicológico*: Mejorar el estado de ánimo, minimizar el estrés.
- *A nivel funcional*: Fomentar y mantener la autonomía del paciente
- *A nivel social*: Se fomenta la interacción con otros pacientes, evitando el aislamiento y la desconexión con su entorno.

Cuando se desarrollan programas de ejercicio físico con este grupo de poblaciones importante tener presente que debemos adaptar y graduar el nivel de dificultad del ejercicio a cada paciente aunque la intervención sea grupal, combinar periodos de actividad y relajación para evitar que el paciente se sobreactive, formar hábitos estructurados, para favorecer la creación de rutinas en el paciente.

El aquagym es una modalidad de ejercicio que adapta al medio acuático el trabajo físico que se realiza en tierra, con la ventaja de la ingravidez que aporta, por lo que disminuye el riesgo de lesiones y facilita la realización de los ejercicios, mejorando el movimiento de aquellas personas con movilidad reducida y disminuyendo el cansancio.

Se aconseja para personas con problemas cardiorrespiratorios leves o moderados, sedentarias y de escasa actividad física, con problemas psicomotrices, de coordinación y equilibrio, con falta de tono muscular y escasa movilidad articular y flexibilidad, personas con dificultad para relajarse, con escasa autoconfianza actitud postural incorrecta, con falta de ritmo y agilidad. Como podemos observar, estas son las características de los enfermos de Alzheimer y otras demencias.

Nuestro programa consiste en sesiones quincenales con diez usuarios y/o residentes de nuestro centro que se encuentran en fases iniciales-moderadas de la enfermedad. Hasta la fecha se han realizado un total 18 sesiones (16 en el programa Octubre 2015-Junio 2015, 2 en Octubre 2015) con una duración aproximada de 45 minutos en las que se inicia con estiramientos, después se realiza trabajo de potenciación de todo el cuerpo con especial

hincapié en el tren inferior (equilibrio) y se acaba con ejercicios relajación. El traslado al gimnasio se realiza en transporte público (tranvía) con el beneficio añadido de la realización de una actividad instrumental.

Aunque no dispongamos de datos estadísticos definitivos, hemos observado que los pacientes que han seguido este programa al menos han preservado su capacidad funcional e incluso se ha mejorado el equilibrio y por tanto la marcha. Además, se ha visto que produce:

- Mantenimiento de la capacidad funcional.
- Mejoría del equilibrio y de la marcha.
- Reducción de la ansiedad.
- Mejoría del sueño.
- Fomento de la socialización.

2.3.REIKI

Qué es Reiki y cómo funciona

Reiki es una palabra sánscrita que significa REI, energía universal y KI, energía vital. Es una técnica de canalización y transmisión de energía vital a través de la imposición de manos, que se utiliza para obtener paz y equilibrio en todos los niveles:

Físico: mejoría en dolencias, lesiones, metabolismo, etc.

Emocional: problemas sentimentales, agresividad, infelicidad, etc.

Mental: hábitos dañinos, estrés, insomnio, etc.

Espiritual: armonía, paz, equilibrio, etc.

Reiki es el Sistema de sanación natural más antiguo que se conoce ya que en todas las culturas se han encontrado vestigios del uso de la imposición de manos. La persona que realiza Reiki utiliza las manos como canal de transmisión de la Energía Universal. Esta Energía, al entrar en conexión con la energía personal, tanto de quien la

ofrece como de quien la recibe, la equilibra, potencia y optimiza, produciendo efectos muy beneficiosos a nivel físico, mental, emocional y espiritual. Es una práctica segura, sin contraindicaciones ni efectos secundarios, compatible con cualquier tratamiento médico y cuenta con el reconocimiento de organismos internacionales.

Para qué sirve

En este momento resulta crucial asumir que **sanar** y **curar** son prácticas bien diferenciadas:

Sanar, del latín *sanare*, es restituir la salud perdida o contribuir a que un paciente recobre su salud, alterada por bloqueos energéticos o por desórdenes funcionales, ambientales, emocionales, etc.

Curar, del latín *guarire*, se practica en el ámbito médico y consiste en aplicar al enfermo el remedio correspondiente a su enfermedad, que puede manifestarse por carencias, infecciones o disfunciones crónicas y eventualmente, puede incluir intervenciones quirúrgicas.

Con esto se pretende aclarar la diferencia, **Reiki no sustituye ningún tratamiento médico ni psicológico, acompaña**. Apunta a la **sanación del alma**, esto puede traer el bienestar físico.

Las observaciones realizadas demuestran que este arte de sanación natural es benefactor tanto para las personas enfermas como para las sanas, estando igualmente indicado y ofreciendo similares y muy rápidos resultados en animales. Estimula, según sus prioridades, todos los sistemas y aparatos del cuerpo, reduciendo o quitando el dolor y ofreciendo serenidad en la mente y paz en el alma.

La Potenciación de esta Energía aporta fuerza interna, ayuda al encuentro íntimo de uno mismo y al cambio de comportamientos y actitudes negativas.

El reiki se puede utilizar para:

- Liberar emociones reprimidas
- Aumentar el nivel energético, proporcionando vitalidad física y anímica

- Aumentar los efectos del tratamiento médico cuando se usa en unión con él.
- Provocar un estado de relajación reduciendo o eliminando la ansiedad
- Aliviar el sufrimiento así sea físico, emocional, mental o espiritual
- Migrañas, depresión, dolores menstruales, estreñimiento
- En el caso de pacientes en fase terminal, puede dar alivio tanto a la persona afectada como a su grupo familiar
- Facilitar el sueño.

Beneficios de la terapia Reiki con enfermos de Alzheimer

La terapia Reiki se ha extendido últimamente en nuestra sociedad como una medida complementaria en nuestra salud, cada vez más nos encontramos como las personas buscan un remedio no farmacológico y holístico para hacer frente a diferentes enfermedades. En los hospitales, en las unidades de oncología, en las UCI, en pediatría en la búsqueda del equilibrio de la persona y su sanación.

En geriatría empezamos a andar un camino en nuestra empresa hace más de 4 años con la introducción de voluntarios Reiki en residencias geriátricas de Barcelona y durante este tiempo de tratamiento hemos podido constatar los siguientes beneficios para personas que sufren de Alzheimer:

- mejora de la calidad del sueño,
- mejora/estabilidad en el estado anímico,
- mantenimiento a nivel funcional,
- reducción de estrés y la agresividad,
- reducción de estados ansioso y confusionales.

Con todos estos beneficios que hemos podido comprobar con nuestra praxis hemos evitado en muchos casos contenciones físicas y/o farmacológicas fomentando una mayor calidad de vida a las personas ingresadas en residencias, fomentando su autonomía y bienestar general.

Como todos sabemos la enfermedad de Alzheimer no tiene un tratamiento para evitar su proceso, lo único que tenemos son herramientas para dar más confort en todas sus etapas y la terapia Reiki es una terapia eficaz para ayudar a las personas en esta situación.

2.4. PROGRAMA REMINISCENCIAS

El “Programa Reminiscencias. Arte y cultura contra al Alzheimer” propone una serie de actividades que se desarrollan entre los meses de octubre a mayo desde el año 2012, por lo que ya son tres las ediciones de este proyecto. Consiste en una visita mensual al Museo de Arte Contemporáneo de Alicante (MACA) y al Centro Cultural Las Cigarreras. Las actividades propuestas tienen dos vertientes: los itinerarios artísticos y la memoria histórico-artística.

Existe desde la Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Alicante y más concretamente desde el MACA y Las Cigarreras Cultura Contemporánea, una fuerte apuesta por establecer programas dirigidos a colectivos con riesgo de exclusión social a los que motivar, descubrir y conocer a través del arte poniendo a su disposición las posibilidades de la creación y reflexión contemporáneas para su disfrute y mejora de las condiciones de vida y ocio. Los enfermos de Alzheimer forman parte de estos colectivos y no existe ningún programa para tender sus necesidades intelectuales. Se trata pues de una actividad novedosa que mejora la calidad de vida de estos enfermos y sus acompañantes y que puede redundar en una mejora de algunos de los síntomas de la enfermedad.

No existe ninguna entidad ni administración que esté trabajando en torno al Arte y al Alzheimer en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana. Se trata de un proyecto novedoso e inédito. Tiene como referentes experiencias como la que se realiza en el MOMA, Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona donde colabora la Obre Social de La Caixa titulado “AlzheimerArt” puesto en marcha desde 2010 y otro pionero en España implantado en Murcia bajo el título de “Arte y Cultura como terapia contra el Alzhéimer” donde se han involucrado distintas instituciones como el Museo de Bellas Artes, la

Biblioteca Regional de Murcia o el CENDEAC/Centro Párraga. Nuestro proyecto sigue de cerca estos programas ya implantados y de éxito.

La finalidad de este proyecto es implicar a los enfermos de Alzheimer y sus acompañantes en un viaje a través del arte y la cultura, redescubriendo su imaginación y su potencial creativo.

El programa consiste en una serie de actividades mensuales, siempre en lunes puesto que es el día en el que el museo permanece cerrado a los visitantes y los pacientes disfrutan de mayor intimidad. En el MACA los visitantes forman parte de un recorrido donde se descubren distintos itinerarios artísticos seleccionando un tema posible sobre el que se trabaja durante toda la visita y siempre alrededor de las colecciones que forman parte del museo o de la exposición temporal del centro. El arte es usado como una vía de expresión personal. Esta conexión ofrece al enfermo de Alzheimer y a su acompañante la oportunidad de explorar e intercambiar ideas acerca del arte y de los artistas; experimentar un estímulo intelectual; establecer conexiones entre vivencias personales y el mundo en su conjunto; evocar experiencias personales y memorias lejanas; ser parte activa de una actividad que promueve el desarrollo personal y mejorar las relaciones personales entre el enfermo y su cuidador. En Cigarreras, Centro de Cultura Contemporánea, se ha trabajado sobre la vertiente histórico-artística, una parte del programa que trabaja sobre la memoria histórica del enfermo.. La información que se les ofrece a través de imágenes o filmaciones les ayuda a situarse en el contexto de la evolución del arte y la historia de su ciudad (costumbres, tradiciones, formas de vida, el Alicante de ayer...). Durante todos estos encuentros se han introducido conversaciones en grupo convirtiendo así las visitas en diálogos para dar la oportunidad a todos de compartir historias y conectarse con la obra o a la historia a un nivel más personal e imaginativo. En algunas de estas visitas se ha invitado a personas que hayan destacado en su trayectoria artística: poetas, bailarines, actores, músicos, etc. En este proceso se trata de hacer recordar situaciones vividas en el pasado y despertar distintas emociones, todo para hacer más resistente el recuerdo al olvido. Las Cigarreras participó en las dos primeras ediciones (2012-13 y 2013-14) dando muy buenos resultados.

Las visitas se preparan previamente con los especialistas tanto de los centros culturales como de la Asociación de Alzheimer Alicante y son conducidas por profesionales de la comunicación y educación artística. Es importante destacar que las guías del museo recibieron formación por parte de los profesionales de AFA Alicante en cuanto a la enfermedad de Alzheimer y su intervención. Esto fue de gran ayuda a la hora de programar, desarrollar y evaluar el proceso en cada una de las sesiones del programa.

El grupo se compone de 8 enfermos en las dos primeras ediciones y 14 en la última en fases leve o leve-moderada. El resto del grupo lo forman los familiares, acompañantes o cuidadores con el fin de completar un máximo de 15 personas. También les acompañamos tres profesionales de AFA, psicólogas y trabajadora social.

Todas las visitas siguen la misma estructura con el fin de poder evaluar los resultados de la investigación. También se han grabado y fotografiado por profesionales como documentación.

De esta experiencia se ha recabado los siguientes resultados:

- Disminución sobrecarga cuidador y mejorar relación con el enfermo: las visitas al museo se ha convertido en un rato de ocio y expansión, donde se eliminan las tensiones y se crea un lugar de encuentro y expresión. Los familiares percibían las actividades como satisfactorias y, lo que es más importante, como vínculo para compartir experiencias conjuntas con su familiar.
- Aumento del interés por la actividad y mantenimiento de la atención durante los ejercicios: los usuarios han sido capaces de mantener la atención e implicarse activamente en las acciones presentadas por las monitoras, superando las expectativas que se habían formado respecto a la actividad.
- Mejora emocional a través de la reminiscencia: la conexión con los recuerdos biográficos ha resultado ser reconfortante y terapéutica para los usuarios. La conexión entre el arte y los recuerdos vitales ha fomentado la autoestima y la creatividad de los usuarios.

4.- LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

Las principales limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de aplicar estas nuevas intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de las demencias ha sido disponer de una muestra poco numerosa de pacientes. Esto dificulta el contar con un número de participantes suficiente para establecer conclusiones estadísticamente significativas, si bien de las experiencias se extraen resultados cualitativos muy interesantes. Por otra parte, los recursos tanto humanos como materiales también son limitados, por lo que, en ocasiones, se hace complejo llevar a la práctica determinadas acciones.

Si bien, estas limitaciones se ven compensadas por otras ventajas, entre las que destacan la enorme motivación de los profesionales por innovar e implementar nuevas líneas de intervención así como la implicación tanto de pacientes como de familiares en todo aquello que se les propone.

Aprovechamos la oportunidad para animar a todas las AFA's del territorio nacional a seguir con sus proyectos y a colaborar entre todos para conseguir resultados científicamente concluyentes a todas estas iniciativas que seguro estamos emprendiendo con mucho esfuerzo e ilusión.

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldana González, G., García Gómez, L. y Jacobo mata, A. (2012). Las Tecnologías de la INFORMACIÓN Y Comunicación (TIC) como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa, 14*.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L. y Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(6)*. Art. No.: CD003260.
- Cejudo Jiménez, A. Gómez-Conesa. Ejercicio físico en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia 2011;33(3):111-122*.
- Clare, L. y Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003 (4)*. Art. No.: CD003260.
- Conci, M., Pianesi, F. y Zancanaro, M. (2009). Useful, social and enjoyable: Mobile phone adoption by older people. En T. Gross et al. (Eds.), *Human-Computer Interaction-INTERACT 2009: 12th IFIP TC 13 International Conference, Uppsala, Sweden, August 24-28, 2009, Proceedings, Part I* (pp.63-76). Berlin, Heidelberg: Springer.
- García Sandoval, J., Arnardottir, H, y Antúnez Almagro, C. (2012). El Proyecto Alzheimer MuBAM. Accesibilidad a través del Arte. En Asensio, Rodriguez, Asenjo y Castro (Eds.), SIAM. Series Iberoamericanas de Museología. Vol. 2 (191-199).
- López Méndez, L. Ullán de la Fuente. A.M. (2015). Arte y comunicación para la socialización de personas con alzhéimer y otras demencias. *Revista de Comunicación y Ciudadanía Digital - COMMONS 2015 (4)*, 97-123.
- Martin, M., Clare, L., Altgassen, A. M., Cameron, M. H. y Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive

- impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(1). Art. No.: CD006220.
- Mitzner, T. L., Boron, J. B., Fausset, C. B., Adams, A. E., Charness, N., Czaja, S. J., . . . Sharit, J. (2010). Older adults talk technology: Technology usage and attitudes. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1710-1721.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ... y Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (30, pp. 161-178.
- Rodríguez, D., Formina, F., Fort, I., Robles, M.J., Barranco, . y Cibi, D. (2012). Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geratría y Gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2012.
- Slachevsky, A. y Oyarzo (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, En Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E (Eds), *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia editorial.
- Steele, R., Lo, A., Secombe, C. y Wong, Y. K. (2009). Elderly persons' perception and acceptance of using wireless sensor networks to assist healthcare. *International Journal of Medical Informatics*, 78(12), 788-801.
- Ullán Ana M. 2011. Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El proyecto AR.S: arte y salud. *Arte, Individuo y Sociedad. Vol. 23, Núm. Especial*, 77-88.