



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Baila conmigo: Danza/movimiento terapia para personas con Alzheimer

Memoria para optar al título de Psicóloga

Andrea Paz Ahumada Pino

Profesora Patrocinante:

Dra. Michele Dufey Domínguez

Santiago, Agosto 2017

Contenido

Resumen	3
Introducción e información general	4
El Alzheimer en el mundo	4
Alzheimer en Chile	5
Tratamientos actuales y rol del psicólogo	6
Problematización	9
Pregunta de Investigación	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos.....	11
Marco teórico.....	12
Enfermedades neurodegenerativas, demencias y Alzheimer	12
Psicomotricidad y ejercicio físico en Alzheimer.....	15
Danza: el puente entre el ejercicio y la música	17
Danza/Movimiento Terapia: la danza como herramienta terapéutica.....	19
DMT y su relación con la Psicología.....	21
Aplicaciones de la danza/movimiento terapia en salud mental	23
Bienestar psicológico	24
Metodología.....	28
Resultados.....	29
Revisiones	30
Investigaciones empíricas	36
Ensayos/testimonios	44
Discusiones	46
Discusión de los estudios revisados	46
Discusión general	47
Conclusiones	53
Referencias	56

Resumen

La Danza/Movimiento Terapia es una forma de terapia artístico-creativa definida como el uso terapéutico del movimiento para promover la integración social, emocional, física y cognitiva del individuo en pos de mejorar su salud y bienestar. En los últimos años su uso se ha extendido para el tratamiento de diversas poblaciones en salud mental. La Enfermedad de Alzheimer es una patología neurodegenerativa que corresponde al 60% de las demencias a nivel mundial. Dada la falta de tratamientos curativos que respondan a las necesidades socioafectivas y cognitivas de los pacientes y cuidadores, el presente estudio tiene por objetivo discutir la contribución que la danza/movimiento terapia puede realizar al tratamiento psicológico de pacientes con Alzheimer. Se analizaron 10 publicaciones entre revisiones, ensayos clínicos y testimonios. Los resultados del análisis no permiten afirmar con certeza la eficacia de esta intervención, sin embargo, resultados preliminares arrojados en los estudios perfilan el potencial de la DMT principalmente en relación con calidad de vida, comunicación e interacciones sociales.

Palabras clave: danza/movimiento terapia, DMT, Alzheimer, demencia, bienestar subjetivo

Introducción e información general

El Alzheimer en el mundo

Alrededor del mundo se estima que hay casi 900 millones de personas mayores de 60 años. Gracias a los constantes avances de la medicina a esperanza de vida del ser humano ha aumentado considerablemente con respecto a épocas anteriores, trayendo consigo un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (Alzheimer's Disease International, 2015). Durante el proceso de envejecimiento se acumulan daños a nivel de moléculas, células y órganos, elevando la probabilidad de enfermar conforme aumenta la edad (Ávila, 2010). Dentro de las enfermedades a las que los adultos mayores se vuelven propensos, se encuentran las denominadas "enfermedades neurodegenerativas", aquellas provocadas por un proceso de que acelera la muerte celular y que, en consecuencia, dañan y degeneran el tejido nervioso causando el empeoramiento de variadas actividades corporales tales como el equilibrio, movilidad, funcionamiento cardíaco, respiración y habla (Ávila, 2010; "Enfermedades Neurodegenerativas - Causas y Tratamiento", s.f.; Red de Salud UC, s.f.).

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de enfermedad neurodegenerativa más frecuente siendo a la vez forma más frecuente de demencia, con una presentación entre el 50-70% del total de demencias (Instituto de Neurología Cognitiva-INECO, s.f.)

A partir de los informes emitidos por la organización Alzheimer Disease International (ADI), se estimó que en el año 2009 24.3 millones de personas mayores de 65 años alrededor del mundo vivían con demencia, con un aproximado de 4.6 millones de nuevos casos anuales. En el 2015, en una nueva revisión, las cifras indicaban un aumento que alcanzaba los 46.8 millones de personas padeciendo estas enfermedades y la aparición estimada de 9.9 millones de nuevos casos al año. Según las estimaciones, se calcula que esta cifra se duplicaría cada 20 años alcanzando los 74.7 millones hacia el 2030 y 131.5 millones en el 2050, incremento que se verá más elevado en los países en vías de desarrollo que en aquellos que poseen altos ingresos (Organización Panamericana de la Salud, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2013; Alzheimer's Disease International, s.f.; Alzheimer's Disease International, 2015). Según las estadísticas, a partir de los 60 años esta enfermedad comienza con una incidencia entre 1% y 2%, mientras que por sobre los 85 años afectaría a 1 de cada 3 personas (Corporación Alzheimer Chile, s.f.)

El desarrollo de esta enfermedad, tanto en adultos mayores como en adultos, tiene un impacto cuyas repercusiones afectan directamente a nivel socioeconómico (Gil, 2013). Los costes mundiales de la enfermedad han sido cifrados en aproximadamente 604.000 millones de dólares, divididos entre costes informales de asistencia - asistencia no remunerada a cargo de familiares y/o amigos-, y costes directos que a su vez pueden subdividirse en costes directos de asistencia médica –servicios de salud- y costes directos de asistencia social –asistencia remunerada en el hogar o residencias-. El total de estos costos equivaldría a cerca del 1% del PIB mundial (Informe ADI/Bupa, 2013; OMS, 2016).

Alzheimer en Chile

En Chile, la demencia se considera una enfermedad crónica no transmisible asociada a discapacidad, dependencia, morbilidad y mortalidad (Ministerio de Salud, 2015). Según la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (s.f), se estima que los adultos mayores representan más del 10% de la población nacional, mientras que aproximadamente el 1,06% de la población total del país padece algún tipo de demencia, estimándose un número cercano a las 200.000 personas sufriendo la EA u otras demencias. Hacia el año 2009, el Servicio Nacional del Adulto Mayor daba cuenta de que el 7,1% de la población mayor de 60 años presenta un deterioro cognitivo, aumentando de forma exponencial a partir de los 75 años (Ministerio de Salud, 2015). Para el 2050 se proyecta un aproximado de 620.000 personas padeciendo estas enfermedades (Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (s.f).

Según las estimaciones del Ministerio de Salud (MINSAL, 2015), pese a que Chile es considerado un país dentro de la categoría ingresos medio-altos, la ausencia de políticas públicas para los pacientes con demencia y sus cuidadores, los costos tanto directos como indirectos en que estos incurren serían, en proporción, similares a los gastos realizados por los demás países. El estudio “Cuídeme” realizado en el año 2013, a través de una muestra de cuidadores de pacientes con Alzheimer, reveló un costo asociado de 915 dólares mensuales y 10.980 dólares anuales (Slachevsky, Budinich, Miranda-Castillo, Núñez, Huasaf, Silva, Muñoz-Neira et al. en Gajardo & Abusleme, 2016; MINSAL, 2015; Toledo, 2015).

Para hacer frente a esta situación, en el año 2015 se presenta públicamente la primera propuesta de abordaje de las demencias a nivel país a través del Plan Nacional para las Demencias. Siguiendo las recomendaciones y lineamientos internacionales, Chile genera

de forma progresiva un escenario sociopolítico para el enfrentamiento de estas enfermedades (Gajardo & Abusleme, 2016). Por su parte, en el mes de agosto de 2017, la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias junto a otras instituciones nacionales se encuentran realizando una campaña para reunir firmas con el fin de solicitar al Ministerio de Salud la incorporación de la EA y otras demencias al Plan AUGE, pues a la fecha, estas enfermedades no poseen cobertura en el sistema de salud.

Tratamientos actuales y rol del psicólogo

Los tratamientos que existen en la actualidad, si bien no han logrado una remisión completa de estas enfermedades, apuntan a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores a través del manejo de los síntomas. Una intervención global adecuada es compleja y debe tener en cuenta elementos tales como la situación clínica del paciente, la presencia o ausencia de alteraciones conductuales, la comorbilidad con otras enfermedades, el medio en el que el paciente está inserto y las características del cuidador (Castellanos, Cid, Duque, & Zurdo, 2011).

En el manejo farmacológico para la EA son utilizados diferentes medicamentos en función de la etapa en que se encuentre el paciente. Los fármacos ayudan a retrasar el deterioro en las áreas motoras y cognitivas, y tendrían incidencia en la mejora de algunas alteraciones de pensamiento, afectividad o conducta asociadas. En el caso de presentarse trastornos conductuales y/o emocionales el manejo farmacológico puede hacerse a través de antidepresivos, antipsicóticos y anticomiciales o analgésicos (Brañas & Serra, 2002; Castellanos et al., 2011). Sin embargo, en referencia a los antipsicóticos, se ha señalado el carácter controversial de la utilización de este tipo de medicamentos en tanto existirían estudios que indican un leve aumento del riesgo de muerte de los pacientes medicados (Schneider, Dagerman & Insel, 2005 en Castellanos et al., 2011).

Por otro lado, en cuanto al manejo no farmacológico de las demencias, Olazarán et al. (2015) resaltan la importancia de la adaptación del entorno en que el paciente se desenvuelve desde las primeras fases del deterioro a modo preventivo de las posibles alteraciones afectivas y del comportamiento. Entre estas adaptaciones ambientales mencionan, por ejemplo, el establecimiento de rutinas y la simplificación de las actividades, fomento de las actividades con significado personal, acompañar, empatizar y utilizar el humor, entre otros. Es en este punto donde el psicólogo puede ejercer un rol importante

para ayudar tanto al paciente como a sus cuidadores. Ruiz-Adame (2000), agrupa las funciones del psicólogo del paciente con EA de la siguiente manera:

- Evaluación y diagnóstico: el psicólogo realiza un trabajo de valoración y diagnóstico a través de pruebas neuropsicológicas. El trabajo diagnóstico es multidisciplinar, por lo que el psicólogo se encuentra en constante comunicación con otros profesionales que siguen a cada paciente.
- Intervención: A través de la implementación de programas dirigidos al trabajo en estimulación cognitiva, psicomotricidad y automatismos. También en el área afectiva, estableciendo programas orientados a interrumpir el curso de la sintomatología depresiva y potenciando las facultades mejor conservadas, apuntando a enlentecer el avance de la enfermedad, siempre en conjunto con un equipo multidisciplinario con la colaboración principal de terapeutas ocupacionales y auxiliares médicos.
- Docencia y formación: al ser parte de un equipo multidisciplinario, el psicólogo necesita de un flujo de información constante e intercambio de perspectivas para un diagnóstico y tratamiento efectivo. Por lo tanto, es importante una formación constante tanto a nivel interno –por ejemplo, reuniones clínicas- y a nivel externo – en el intercambio con otros profesionales e instancias formativas-.
- Administración de recursos: desde el rol de psicólogo también puede desempeñarse en las funciones de coordinación de actividades, dirigiendo diferentes tipos de programas –evaluación, tratamiento, formación a cuidadores, entre otros-. Desde este cargo, el psicólogo puede encargarse de administrar los recursos tanto humanos como materiales del lugar.
- Investigación: la función de investigador del psicólogo apunta, tal como su función de docencia, a su formación continua como profesional. La ampliación del conocimiento y la actualización de la información ayudará al psicólogo a desarrollar de la mejor manera los distintos programas de evaluación y tratamiento neuropsicológico, así como también de intervención en las otras esferas de la vida del paciente.

Otra de las tareas importantes realizadas desde la psicología es el trabajo con los familiares y cuidadores. El psicólogo cumple un rol psicoeducativo al dar orientación y consejería a la familia del paciente, tanto sobre la progresión de la enfermedad como acerca de cómo actuar ante alteraciones de conducta y emocionales, dando pautas para

estimulación cognitiva en el hogar y derivando hacia distintas redes de apoyo. Por otro lado, el psicólogo puede realizar un trabajo psicoterapéutico individual o grupal dirigido a los cuidadores, además de dar apoyo a los demás integrantes del equipo de profesionales para evitar el efecto *burn-out* dentro de los centros especializados (Ruiz-Adame, 2000).

La formación y el tratamiento no-farmacológico dirigido al cuidador busca comprenderlo no sólo como un recurso que responde a las necesidades del paciente que tiene a su cuidado, sino como un elemento que también debe ser objetivo de los programas de salud (Behrens & Slachevsky, 2007; Castellanos et al., 2011; Montorio, 2007). Con esto se busca potenciar la autonomía del paciente, disminuyendo la dependencia tanto con respecto al personal del centro como de sus propios familiares, fortaleciendo su autonomía, y, a la vez, acompañar al cuidador a sobrellevar el impacto emocional que supone su labor (Gandoy, Millán, Antelo, Cambeiro & Mayán, 1999; Montorio, 2007).

Problematización

Pese a la prevalencia de estas enfermedades, los tratamientos farmacológicos desarrollados a la fecha, así como los programas de rehabilitación convencionales, sólo pueden apuntar a la disminución de un subconjunto de síntomas y no a la remisión total de la enfermedad, como sería el caso de la EA (Dhami, Moreno, & DeSouza, 2015). Frente a la falta de tratamientos curativos existe una necesidad de tratamiento integral e interdisciplinario orientado a responder a las necesidades cotidianas tanto de pacientes como de sus cuidadores, intentando también disminuir o frenar los efectos de la enfermedad en términos de autonomía, síndromes psicológicos y conductuales (Guillemaud, Faucounau, Greffard & Verny, 2013; Kmaid, 2015).

Si bien el rol del psicólogo es reconocido por las instituciones y organizaciones de familiares de pacientes afectados por la EA como un actor crucial en el diagnóstico, intervención y seguimiento del paciente, así como para el acompañamiento de los cuidadores y familiares, es posible observar en las investigaciones que desde la disciplina el énfasis ha sido puesto principalmente en la figura de estos últimos, mientras que el paciente parece ser atendido principalmente desde el punto de vista médico. Sin menospreciar ninguno de los lados, surge la inquietud acerca de cómo sería posible una mayor participación desde el ámbito psicoterapéutico en conjunto con el paciente dentro de las posibilidades que éste presente según su condición o etapa de la enfermedad, si bien no curándola al menos abriendo espacios que permitan enlentecerla en etapas tempranas.

Con esto en mente, en los últimos años se ha planteado que el ejercicio físico puede inducir la neuroplasticidad, la propiedad del sistema nervioso para adaptarse a cambios internos o externos en busca de mantener su funcionamiento a través de la creación de nuevas vías de conexiones neuronales, siendo la base de la memoria, adquisición de habilidades y la recuperación de lesiones (Dhami et al., 2015; Foster, Rosenblatt, & Kuljis, 2011; Jauset, 2016). De esta forma, los ejercicios cardiovasculares y aeróbicos como caminar, correr o bailar han demostrado mejoras en la plasticidad cognitiva, ejecutiva y funciones motoras (Kshtriya, Barstaple, Rabinovich, & DeSouza, 2015). En la misma línea, se ha observado que la música es un estímulo potente con la capacidad de influir en la actividad de diferentes áreas cerebrales asociadas a procesos cognitivos superiores, emocionales y sensoriomotrices, incluyendo regiones frontales, temporales, parietales y subcorticales (Sacks, 2006; Zatorre, 2005).

De esta forma, la experiencia musical ha demostrado ser capaz de inducir la neuroplasticidad a través de la estimulación generalizada del cerebro de forma tal que tanto en una escucha pasiva como en el aprendizaje instrumental, se han observado beneficios tales como aumento de conexiones y redes neurales, mayor sensibilidad auditiva, mayor facilidad en la adquisición de habilidades lingüísticas, lógicas y de pensamiento abstracto, y aumento de la llamada *reserva cognitiva*, transformándose en un potencial factor protector frente a las enfermedades neurodegenerativas (Jauset, 2016).

Existe una íntima conexión entre música y movimiento, el ritmo –uno de los componentes principales de la música- es inherente a los sistemas biológicos y, al ser percibido, produce una inclinación inconsciente a seguirlo o a sincronizarse con él, como por ejemplo al hacerlo con los pies o las manos. Esta conexión ha llevado a plantear la aplicación de actividades musicales para complementar los tratamientos orientados a la mejora de diversas alteraciones neurológicas (Altenmüller & Schlaug, 2013; Dhimi et al., 2015; Schaefer, Morcom, Roberts & Overy, 2014). Por lo tanto, si la neuroplasticidad es la base de la adaptación y del aprendizaje del sistema nervioso a partir de la experiencia interna o externa, y tanto la música como el movimiento favorecen esta capacidad incrementando conexiones entre distintas áreas cerebrales, afectando tanto el funcionamiento físico como cognitivo, entonces sería posible plantear que la realización conjunta de ambas actividades tendría un efecto potenciador en estos distintos niveles de funcionamiento.

Al buscar la unión entre la actividad física y la música, surge la danza y, en particular la danza/movimiento terapia, como alternativa de intervención complementaria al tratamiento de los pacientes que cursan cuadros de demencia. La danza, por un lado, incorpora el desarrollo de diferentes dominios, tanto a nivel físico y cognitivo como socioafectivo, por lo que ésta sería una fuente de estimulación global de la persona, incluyendo habilidades de coordinación motora, compromiso emocional, afectividad, estimulación acústica, entre otros factores (Kattenstroth, Kolankowska, Kalisch & Dinse, 2010). Por otro lado, la danza/movimiento terapia ocupa elementos de diferentes corrientes psicológicas y exige a quienes ejercen como terapeutas una fuerte formación en la disciplina de la psicología, por lo que se transforma en un puente que une el quehacer psicoterapéutico, las artes y el ejercicio físico para brindar un tratamiento y un espacio en donde el paciente puede tomar un rol protagónico frente al curso de su enfermedad.

En vista de la alta tasa de prevalencia de las demencias a nivel global y la falta de tratamientos curativos, se hace necesaria la exploración de nuevas herramientas

terapéuticas que ayuden a los pacientes a mejorar su calidad de vida, desde lo cognitivo hasta su interacción social. Las artes, la música y la danza contienen un potencial emergente, aunque aún poco explorado en el ámbito terapéutico. Si bien en la actualidad existen múltiples estudios que ponen de manifiesto este potencial, todos ellos también coinciden en que este es un interés reciente y que requiere más indagación. En este sentido, a través de la revisión de la literatura científica reciente la presente memoria apunta a responder a cómo influye la danza/movimiento terapia en pacientes con demencia tipo Alzheimer, reuniendo los principales beneficios que este tipo de actividades pueden aportar en su tratamiento. De esta forma se busca contribuir a los planteamientos que sustentan la propuesta de terapias no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo, comprendiendo a la persona como un ser integral y apuntando a la recuperación o potenciación de su bienestar global.

Pregunta de Investigación

¿Qué beneficios puede aportar la danza/movimiento terapia como parte del tratamiento no farmacológico de pacientes que cursan con demencia de tipo Alzheimer a nivel cognitivo y socio afectivo?

Objetivo General

Discutir la contribución que la danza/movimiento terapia puede realizar al tratamiento psicológico de pacientes con Alzheimer.

Objetivos Específicos

- Realizar una revisión de la literatura en torno a los beneficios de la danza como parte de los programas de tratamiento para pacientes con Alzheimer a nivel cognitivo y socioafectivo.
- Discutir el rol de la psicología frente a la utilización de la danza como componente activo del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.
- Analizar las implicancias de la danza para el bienestar psicológico del paciente frente al desarrollo de la enfermedad.

Marco teórico

Enfermedades neurodegenerativas, demencias y Alzheimer

En la actualidad se estima que hay alrededor de 900 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. Los avances de la medicina han permitido aumentar de forma significativa la esperanza de vida de las personas, sin embargo, no todas envejecen de la misma forma habiendo múltiples factores que inciden en esta etapa, tales como carga genética, estilo de vida, entorno sociofamiliar, ambiente, entre otros. En este contexto, el envejecimiento de la población se convierte también en un factor de riesgo para diversas patologías entre las que adquieren gran relevancia las enfermedades neurodegenerativas. Estas enfermedades son aquellas en las que se presenta un proceso acelerado de muerte celular en distintas regiones del Sistema Nervioso, provocando la degeneración del tejido nervioso y dando origen a diferentes signos y síntomas a nivel neurológico y psicológico característicos de cada una de ellas ("Enfermedades Neurodegenerativas - Causas y Tratamiento", s.f.; "Enfermedades Neurodegenerativas", s.f.). Dentro de este tipo de patologías destaca la Enfermedad de Alzheimer (EA).

Como se ha mencionado en párrafos introductorios, según el Instituto de Neurología Cognitiva (s.f.), la Enfermedad de Alzheimer es el tipo de enfermedad neurodegenerativa más frecuente y, a su vez, la forma más frecuente de demencia, con una presentación entre el 50-70% del total de demencias. En términos generales, estas últimas afectan tanto al sistema nervioso central como al periférico, abarcando el cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos (Organización Mundial de la Salud, 2014), por lo que estos trastornos pueden presentarse a través de múltiples síntomas, incluyendo déficits relacionados con el funcionamiento físico, cognitivo y/o conductual, cuyas manifestaciones clínicas dependerán del grupo de neuronas que se encuentre involucrado (Dhami, Moreno & DeSouza, 2015). Además, según la Organización Panamericana de la Salud (2013), estos déficits se ven acompañados por un deterioro del control emocional, la conducta social y/o la motivación.

La EA es un desorden cerebral caracterizado por una demencia progresiva que, en promedio, se presenta a partir de los 55 años. Según la Corporación Alzheimer Chile (s.f.), en personas de 60 años tiene una incidencia entre un 1% y 2%, aunque esta cifra

aumenta en la población por sobre los 85 años, afectando a 1 de cada 3 personas. Se describe con un comienzo insidioso, principalmente con fallas en la memoria reciente y pasando por una etapa de deterioro cognitivo leve. Los datos de la misma corporación aluden a una progresión que varía entre 4 y 15 años o más, mientras que el promedio de sobrevivencia es de 8 años (Corporación Alzheimer Chile, s.f.).

La patología se caracteriza por la formación progresiva de placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral, además de pérdida neuronal y sináptica ("Alzheimer", s.f.; McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price & Stadlan, 1984). Las placas seniles son depósitos o acumulaciones de proteínas, principalmente Beta-amiloide, que se ubican en los espacios entre las células nerviosas o extracelular. Estos depósitos se dividen en placas difusas y placas neuríticas, siendo sólo estas últimas asociadas a un envejecimiento patológico. Por otro lado, los ovillos neurofibrilares son acumulaciones proteína Tau que se ubican en el espacio intracelular (Alzheimer's Association, 2016; Jiménez, 2000)

Al producirse estas anomalías en la corteza cerebral los déficits asociados suelen ser de tipo cognitivo-conductual. Con el paso del tiempo, el deterioro avanza a niveles subcorticales y la pérdida de tejido nervioso lleva a una disminución del tamaño del cerebro, afectando casi todas sus funciones, como por ejemplo el encogimiento de la corteza daña las áreas utilizadas en el pensamiento, planificación y evocación de recuerdos, y el daño severo observado en el hipocampo afecta la capacidad de formar nuevos recuerdos (Alzheimer's Association, 2017)

En tanto enfermedad progresiva, pueden distinguirse diferentes etapas de evolución de los pacientes con EA (Alzheimer's Association, 2017; Carrascosa, Ramírez & Úbeda, s.f.; Gil, 2013):

- Etapas tempranas o preclínicas: los síntomas son aún imperceptibles y no son detectados por las pruebas actuales. Las placas neuríticas y los ovillos neurofibrilares comienzan a instalarse en las zonas cerebrales encargadas del aprendizaje y recuerdo, pensamiento y planificación. Puede haber pérdidas de memoria ocasionales que pasen inadvertidas.
- Etapas leves: en las áreas encargadas de las funciones de memoria, pensamiento y planificación continúan desarrollándose placas y ovillos. Los aumentos de estos cúmulos se traducen en problemas de memoria o pensamiento lo suficientemente

serios como para interferir en la vida cotidiana del paciente. Las personas pueden sentirse confusas y presentar dificultades en el manejo de dinero, expresión y organización de sus pensamientos. Las acumulaciones de proteínas afectan las capacidades de expresión y comprensión del lenguaje, además de alterar los esquemas espaciotemporales. Los cambios conductuales se ven reflejados en cambios de humor y descontrol emocional. A nivel físico, los pacientes aún son capaces de mantener una actividad aeróbica saludable, aunque el declive de su capacidad física es perceptible.

- Etapas moderadas: Con el progreso de la enfermedad las personas pueden experimentar cambios de personalidad y comportamiento, así como presentar dificultades en el reconocimiento de amigos y familiares. A nivel de conducta los cambios son más observables, apareciendo agresividad, miedo o alucinaciones. Se observan apraxias –dificultades para ejecutar tareas o movimientos voluntarios- y desintegración del esquema corporal. El estado físico se deteriora, pierden estabilidad, sufren caídas y necesitan asistencia para caminar. El lenguaje se aprecia más afectado, repitiendo frases o dejándolas inconclusas, y presentando dificultad para relacionar y diferenciar conceptos.
- Etapas avanzadas: la mayor parte de la corteza está seriamente dañada, provocando el encogimiento dramático del cerebro debido a la muerte neuronal. El paciente pierde sus habilidades comunicativas, de reconocimiento de seres cercanos y de autonomía. Existe una pérdida de memoria tanto reciente como remota y la conducta se vuelve pueril. También aparecen trastornos del sueño y agitación. El final de esta etapa se caracteriza por la entrada a un estado vegetativo y el fallo orgánico general del paciente.

La EA mantiene un curso progresivo en el que el paciente pierde de forma paulatina sus capacidades de independencia y autonomía, aumentando paralelamente sus niveles de dependencia frente a un cuidador externo que pueda asistirlo en actividades cotidianas. De esta forma, el proceso de la enfermedad supone una carga emocional importante tanto para la persona que la padece como para su entorno más cercano que cuidan de ella.

Psicomotricidad y ejercicio físico en Alzheimer

Al ser definida como un trastorno multisistémico degenerativo del sistema nervioso central, se entiende que la EA presenta alteraciones a nivel cognitivo y conductual, teniendo también efectos a nivel psicomotriz.

La psicomotricidad es entendida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (2011) como "la facultad que permite, facilita y potencia el desarrollo perceptivo físico, psíquico y social del sujeto a través del movimiento (...) es la relación mutua entre la función motriz y la capacidad psíquica que engloba el componente socioafectivo y el componente cognitivo" (p.5).

Al verse afectadas las funciones físicas, los pacientes suelen volverse más sedentarios lo que conlleva a un declive en la movilidad y, en consecuencia, a un aumento en el riesgo de caídas y fracturas (Carrascosa, Ramírez & Úbeda, s.f.).

Pese a la gravedad del impacto de la enfermedad a nivel personal y familiar, en la actualidad no existen tratamientos curativos para ésta, aunque los síntomas pueden ser controlados y disminuidos a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de este último grupo de intervenciones se encuentra el ejercicio físico, actividad que en la última década ha comenzado a recibir más atención por parte de los investigadores ya que se ha encontrado que puede incidir en la mejora de los síntomas o ayudar a retardar el avance de la enfermedad. En este sentido, se postula que el sedentarismo o la falta de actividad física es un factor de riesgo importante para variadas enfermedades, en tanto que las personas que tienen peor forma física presentan un mayor deterioro cerebral (Carrascosa, Ramírez & Úbeda, s.f.; Cejudo & Gómez-Conesa, 2011).

A través de la realización cotidiana de ejercicio se pueden obtener beneficios en los pacientes con EA, retrasando su comienzo y enlenteciendo su progresión. En investigaciones recientes (Aparicio, Carbonell-Baeza & Delgado-Fernández, 2010; Fortuño-Godes, 2017; Nascimento, Varela, Ayan & Cancela, 2016; Yu, Kolanowski, Strumpf & Eslinger, 2006), se exponen algunas de las razones que podrían explicar la influencia del ejercicio en la prevención y progreso de la enfermedad:

- Efectos metabólicos y neuropatológicos: Estudios en animales sugieren que la práctica física podría reducir las cantidades de Beta-amiloide y Tau que se acumulan formando placas neuríticas y ovillos neurofibrilares. Por otro lado, esta

práctica estimularía variables neuropsicológicas y de rendimiento cognitivo, aunque aún no hay claridad sobre el mecanismo que permitiría esta asociación, barajándose diferentes opciones relacionadas con la plasticidad neuronal para explicarla.

- Flujo sanguíneo cerebral: se ha observado un flujo sanguíneo menor en las personas con EA que en adultos mayores sanos. Frente a esto se ha evidenciado que las prácticas de ejercicio aeróbico regular incrementan la actividad neuronal y estimulan el metabolismo, lo que acarrea un aumento en el flujo de sangre a nivel cerebral y una oxigenación adecuada del cerebro. Frente a la evidencia, es posible postular las actividades aeróbicas como medida preventiva o tratamiento complementario para las enfermedades neurodegenerativas al estimular el rendimiento cognitivo a través de la activación neuronal.
- Hipometabolismo y acetilcolina: el ejercicio físico mejora los niveles de glucosa en la sangre y regula la homeostasis de la misma. Por otro lado, se estimula la expresión de factores genéticos de crecimiento neural, tales como neurogénesis, función y producción de neurotransmisores, y la sinaptogénesis, principalmente en la región hipocámpal, zona que se ve más afectada en la EA. Con esto último, al mejorar las aferencias en el hipocampo, aumenta la eficiencia del sistema colinérgico y, por consiguiente, la producción de acetilcolina, neurotransmisor involucrado en procesos de regulación cognitiva y comportamental.
- Factores Neurotróficos: las neurotrofinas o factores neurotróficos son proteínas encargadas de regular la estructura y actividad neuronal, siendo cruciales para el mantenimiento y desarrollo del sistema nervioso. Uno de los grupos de neurotrofinas más importantes en este contexto sería el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (FNDC), el cual tendría una incidencia importante en el funcionamiento del cerebro por medio del desarrollo neuronal y el mantenimiento de la plasticidad cerebral y sináptica. En este sentido, se postula que a través de la práctica de actividades aeróbicas se elevarían las concentraciones de FNDC teniendo efectos positivos en la función neuronal, plasticidad sináptica y creación de nuevas células en el sistema nervioso, principalmente en el hipocampo, zona afectada de forma importante en la EA. Por lo tanto, existiría una relación entre la práctica de ejercicio físico moderado con la producción del FNDC en el funcionamiento cognitivo, cumpliendo un rol importante para los procesos de aprendizaje y memoria.

En función de lo anterior, las investigaciones citadas (Aparicio, Carbonell-Baeza & Delgado-Fernández, 2010; Fortuño-Godes, 2017; Nascimento, Varela, Ayan & Cancela, 2016; Yu, Kolanowski, Strumpf & Eslinger, 2006) apuntan al ejercicio físico, principalmente aeróbico, como una estrategia no farmacológica adecuada para el tratamiento de las personas con EA teniendo en cuenta los potenciales efectos a nivel físico y cognitivo de los cuales los pacientes pueden beneficiarse a través de una práctica regular y de intensidad moderada.

Danza: el puente entre el ejercicio y la música

El origen de la palabra danza es incierto, según la Real Academia Española (2014) el verbo *danzar* vendría del francés antiguo *dancier*, aunque también se le atribuye origen germánico, para referirse a la ejecución de movimientos acompañados.

La danza es una actividad compleja que envuelve distintos dominios de las capacidades humanas: incluye ritmo, patrones en un espacio, sincronización con un estímulo externo y la coordinación de todo el cuerpo entre sus partes unitarias (Brown, 2005). Puede definirse como el acto de uno o más cuerpos moviéndose de manera rítmica guiados por la música; constituiría una forma fundamental de expresión humana y correspondería al ejercicio colectivo que mayor coordinación requiere, ya que exige un tipo de sincronización interpersonal en tiempo y espacio que no suele desplegarse en otros contextos sociales (Brown & Parsons, 2008; Dhami et al, 2015).

En tanto comportamiento humano universal se proyecta hacia épocas primitivas, siendo probablemente tan antigua como la bipedestación, capacidad datada entre dos y cinco millones de años atrás (Bramble & Lieberman, 2004; Ward, 2002 en Brown, Martínez & Parsons, 2005). En sociedades antiguas, ésta era una práctica primordial, ya que permitía a los individuos expresarse, comunicar su afectividad y el contacto con la naturaleza. Dentro de estas comunidades el baile era visto como un enlace para entender y dirigir los ritmos del universo, ya sea en las muchas manifestaciones de la naturaleza o como una afirmación del propio ser y su lugar en el mundo. Bailar otorga los miembros de la tribu un sentido de pertenencia y les proporciona una estructura ritual para los cambios vitales: nacimiento, pubertad, matrimonio y muerte (Chaiklin, 2009; Fischman, 2001). Sin embargo, durante la época medieval, con la llegada del cristianismo y el racionalismo al mundo occidental, cuerpo, mente y espíritu dejan de ser vistos en interrelación; cuerpo y mente son disociados

en el entendimiento del primero como impuro y supeditado a los mandatos de la segunda (Chaiklin, 2009).

Por otro lado, además del componente sociocultural, el baile posee características que lo distinguen de otros tipos de movimientos. En este sentido, Brown et al. (2005) resumen estas propiedades agrupándolas en dos características principales:

- Los movimientos del cuerpo se organizan en patrones espaciales, diseño que incluye el mapa de la trayectoria del cuerpo en un espacio exocéntrico, así como un mapa visual y kinésico del esquema corporal en un espacio egocéntrico. Al incluir cada parte del cuerpo, cada secuencia de baile puede caracterizarse por la identidad y el número de sus unidades de movimiento que participan. Así, el baile tiende a ser una organización modular, compuesto por secciones o unidades que se intercalan de forma cíclica.
- Sincronización del cuerpo con el ritmo de la música. La gestualización durante el baile suele reflejar los arreglos de la música de ritmos bajos y altos hallados en patrones rítmicos musicales. De esta forma, el entrenamiento requiere una sincronización temporoespacial en relación con igualar el patrón rítmico con un patrón motor.

Ahora bien, el logro de la sincronía de los diferentes elementos antes mencionados requiere también el trabajo conjunto y coordinado de variadas áreas cerebrales. A modo general, los mismos autores refieren que la acción de bailar implica una compleja coordinación de esquemas neurales, requiriendo aptitudes mentales específicas para realizar la tarea de forma tal que, en términos simples, una zona del cerebro sea capaz de guardar una representación de la orientación corporal, permitiendo el movimiento dirigido a través del espacio, mientras que otra operaría a modo de sincronizador, permitiendo acompañar el movimiento a la música (Brown & Parsons, 2008). Además, la evidencia actual sugiere que el entrenamiento sensoriomotor y cognitivo puede modular las estructuras cerebrales involucradas en una práctica particular (Hanggi, Koeneke, Bezzola & Jancke, 2009).

De esta forma, si la escucha pasiva de la música como se ha mencionado supone la estimulación global del cerebro al influir en diferentes procesos tanto cognitivos como emocionales y sensoriomotrices, entonces la danza o el baile se perfila como una práctica aún más compleja al involucrar también la activación del cuerpo completo de la que

potencialmente se podrían obtener múltiples beneficios para la salud tanto física como mental. A modo de ejemplo, Kattenstroth et al. (2010) realizaron un estudio comparativo entre adultos mayores que habían estado bailando durante largo tiempo –catalogados como bailarines amateur- y otros que habían sido más sedentarios con el objetivo de poner a prueba la hipótesis que planteaba que la danza combinaría diferentes factores y tendría como resultados mejoras en el rendimiento sensorial, motor y cognitivo en aquellos en los participantes activos. Los autores midieron diferentes variables tales como rendimiento cognitivo, tiempo de reacción, postura, equilibrio y rendimiento motor, hallando como resultado un mejor desempeño en todas las variables en los sujetos que bailaban. Además, en actividades cotidianas como independencia, estado general de salud y nivel de satisfacción con la vida también mostraban resultados superiores, concluyendo que el mantener el baile como actividad permanente puede preservar las habilidades cognitivas, motoras y perceptuales, así como evitar que se degraden. Por lo tanto, más allá de los efectos positivos a nivel de balance y postura, la danza se presenta como un elemento primordial para la preservación de las competencias para la vida diaria durante la vejez (Kattenstroth et al., 2010; Olsson, 2012).

Danza/Movimiento Terapia: la danza como herramienta terapéutica

La Danza Movimiento Terapia (DMT) es una de las cuatro formas de terapia artístico-creativas, junto con la Dramaterapia, Músicoterapia y Arte-terapia (Meza, 2016). Surge en la época de 1940 en Estados Unidos a partir de la práctica de docentes de danza contemporánea expresionista en contextos clínicos de salud mental. Marian Chance es reconocida por ser una de sus impulsoras en Estados Unidos dado su trabajo con pacientes de la unidad psiquiátrica del Hospital Federal St. Elisabeth en Washington, D.C., utilizando el movimiento como una forma de comunicación. En Europa en 1950, Mary Whitehouse combina su formación en danza contemporánea, docencia y sus conocimientos de la teoría de Carl Jung con lo que comienza a visualizar una conexión entre la expresión en el movimiento espontáneo de sus estudiantes y la aparición de material simbólico compartido al finalizar las clases, dando origen a la técnica de Movimiento Auténtico. En Argentina, María Fux introduce la práctica con pacientes sordos y con Síndrome de Down (Fischman, 2001).

La danzaterapia es definida por la American Dance Therapy Association (ADTA) como el uso terapéutico del movimiento para promover la integración social, emocional, física y

cognitiva del individuo en pos de mejorar su salud y bienestar; es una comprensión holística del ser humano en el que se entiende que mente, cuerpo y espíritu están interconectados y son inseparables, de forma tal que los movimientos físicos reflejan estados emocionales internos por lo que el cambio en los primeros y sus posibilidades traen consigo cambios a nivel psicológico, impactando en la salud y desarrollo (Fischman, 2001; Welling, 2014).

La utilización del movimiento corporal aunado a la música en la búsqueda del lenguaje no-verbal, permite descubrir el mundo emocional interno, así como a conocer y mejorar la imagen corporal, contribuyendo a mejorar las disfunciones físico-psíquicas en individuos y grupos sociales (Buades & Rodríguez, 2005, p. 86).

Según Fischman (2001), la utilización de la danza como herramienta terapéutica une a la medicina y a la psicología desde sus orígenes a través de los rituales realizados por los médicos, sacerdotes o shamanes, prácticas en las cuales a través de la exaltación y la liberación de tensiones se hacía posible la transformación del sufrimiento físico y mental. Para esto, Welling (2014) plantea que la DMT se rige por cuatro premisas básicas para operar.

- El movimiento es un lenguaje, el primer lenguaje. La comunicación tanto verbal como no-verbal comienza en las etapas intrauterinas y continúan a lo largo de la vida por lo que los danzaterapeutas consideran que, tanto el lenguaje verbal como no-verbal son importantes, utilizando ambas formas de comunicación durante el proceso terapéutico.
- Cuerpo, mente y espíritu están interconectados.
- El movimiento puede ser funcional, comunicativo y expresivo. Los terapeutas observan, evalúan e intervienen en función de la observación del movimiento que emerge en la relación.
- El movimiento es tanto una herramienta de evaluación tanto como la forma principal de intervención.

Usando estas premisas para guiar su trabajo, los danzaterapeutas utilizan el movimiento del cuerpo, elemento central de la danza, como vía principal para un trabajo terapéutico. Se acercan y evalúan tanto los movimientos de sus clientes como los propios, utilizando o no la palabra para crear e implementar intervenciones que apunten a la integración emocional, social, física y cognitiva de las personas (Welling, 2014).

DMT y su relación con la Psicología

Como se ha venido planteando, la DMT es una práctica de tipo holística que implica ser humano en sus distintos niveles: físico, psíquico y social. Ha sido utilizada en salud mental desde sus inicios al proporcionar una forma de conexión y comunicación que puede ser utilizada para diferentes poblaciones y/o patologías. En otras palabras, para un contexto de psicoterapia "la DMT se basa en un enfoque relacional que asume al cuerpo y su movimiento como mediador de la experiencia y de la relación psicoterapéutica, sin perder de vista la palabra y su importancia como puente entre cuerpo y psique" (ADMT Chile, 2014).

La DMT es descrita como una disciplina abierta que está en constante evolución y recibe aportes desde distintas disciplinas y enfoques, principalmente desde la danza y las psicoterapias. Según la Asociación de Danza/Movimiento Terapia Chile–ADMT Chile (2014), desde el campo de la psicología sus fundamentos se encuentran en:

- La investigación sobre la comunicación no verbal.
- La Psicología del desarrollo humano, el Psicoanálisis, las teorías del apego temprano y los procesos vinculares.
- Los diferentes sistemas de Análisis del Movimiento (Laban-Bartenieff).
- Las investigaciones de las dimensiones neurobiológicas de la comunicación no verbal (tales como el descubrimiento de las neuronas espejo) y el desarrollo de las neurociencias cognitivas.

Son estas investigaciones, de diferentes áreas de la psicología, las que presentan mayor afinidad y brindan soporte a los postulados originalmente intuitivos de esta práctica (Wengrower & Chaiklin, 2013). Se trata de un tratamiento de carácter holístico que busca restaurar la relación del individuo consigo mismo a través de la integración psicofísica, utilizando para ello el movimiento y el material inconsciente que surja a través de él (Rodríguez, 2009; Sebiani, 2005). De esta forma, en palabras de la ADTA, la DMT es "la utilización planificada de cualquier aspecto de la danza con el propósito de ayudar a la integración física y psíquica del individuo" (en Rodríguez, 2011, p.6). Así, esta práctica se sustenta en la idea de la inseparabilidad del cuerpo y la mente, apuesta por el juego y la creatividad, conectando la emocionalidad con el movimiento y rompiendo el esquema cotidiano que constantemente establece la separación entre ambos (Sebiani, 2005).

Según Fischman (2001), el abordaje desde el movimiento se ocupa de la persona y su experiencia subjetiva en tanto esta última se presenta encarnada y en acción. Desde esta perspectiva, plantea, es posible el acceso a la persona desde formas elementales de sensopercepción, trabajando con el momento en que emerge cualquier elemento de la experiencia, ya que permite el encuentro en que surge el impulso que se convierte en acción. En palabras de Wergrower & Chaiklin (2013), "la DMT es una modalidad terapéutica relacional que interviene en función de los patrones de movimiento del paciente. A través de sus propias acciones, se refleja la experiencia percibida del mismo, entablándose un dialogo de movimiento con el terapeuta" (p.81).

Siguiendo esta línea, Rodríguez (2009), plantea que una característica central de la DMT es el uso del cuerpo como metáfora, es decir, a través de ésta como medio creativo de expresión simbólica y comunicación será posible la conexión entre mente y cuerpo, entendiéndola como un medio para la exploración del inconsciente. Desde esta perspectiva se propone que la utilización del movimiento permitirá a quien lo ejecuta abordar aspectos de su experiencia que no podría expresar en otros contextos, que ciertos movimientos pueden activar determinados estados emocionales que al ser compartidos pueden desplegar aspectos particulares de cada individuo y que, al proveer de un ambiente acogedor, se facilita la comunicación y la distensión de los modos conductuales defensivos (Rodríguez, 2009; Wergrower & Chaiklin, 2013). De esta forma, el terapeuta mientras facilita un espacio de creación y expresión, a la vez debe ser capaz de utilizar su formación clínica para recoger el material, el contenido y el sentido de estas metáforas dentro del marco psicoterapéutico. Al sintonizar con el paciente, se promueve y facilita la conexión a través del movimiento y la danza, se favorece la fluidez comunicativa de los elementos más aislados del sí mismo (Fischman, 2001; Wergrower & Chaiklin, 2013).

Fischman (2013) y Karkou & Meekums (2014), afirman que, en tanto forma de psicoterapia, la relación terapéutica es clave y, dentro de esta, la empatía kinestésica es utilizada como elemento central para el cambio, una forma sofisticada de entendimiento que facilita la expresividad del sí mismo y ofrece la posibilidad de una respuesta diferente a la vivida originariamente. En el proceso terapéutico, a través de la repetición, "se reactivarían necesidades frustradas del sí mismo en la transferencia de forma tal que el paciente busca inconscientemente una nueva oportunidad para restaurar su self dañado, a través del encuentro con respuestas más empáticas que las vivenciadas originariamente." (Fischman, 2013, p. 8)

Si bien existen diferentes métodos y técnicas para trabajar a través de la DMT en función del paciente o grupo de pacientes al que el terapeuta se enfrenta, además de su estilo personal, el punto central es devolver su unicidad al ser, dejar de lado la fragmentación entre lo físico y lo mental, "el movimiento es la llave para la integración de la expresión física y emocional, unificando el cuerpo y la mente, estableciendo un equilibrio entre las demandas que provienen del mundo interno y externo de la personalidad, integrando aspectos subjetivos y objetivos" (Fischman, 2001, p.4). En palabras de Diana Fischman (2013):

La eficacia de la DMT se relaciona con su posibilidad de trabajar con la conciencia de las experiencias corporales donde éstas emergen, o donde se recrean y repiten. Es así como la DMT opera en el lugar donde confluyen sensación y sentido. Como sostuvo Freud, uno de los aspectos del proceso terapéutico implica reconectar el afecto con la significación, allí donde se halla separado. Focalizar y trabajar con el cuerpo y el movimiento favorece además la integración del psiquesoma. (p. 6)

En particular para las personas que sufren de Alzheimer, la ADTA propone la danza/movimiento terapia como un método no farmacológico útil para el tratamiento de esta enfermedad, en tanto puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, así como también podría enlentecer el declive cognitivo. Al basarse en el principio de interconexión entre cuerpo y mente, el movimiento refleja patrones tanto del sentir como del pensar, por lo que la participación de los pacientes en las sesiones ayudaría a mejorar sus habilidades de enfrentamiento y compensaría déficits sensitivos. Por otro lado, la DMT alienta a las personas a expresarse sin importar su nivel funcional, ya que al involucrar los sistemas sensoriales también estimula las áreas físicas, emocionales y cognitivas del funcionamiento (Goldstein-Levitas, 2015).

Aplicaciones de la danza/movimiento terapia en salud mental

La DMT se presenta como una herramienta flexible que permite el trabajo con todo tipo de población teniendo en cuenta las características particulares y necesidades de el o los participantes. Como se ha mencionado, su acción terapéutica se produce mediante la empatía kinestésica, incluyendo el movimiento corporal, la comunicación no verbal y la danza, siempre en busca de la integración de uno mismo. De esta forma, es posible realizar un trabajo terapéutico con personas que presenten alguna limitación en las formas de comunicación más comunes, como la verbal o escrita. Entendiendo el movimiento como

reflejo de los estados y emociones internas, el cambio a nivel psicológico se produciría a través de la modificación de los movimientos de forma tal que se promueve –o devuelve- la integración cuerpo-mente en pacientes con o sin patología. (Arbonés & Marnet, 2015).

Si bien no es el objetivo de esta revisión abarcar todos los campos de acción en los que se ha aplicado la DMT, es importante destacar su uso extendido en diversos contextos y poblaciones relacionados con la salud mental. De esta forma, por ejemplo, cabe mencionar las investigaciones realizadas durante los últimos años del uso de esta disciplina para pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson en donde se reportan mejoras en el desempeño motor, movilidad y balance, además de proporcionar mejoras en la calidad de vida y mayor adherencia a la realización de actividad física, destacando particularmente la utilización del tango argentino como forma de intervención dados sus efectos positivos en la marcha de estos pacientes (Aguar, da Rocha & Morris, 2016; Butt, 2016; Earhart, 2009; Hackney & Earhart, 2010; Vicario, 2016).

Por otro lado, también se han realizado intervenciones con población infantil, adolescente y adulta; en casos de depresión (Pylvänäinen, Muotka & Lappalainen, 2015); para la adaptación a enfermedades graves (Sebiani, 2005); control de la violencia y el comportamiento agresivo (Lundy & McGuffin, 2005; Milliken, 2002); en casos de autismo (Hildebrandt, Koch & Fuchs, 2017); inclusión en el aula de clases (Robelen, 2010; Skoning, 2008), entre otros campos. Siguiendo esta línea, Megías (2009), resume a grandes rasgos las áreas y temáticas en las cuales se puede intervenir a través de la DMT, estando dentro de éstas: desordenes de conducta; problemas físico- emocionales, neurológicos o de integración social; discapacidades motoras, sensoriales, síndrome de Down; lesión cerebral motora, discapacidad intelectual, discapacidad motora gruesa y sensorial; problemas de aprendizaje; tercera edad. Cabe destacar que no sólo las poblaciones con dificultades o patologías son objeto de intervención, sino que también aplica para las poblaciones sanas, aquellas personas que busquen la exploración de su propio cuerpo y emocionalidad como forma de autoconocimiento.

Bienestar psicológico

El concepto de bienestar es un constructo complejo relacionado, en términos generales, con un funcionamiento psicológico óptimo y con la experiencia vivida (Ryan & Deci, 2001). En el campo de la psicología, el estudio científico del bienestar se ha dividido en diferentes tradiciones, siendo una de ellas la línea eudaimónica.

La tradición eudaimónica sostiene el concepto de bienestar en base a la idea de vivir una vida plena o de desarrollar los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta & Deci, 2008). Deriva de los planteamientos de Aristóteles y es especialmente desarrollada en su obra "Ética a Nicómaco", en la que incita a los hombres a vivir de acuerdo con su daimon o verdadero potencial, un ideal de perfección que orienta las acciones y otorga sentido a la vida (Vázquez et al., 2009). Así, la concepción eudaimónica sostiene que el bienestar se encuentra cuando las actividades cotidianas de las personas son congruentes con valores profundamente arraigados y suponen un compromiso pleno en el que éstas se sienten vivas y auténticas, existiendo como quienes son realmente; tiene, por lo tanto, relación con una forma de vivir (Ryan & Deci, 2001; Ryan, Huta & Deci, 2008; Vázquez et al., 2009). Siguiendo la visión aristotélica, Erich Fromm argumenta que un bienestar óptimo requiere la distinción entre aquellas necesidades que sólo se sienten a nivel subjetivo y cuya satisfacción conduce únicamente a un placer momentáneo, y aquellas que son inherentes al ser humano, cuya realización conduce al crecimiento y produce la eudaimonia, es decir, el *bienestar* (Fromm, 1981 en Ryan & Deci, 2001). Desde esta perspectiva, escriben Ryan & Deci (2001), no todos los deseos –y su satisfacción- producen bienestar, es decir, independiente del placer que produzca la consecución de un logro, algunos resultados no son necesariamente positivos para las personas y, por ende, no promueven el bienestar. De esta forma, establecen la diferencia entre la felicidad y el bienestar como tal.

En psicología, de la tradición eudaimónica se desprende el concepto de bienestar psicológico, término que se define como "el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo" (Ryff, 1989 en Vázquez et al., 2009). El constructo propuesto por Carol Ryff en 1989 presenta un acercamiento multidimensional frente al estudio del bienestar, estando constituido por seis aspectos distintivos de la actualización humana (Muratori, Zubieta, Ubillos, González & Bobowik, 2015; Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1995):

- Autonomía: relacionada con la necesidad de autodeterminación, independencia y autorregulación. Implica la capacidad de poseer un funcionamiento autónomo frente a la presión social y para la autoevaluación en base a parámetros personales.
- Crecimiento personal: implica un sentido de crecimiento continuo y desarrollo personal, es decir, un interés por desarrollar el propio potencial utilizando al máximo las diferentes capacidades que cada persona posee, siendo capaz de desarrollar el autoconocimiento y observar los cambios y mejoras a través del tiempo.

- Autoaceptación: implica una evaluación positiva de uno mismo y la propia vida, conociendo y aceptando los diferentes aspectos personales, tanto los positivos como negativos.
- Propósito en la vida: relacionado con la creencia de que la vida tiene un propósito y significado, dotando de sentido tanto a las experiencias pasadas como presentes. Implica poseer metas y un sentido de direccionalidad e intencionalidad.
- Control ambiental o dominio del entorno: la capacidad de agencia o de control en la vida propia y sobre el ambiente, creando ambientes que permitan satisfacer tanto las necesidades como los valores propios. A través de diferentes actividades permitiría la sensación de control e influencia sobre el contexto y las situaciones que ocurren.
- Relaciones positivas: implica la posibilidad de generar relaciones interpersonales satisfactorias, es decir, generando y manteniendo vínculos confiables y profundos con otros a través de sentimientos de empatía, afecto e intimidad.

Otra teoría que relaciona la eudaimonia a la autorrealización es la teoría de la autodeterminación, adoptándola como concepto central para el bienestar (Molinero, Salguero & Márquez, 2011; Muratori et al., 2015; Ryan & Deci, 2001). La teoría de la autodeterminación plantea que los seres humanos poseen tendencias innatas hacia el crecimiento personal y a involucrarse de formas efectivas y satisfactorias con su entorno (Molinero, Salguero & Márquez, 2011). Desde esta visión, se postula que habría tres necesidades psicológicas básicas para el crecimiento personal: la autonomía, la competencia y la vinculación. Estas tres necesidades, junto a un sistema metas congruentes y coherentes con los valores e intereses personales producirían un funcionamiento psicológico óptimo y, en consecuencia, el bienestar (Vásquez et al., 2009).

En esta teoría, se asume que el apoyo a la autonomía es esencial para la satisfacción de las necesidades psicológicas, por lo que en la relación con el ambiente se propone que éste favorezca el bienestar y la calidad de la vinculación en las relaciones a través de la autorregulación del comportamiento de forma voluntaria, en tanto que, si el ambiente actúa o es percibido como controlador y restrictivo, las tendencias innatas de implicación con el medio se verán frustradas, generando el malestar (Molinero, Salguero & Márquez, 2011).

En el contexto de enfermedades graves, en particular de la EA, son múltiples los factores que inciden en el bienestar psicológico, tales como la relación entre edad y felicidad, nivel

de actividad física, las condiciones mismas de la enfermedad, factores familiares, sociales, económicos, entre otros (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006). Los eudemonistas, por su parte, entienden la felicidad como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las virtudes y, en particular, de la razón (Muratori, Zubieta, Ubillos, González & Bobowik, 2015), sin embargo, pareciera ser que para los pacientes diagnosticados con EA ya no habría espacio para el desarrollo de potencialidades, sino que más bien los esfuerzos comienzan a enfocarse en la preparación y adaptación del entorno para el deterioro ineludible, en los cuidadores y en la preservación de las capacidades cognitivas ya existentes con el fin de retrasar la enfermedad dentro de los límites posibles.

Causa especial interés el énfasis que hace esta perspectiva en los aspectos positivos de la experiencia humana, en la evaluación de la calidad de vida y la felicidad, y no tanto en los aspectos más patológicos del funcionamiento, pasando la enfermedad a un segundo plano.

Siguiendo esta línea, la danza/movimiento terapia promueve entre sus principios el entendimiento del ser humano como un ser completo, sin ver el cuerpo y la mente como entidades separadas. Al igual que la terapia centrada en la persona propuesta por Rogers, en la DMT se busca el reconocimiento del otro como tal, se responde a las necesidades y al sufrimiento de la persona a través de la empatía y aceptación incondicional, permitiendo un espacio de actualización de las capacidades basándose en los propios recursos del paciente (Schmid, 2006). En palabras de María José Sendra, directora del centro de DMT Vaivén, “al tomar sus movimientos, copiarlos, reproducirlos y devolverlos, produce un ciclo de empatía en el que es posible decir, con o sin palabras, yo te acepto como eres” (M.J. Sendra, entrevista telefónica, 05 de Julio de 2017).

Con esto presente, la aplicación de un programa DMT podría contribuir a mejorar -o incluso, recuperar- el bienestar psicológico de los pacientes con EA, en tanto brindaría un espacio multidisciplinario para explorar el cuerpo y su emocionalidad, así como también de una oportunidad de socializar, provocar estados emocionales positivos e incentivar la actividad física, transformándose en un espacio para recuperar a la persona que hay detrás del diagnóstico.

Metodología

Se realizó la búsqueda de material bibliográfico a través de los buscadores académicos National Center for Biotechnology Information (NCBI)/Pubmed, Apa (Psycnet), Scielo, Science Direct, Cochrane Library y SpringerLink, utilizando como palabras clave “danza”, “movimiento”, “danzaterapia”, “danza/movimiento terapia”, “dmt”, “alzheimer”, “demencia”, “ejercicio físico”, y sus equivalentes en inglés “dance”, “movement”, “dance therapy”, “dance/movement therapy”, “dementia”.

Dada la escasez de investigaciones que involucren la DMT con patologías como Alzheimer, fueron considerados todos los artículos encontrados entre el año 2000 y 2017, dando prioridad a revisiones y estudios experimentales. Se consideraron artículos escritos en español e inglés. En cuanto al grupo etario se consideró la población de adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer sin diferenciar por género o etapa de la enfermedad. Esta población fue definida entendiendo que, pese a la existencia casos de presentación temprana de la patología entre los 30 y los 60 años, ésta se presenta mayoritariamente en adultos por sobre los 60 años (Red de salud UC, 2017). También fueron revisados artículos citados en las investigaciones seleccionadas.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con dificultades en el acceso a artículos de interés, además de la escasez de estudios experimentales que pudieran brindar un mayor soporte empírico sobre los alcances de la DMT en la población especificada.

Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en la búsqueda para responder a la pregunta de investigación ¿Qué beneficios puede aportar la danza/movimiento terapia como parte del tratamiento no farmacológico de pacientes que cursan con demencia de tipo Alzheimer a nivel cognitivo y socio afectivo? Los resultados serán descritos según el tipo de estudio llevado a cabo, es decir, serán divididos en revisiones, investigaciones empíricas y ensayos/testimonios, incluyendo sus respectivas discusiones y conclusiones.

Inicialmente se encontró un total de 37 artículos publicados en los buscadores que contenían, ya sea en sus resúmenes o títulos, las palabras claves utilizadas. De esos 37, 27 fueron descartados en tanto no cumplían o cumplían sólo parcialmente los criterios de inclusión -por ejemplo, aquellos que hablaban de la eficacia de la DMT para otras poblaciones con patologías graves tales como cáncer de mama, enfermedad de Parkinson y depresión; aquellos que abordaban los efectos del ejercicio o actividad física a nivel general para adultos mayores; o aquellos que mencionaban los efectos del baile en general, mencionando diferentes estilos, para la salud tanto de la población buscada como para otras poblaciones con o sin patologías-. Finalmente, 10 artículos que cumplían con el total de los criterios de inclusión fueron seleccionados para el análisis, es decir aquellos estudios que aludieran a una relación entre la DMT y EA o demencia.

En la tabla 1 se presenta la lista de los artículos seleccionados:

Tabla 1. Lista de artículos seleccionados para revisión ordenados por tipo y año de publicación

	Tipo de estudio	Título	Autor/es	Año
1.	Revisión	Dance as a treatment for neurological disorders	Lossing, A., Moore, M. & Zuhl, M.	2016
2.	Revisión	Dance/movement therapy for dementia	Karkou, V. & Meekums, B.	2016
3.	Revisión sistemática	Dance movement therapy in the context of geriatric psychiatry	Jiménez, M. E.	2016
4.	Revisión sistemática	Systematic review of systematic reviews of non -pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia.	Abraha, I. et al.	2017

5.	Investigación empírica	Dance/movement therapeutic methods in management of dementia	Hokkanen L., et al.	2003
6.	Investigación empírica	Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study	Hokkanen L., et al.	2008
7.	Investigación empírica	“Dancing down memory lane”: Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—a pilot study	Hamill, M., Smith, L. & Rohricht, F.	2011
8.	Investigación empírica	Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners	Bräuninger, I.	2014
9.	Investigación empírica	Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIE): qualitative analysis of a clinical trial in older adults with dementia	Wu, E., Barnes, D., Ackerman, S., Lee, J., Chesney, M. & Mehling, W.	2015
10.	Ensayo/testimonio	Dance/Movement Therapy and Sensory Stimulation: A Holistic Approach to Dementia Care	Goldstein-Levitas, N.	2016

Revisiones

En la búsqueda se encontraron cuatro revisiones que hablaban de alguna relación entre la DMT y demencia. Dos de éstas se trataban de revisiones generales, mientras que los dos restantes correspondían a revisiones sistemáticas. En la Tabla 2 se presenta el resumen general de los textos encontrados.

1. En su trabajo, Lossing, Moore & Zohl (2016) buscaban explicar las teorías propuestas en el último tiempo que sugieren cómo los cambios neurales son mediados a través de la danza y discutir los efectos positivos para quienes sufren trastornos neurológicos, enfatizando en la enfermedad de Parkinson (EP), demencia y depresión. De un total de 11 publicaciones, cuatro correspondían a EP, tres a demencia y cuatro a depresión. Las investigaciones halladas con relación a demencia correspondían a dos ensayos clínicos con un grupo aleatorio versus un grupo control y un tercer estudio que comparaba dos tipos de intervenciones de baile. El primero correspondía a un programa de baile todos los días durante 30 minutos por 12 semanas. Los resultados de este estudio fueron mejoras en la cognición y fluencia verbal medidas a través del Mini Mental State Examination (MMSE) y

el subtest de fluencia verbal del Amsterdam Dementia Screening Test, respectivamente. El segundo estudio consistía en una intervención de DMT una vez por semana durante 9 semanas con sesiones de 30-40 minutos, los resultados arrojaban mejoras en las habilidades visoespaciales y de planificación, medidas a través del Clock Drawing Test. El tercer estudio comparaba la implementación de dos tipos de intervención: baile social y baile circular. Los resultados de este reportaban mejoras en las habilidades de comunicación y conexión social tanto entre los participantes del grupo como entre éstos y sus familiares que también accedían a la actividad.

Los autores concluyen que la integración de la música y el ejercicio que posee la danza, así como su capacidad para estimular a nivel cognitivo y psicoafectivo, la posicionan como una intervención efectiva frente a diversas enfermedades neurológicas. Además de reducir potencialmente un amplio conjunto de síntomas, también es rentable y entretenida, lo que incrementa la adherencia y satisfacción del paciente.

2. La revisión de Karkou & Meekums (2017) tenía por objetivo evaluar los efectos de la DMT en los síntomas conductuales, sociales, cognitivos y afectivos de pacientes con demencia en comparación a otros pacientes no tratados, con tratamientos estándar y otras terapias, además de comparar diferentes estilos de DMT.

Se identificaron 102 estudios a través de búsquedas electrónicas y comunicación personal, de los cuales 80 fueron analizados por título o abstract. De estos, 19 fueron leídos por completo, pero ninguno cumplía los criterios de inclusión buscados. Pese al hallazgo de tres estudios que mencionaban la DMT como intervención, éstos fueron descartados por no ser dirigidos por profesionales calificados. Por lo tanto, los autores no incluyeron ningún estudio en la revisión.

Los autores concluyen que, pese al crecimiento de la literatura investigativa sobre este tema, los tipos de estudios realizados hasta el momento no cumplen con los criterios especificados para ser incluidos en esta revisión. Sugieren la necesidad de generar más investigaciones en esta área, con muestras más amplias y recomendando que investigaciones futuras sean más cuidadosas con la metodología utilizada, utilizando criterios más definidos y reduciendo los sesgos, ya que estas serían intervenciones complejas dado su potencial para impactar a nivel afectivo y social.

3. Abraha et al. (2016) realizaron una revisión sistemática de revisiones sistemáticas en relación con intervenciones no farmacológicas como tratamiento a desórdenes de conducta en personas mayores con demencia. Su objetivo era evaluar la evidencia que sustenta este tipo de intervenciones con el fin de proporcionar un compendio de trabajo para el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia.

Se analizaron 38 artículos a través de una búsqueda electrónica de los cuales se obtuvieron 142 estudios primarios y de los que se extrajeron detalles sobre intervenciones no farmacológicas. Las intervenciones fueron clasificadas en las siguientes categorías: a) Intervenciones de estimulación sensorial; b) Intervenciones cognitivo-emocionales; c) técnicas de manejo conductual, y d) otras intervenciones.

Dentro de las intervenciones de estimulación sensorial, en la categoría de canto/música y danza terapia, se encontraron dos revisiones relacionadas con esta última. El primero buscaba evaluar las pruebas relativas a las intervenciones de danza en las enfermedades físicas y mentales en comparación con otros tipos de intervenciones o intervenciones no específicas. Esta revisión identificó 13 estudios pequeños que reportaron resultados a partir de 11 ensayos aleatorios, pero de los cuales sólo uno consideraba pacientes con demencia. Los resultados de este último no mostraban diferencias importantes a favor de la DMT. La segunda revisión buscaba evaluar los efectos de la DMT y los bailes de salón versus la atención habitual para pacientes adultos con alteraciones físicas y mentales. La revisión identificó sólo un estudio que investigaba la intervención en población con demencia y que también estaba incluido en la revisión anterior.

Entre las limitaciones de la investigación se mencionan la heterogeneidad de los tipos y características de las intervenciones, el criterio de edad para la búsqueda de material y la exclusión de estudios anteriores a 2009. Pese al considerable número de artículos incluidos en la revisión, la evidencia que respalda la eficacia de estos tratamientos es limitada con relación a calidad metodológica y tamaño de muestras, además de la presencia de importantes variaciones en la taxonomía de las intervenciones no farmacológicas, los resultados evaluados y las herramientas utilizadas para evaluar esos resultados.

4. Por último, Jiménez (2016) realizó una revisión sistemática de la literatura publicada en relación con la DMT en contextos de psiquiatría geriátrica. Su objetivo era evaluar los estudios que habían sido realizados con intervenciones de DMT para adultos mayores con más de 60 años y que sufrieran problemas de salud para estimar la evidencia de los

posibles beneficios de la práctica en este contexto. La búsqueda incluyó sólo artículos disponibles en inglés, alemán o francés.

Se revisó un total de 21 artículos que utilizaban diferentes acercamientos de intervención. De total, 14 artículos eran estudios cuantitativos, seis cualitativos y uno utilizaba métodos mixtos. La mayoría de ellos tenía foco en demencias, excepto dos que se centraban en depresión y en otras enfermedades mentales geriátricas, tales como trastornos del ánimo y ansiedad. Siete de los 21 estudios recomendaban la DMT como un acercamiento terapéutico para mejorar la interacción entre cuidadores, familiares y pacientes con demencia. El metaanálisis encontrado sostiene que la DMT es un tratamiento útil y efectivo en contextos clínicos y preventivos.

La mayoría de los estudios reportaban mejoras la calidad de vida, comunicación e interacción social, así como otros beneficios. Aunque ninguno presentó cambios significativos o no se controlaron pruebas múltiples, la mayoría de los autores sostienen haber observado efectos positivos. Sin embargo, la autora reporta importantes limitaciones en la revisión de los estudios realizados tales como falta de mención explícita de los diseños de investigación; falta de claridad en la descripción metodológica; falta de discusiones sistemáticas de los procedimientos de análisis; todos los estudios, salvo uno, tenían muestras pequeñas (menos de 30 personas); pocos estudios plantean proyectos de seguimiento y análisis post-intervención. Otras limitaciones se referían a la escasez de estudios empíricos de DMT en esta población, ya que un tercio de las publicaciones revisadas recopilaba los otros dos tercios. Por otro lado, las intervenciones y los supuestos efectos de la DMT son definidos de forma amplia, lo que debilita la transparencia metodológica y dificulta la clarificación y evaluación de declaraciones hechas en nombre de la DMT.

Comentario.

Se observa en los estudios revisados que existen resultados comunes en las búsquedas de los autores. Tres de los cuatro estudios concuerdan en que, si bien existen efectos positivos que provee la DMT a los pacientes con demencia, éstos no presentan significación estadística o no difieren de otras intervenciones. Es notable el hincapié que hacen todos los artículos en las debilidades que encontraron durante sus investigaciones, hallando importantes sesgos metodológicos en los diseños evaluados, por lo que coinciden en la

necesidad de generar más investigación y mejorar los criterios metodológicos que permitan resultados significativos y generalizables.

Tabla 2. Resumen de revisiones y revisiones sistemáticas en orden alfabético

Autor	Año	Bases de datos	Población	Intervención/es	Estudios analizados	Resultados
Abraha et al.	2017	Cochrane Database, Pubmed, PsycINFO, CINAHL.	Personas mayores de 60 años con diagnóstico de demencia que presentaran síntomas conductuales y psicológicos asociados a la enfermedad.	a) Estimulación sensorial (acupuntura, aromaterapia, terapia de luz y jardín sensorial); b) Cognitivo-emocionales (estimulación, cognitiva, canto, música y danza terapia, snoezelen, estimulación eléctrica transcutánea, terapia reminiscente, terapia de validación y de presencia simulada); c) Manejo conductual d) Otras (terapia de ejercicios, zooterapia, unidad de cuidados intensivos).	38	Música terapia fue la intervención más efectiva para reducir la agitación y la ansiedad. Para la agitación sintomática y severa intervenciones más efectivas fueron las técnicas de manejo conductual basadas en el hogar, las intervenciones en los cuidadores o entrenamiento en habilidades comunicativas para el personal, cuidados centrados en la persona o el seguimiento de los cuidados de la demencia con supervisión.
Jiménez, M.	2016	CINAHL, Medline, PsycINFO, PSYINDEX; Google Scholar.	Personas de 60 años o más que presenten alguna condición psiquiátrica (incluye demencias).	Danza/movimiento terapia	21 (12 primarios, 9 secundarios)	Mejoras en calidad de vida, comunicación e interacción social. Sin embargo, los cambios no son significativos y los estudios presentan limitaciones metodológicas importantes.
Karkou et al.	2017	ALOIS	Personas diagnosticadas con algún tipo de demencia, en cualquiera de sus etapas.	Danza/movimiento terapia	0	Los autores no incluyeron estudios en su revisión, ya que ninguna de las publicaciones identificadas cumplía con los criterios de inclusión.
Loosing et al.	2016	Sin especificar	Personas con trastornos neurológicos. Énfasis en enfermedad de Parkinson, demencia y depresión.	Danza terapia	11	Se encontraron 2 estudios en torno a DMT y demencia en los que se observaron mejoras en habilidades visoespaciales, de planificación, comunicación y conexión social.

Investigaciones empíricas

Se encontró un total de cinco estudios experimentales o ensayos clínicos realizados entre 2003 y 2014. La Tabla 3 contiene el resumen general de estas publicaciones.

5. Los primeros dos estudios fueron llevados a cabo por Hokkanen et al (2003; 2008). En el estudio piloto desarrollado por estos autores (Hokkanen et al., 2003) desarrollaron intervenciones de DMT aplicables a un hogar para personas con demencias y evaluaron si habría mejora en el nivel verbal y cognitivo o si habría una disminución de los síntomas conductuales de los pacientes. El programa fue aplicado en sesiones semanales de 30 a 45 minutos durante 16 semanas. El grupo estuvo conformado por cuatro pacientes con EA en etapas moderadas a severas, todos con tratamiento farmacológico activo. El personal del centro fue capacitado y supervisado por un danzaterapeuta profesional. La evaluación del grupo fue realizada antes, durante y después de la intervención, en diferentes momentos para cada área de interés a través del Mini Mental State Examination (MMSE), tareas de descripción de imágenes y la subprueba del test de Boston para Afasias: Cookie theft picture.

Los resultados del estudio mostraron un efecto favorable en el área verbal, aunque sin significación estadística. El nivel cognitivo de los pacientes se mantuvo sin variaciones, lo que es interpretado de forma positiva un mes después de la intervención, mientras que los síntomas conductuales se mantuvieron relativamente estables durante el periodo de evaluación. Se esperaba también una disminución en los síntomas apáticos o depresivos, aunque no hubo observaciones al respecto. Sin embargo, sí se observó un incremento en la disposición a la interacción social.

Pese a la buena adherencia a la intervención, los resultados fueron sólo preliminares y no era posible hacer generalizaciones dado el tamaño de la muestra.

6. En 2008, replicaron nuevamente su estudio con el objetivo de evaluar si es que habría mejora en el comportamiento o nivel cognitivo de los pacientes con demencia. Esta vez, la intervención de DMT consistió en nueve sesiones de 30-45 minutos con un intervalo de una semana entre una sesión y otra, mientras que el grupo control pasaba la misma cantidad de tiempo juntos en actividades regulares del hogar. Las evaluaciones se realizaron una antes, durante y después de la intervención. Las pruebas utilizadas fueron: Mini Mental State Examination (MMSE), Word List savings score, Clock Drawing Test, Cookie Theft

picture description task en conjunto con otras imágenes alternativas y Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER).

En el estudio participó un total de 29 pacientes reclutados de manera aleatoria, la mayoría de ellos mujeres (76%) y 14 presentaban EA. Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: un grupo de intervención con 19 participantes y un grupo control con 10, todos ellos con tratamiento farmacológico.

En sus resultados los autores reportan leves mejoras en el grupo intervenido, principalmente en las tareas relacionadas con habilidades visoespaciales, de planificación, autocuidado y actividades cotidianas. Por otro lado, los síntomas conductuales se mantuvieron relativamente estables, mientras que en las tareas de memoria no se observaron efectos.

Al igual que en su propuesta anterior, Hokkanen et al. concluyen que la DMT pareciera ofrecer una opción al tratamiento de la demencia, teniendo efectos en la cognición y las habilidades de autocuidado (Hokkanen et al., 2008).

7. Hamill, Smith & Rohricht (2011) desarrollaron un estudio piloto centrados en el baile circular como intervención terapéutica. Su objetivo era indagar en los efectos de esta intervención en personas con demencia y sus cuidadores.

El estudio fue llevado a cabo en Londres, Reino Unido. Los participantes fueron reclutados a través de referencias del servicio de salud mental para personas mayores (Mental Health Care of Older People's service); fueron seleccionados aquellas personas con demencia moderada a severa que expresaran algún tipo de malestar emocional (aislamiento, ansiedad, agitación) y cuidadores que sufrieran "el síndrome del cuidador".

La intervención fue realizada por un psicólogo clínico del servicio y por una enfermera con experiencia en el equipo de cuidado de personas con demencia, quienes fueron capacitados y supervisados regularmente.

Se seleccionó un total de 18 personas, de las cuales sólo 10 participaron en el grupo. El diseño no contempló un grupo control. Las sesiones tuvieron una frecuencia semanal de 45 minutos durante 10 semanas. Las evaluaciones fueron realizadas antes y después de la terapia grupal y las herramientas utilizadas fueron Mini Mental State Examination (MMSE), Quality of Life Scale in Alzheimer's Disease (QoL-AD) y The General Health Questionnaire

(GHQ-12). Se completaron hojas de progreso semanal y, al finalizar el programa, los participantes fueron entrevistados para conocer sus opiniones.

Dos de cada siete pacientes presentaron mejoras en su estado cognitivo después de la terapia y cinco de cada siete notaron una mejora en su calidad de vida. El cuestionario de salud general no mostró variación durante la intervención. Además, se reportaron mejoras en el estado de ánimo, en la concentración y en las interacciones; los participantes valoraron el conocer nuevas personas y mostraron interés por asistir a las sesiones grupales. Por otra parte, tres cuidadores informaron que el grupo les ayudó a reconocer la realidad del diagnóstico de la demencia, a procesar sus sentimientos de dolor y pérdida, así como a ver más allá del diagnóstico en las personas que cuidan.

Entre las limitaciones del estudio, los investigadores mencionan que, dado el tamaño de la muestra, los resultados de la intervención no son generalizables. Por otro lado, reconocen que la metodología utilizada no fue adecuada a los objetivos del estudio, mencionando, por ejemplo, que el MMSE no fue una herramienta adecuada para capturar los cambios cognitivos o cambios más sutiles observados por los terapeutas. Pese a lo anterior, consideran que los cambios observados son campo fértil para investigaciones futuras.

8. Wu et al. (2015) diseñaron el programa PLIÉ, un programa de ejercicios para personas con demencia que combina elementos de diferentes modalidades de ejercicio, tanto convencionales como complementarias, centrándose en el entrenamiento de la memoria procedimental para movimientos funcionales básicos al tiempo que incrementa la conciencia corporal y facilita la conexión social. Su objetivo era utilizar una investigación cualitativa para examinar de qué manera la intervención influenciaba las experiencias de los participantes, en particular las funciones de sus movimientos, la relación con sus cuerpos, interacciones sociales, afectos y el uso de memoria implícita.

El programa se desarrolló durante dos años, tiempo en el que se incluyó revisión de la literatura, observaciones de clases de ejercicios para personas con demencia, entrevistas con instructores con experiencia en el campo y videoconferencias con profesionales de diferentes áreas tales como yoga, tai-chi, Feldenkrais, DMT, entre otras. El ensayo fue conducido por tres instructores, dos certificados en el método Feldenkrais y uno en el método Rosen de educación somática. Las sesiones tuvieron una duración promedio de 45 minutos, tres veces por semana. El ensayo clínico fue realizado en dos etapas durante 18 semanas en el que participó un total de 11 pacientes, nueve mujeres y dos hombres, con

una edad promedio de 84 años; 6 de ellos tenían diagnóstico por EA. Todos ellos eran atendidos en un centro de día para personas con Alzheimer y otras demencias en la ciudad de San Francisco, California. Los participantes fueron divididos en dos grupos: el primero de ellos asistió durante la primera fase a las actividades del programa, mientras que el segundo participó en las clases de ejercicio tradicional; durante la segunda etapa los grupos fueron intercambiados.

En sus resultados, los investigadores reportan tres grandes temas emergentes: a) cambios funcionales que incluían incremento de la conciencia corporal, de la memoria procedimental y habilidades funcionales; b) cambios emocionales relacionados con una mayor aceptación del descanso, compartir sentimientos e historias personales y una actitud positiva hacia el ejercicio y, c) cambios sociales que incluían interacciones sociales más coherentes y amistades.

Entre las limitaciones del estudio, los investigadores mencionan: a) las observaciones fueron mayormente realizadas a través de los apuntes de los terapeutas; b) tamaño de la muestra; c) la amplitud de comportamientos que presentan las personas con demencia podrían también reflejar estilos implícitos que sean indicativos de sus experiencias personales y culturales, y d) los cuidadores no estaban involucrados en interacciones diarias con los participantes por lo que tenían dificultades para proveer información detallada sobre los cambios durante el programa.

Finalmente, los investigadores concluyen que, incluso cuando los pacientes con demencia no pueden evocar o reconstruir información de forma explícita, es posible que puedan aprender habilidades funcionales y desarrollar su personalidad a través de un programa de ejercicios integrativo. La combinación entre el ejercicio convencional con un foco en la conciencia y conexión cuerpo-mente dentro de un grupo social, permite al programa PLIÉ ofrecer no solo avances funcionales, sino también ayudar a los pacientes a tener una nueva experiencia de sí mismos en diferentes formas. Estos cambios podrían retrasar el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

9. Por último, Bräuninger (2014) realizó una investigación a través de internet con los objetivos de: a) presentar las principales temáticas que surgían en las sesiones de DMT con las personas mayores e informar sobre las intervenciones que habían tenido éxito; b) identificar cómo los profesionales evaluaban los beneficios de la DMT; c) para identificar las

estrategias de afrontamiento utilizadas por los terapeutas; d) sugerir las condiciones de trabajo óptimas y, e) para establecer la base de la teoría y práctica de la DMT con la tercera edad.

La autora contactó a las asociaciones de Danza/movimiento terapia de Suiza, Austria y Alemania para que extendieran la invitación a sus miembros a través de correo electrónico. Por su parte, invitó a participar a 13 colegas de un hospital psiquiátrico suizo y a 10 danzaterapeutas. En total, fueron contactados 683 terapeutas con el fin de que respondieran una serie de preguntas cerradas, abiertas y semi-abiertas. Del grupo contactado respondieron 113 profesionales en total (16,7%), la mayoría de ellos mujeres (93, 5%).

De los terapeutas se recopilaron datos demográficos, años de experiencia, membresía en asociaciones, características de los ambientes de trabajo, terapia y enfermedades de los asistentes. Por otro lado, se reportó que los temas más recurrentes que aparecían en las sesiones eran aquellos relacionados con la calidad de vida, con el cansancio vital y suicidio, cognición y demencia, y seguridad. Los tópicos asociados a la resiliencia fueron aceptación de la vida y de uno mismo, y competencia personal. En cuanto a las intervenciones, las más utilizadas fueron movimientos guiados, juegos, improvisación y baile en parejas o en círculo.

El análisis de los 113 cuestionarios ofrece guías de intervención y ejemplos para diferentes contextos. Cerca del 90% de los profesionales coincidió en que la DMT debiera ser ofrecida de forma ambulatoria, asegurando que mejora la calidad de vida, la movilidad, la salud mental, el contacto social y la reducción del aislamiento. Además de ser rentable, la práctica de la DMT reduciría de pensamientos suicidas y riesgo de caídas, confiando en que las experiencias físicas positivas mejoran la movilidad, la conexión con uno mismo y el cuerpo, además de tener un efecto dinamizador.

Las limitaciones de la investigación se relacionan con la fiabilidad de la evidencia, ya que esta sólo se sustenta en opiniones de los terapeutas; las temáticas emergentes que no cuentan con abordaje científico hasta el momento, como el suicidio; las limitantes culturales, ya que el grupo pertenecía a una misma región geográfica; y los sesgos de traducción.

Los resultados del estudio muestran cómo los terapeutas evalúan los beneficios de la DMT para los adultos mayores, quienes coincidieron en que la DMT es un apoyo para

mejorar la calidad de vida a través de diferentes elementos que no son sólo aplicables a esta población. Además, señalan que la DMT estabiliza funciones cognitivas, respeta la dignidad de los adultos mayores y es rentable, por lo que puede ser una opción adecuada para ser integrada en los servicios e instituciones de salud.

Comentario.

Todas las investigaciones empíricas revisadas destacan los efectos positivos de las intervenciones con DMT. A diferentes niveles, se observaron efectos que van desde fluencia verbal y otras funciones cognitivas hasta mejoras en el ánimo, las relaciones personales y la calidad de vida, lo que dota a la DMT de un potencial importante en tanto intervención global. Sin embargo, las muestras en general son pequeñas y, al igual que se menciona en las revisiones anteriores, éstas no pueden ser extrapoladas a una población más numerosa. Por otro lado, al menos dos estudios estuvieron mayormente basados en los reportes de los terapeutas, lo que puede suponer alguna limitante en cuanto a objetividad y fiabilidad. Pese a lo anterior, si se toman como resultados preliminares, todas estas investigaciones abren un campo fértil de investigación, ya que además de los resultados a nivel personal y social, la intervención de DMT es rentable y genera buena adherencia en los pacientes, facilitando su aplicación.

Tabla 3. Resumen de investigaciones empíricas en orden alfabético

Autor	Año	Población	N	Intervención	Grupo control	Duración	Resultados
Bräuninger, I.	2014	Danzaterapeutas de Suiza, Austria y Alemania	113	Aplicación de un cuestionario a través de internet	No	-	Cerca del 90% de los profesionales coincidió en que la DMT ayuda a mejorar la calidad de vida, la movilidad, la salud mental, el contacto social y la reducción del aislamiento; reduciría pensamientos suicidas y riesgo de caídas. Experiencias físicas positivas mejoran la movilidad, la conexión con uno mismo y el cuerpo.
Hamill et al.	2011	Personas con demencia moderada a severa que expresaran algún tipo de malestar emocional y cuidadores que sufrieran "el síndrome del cuidador"	10	Danza circular	No	45 minutos, 1 vez por semana durante 10 semanas.	Mejoras en estado cognitivo, calidad de vida, estado de ánimo, concentración e interacciones. Resultados no generalizables.
Hokkanen et al.	2003	Pacientes con EA en etapas moderadas a severas.	4	Danza/movimiento terapia	No	30-45 minutos, 1 vez por semana durante 16 semanas.	Cambios favorables en el área verbal, nivel cognitivo sin variaciones, síntomas conductuales relativamente estables, mejoras en la disposición a la interacción social y sin cambios en estados de ánimo. Sin embargo, efectos positivos no tienen significación estadística.
Hokkanen et al.	2008	Pacientes con demencia residentes de una casa de cuidados	29	Danza/movimiento terapia	Si	30-45 minutos, 1 día semana por medio,	Mejoras leves en habilidades visoespaciales, de planificación, autocuidado y actividades cotidianas. Sin efectos observables en memoria.

						durante 9 semanas.	
Wu et al.	2015	Pacientes de 55 años o más, con demencia (incluye EA), con inglés fluido y que participaran en las actividades del centro de día al menos 2 veces por semana.	11	Programa de ejercicios (yoga, tai-chi, Feldenkrais, DMT y otros)	Si	45 minutos, 3 veces por semana durante 18 semanas.	Cambios funcionales, emocionales y sociales que podrían retrasar el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ensayos/testimonios

Sólo fue encontrado un testimonio publicado que relacionara la DMT como una intervención efectiva para el cuidado de las demencias.

10. Goldstein-Levitas (2016) es una danzaterapeuta residente en Estados Unidos. En su escrito busca discutir el valor terapéutico que tiene la DMT para la estimulación sensorial, específicamente los efectos positivos que tiene para las personas con demencia.

En su artículo problematiza sobre el envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades como las demencias, sus tratamientos tradicionales, los problemas asociados a estos últimos y las ventajas de las intervenciones no farmacológicas, en particular la danza/movimiento terapia. A través de una revisión de la literatura argumenta en favor de esta intervención para pacientes con demencias.

En primer lugar, relaciona la DMT con estimulación sensorial y demencia, argumentando que los elementos de estimulación sensorial -utilería, música y efectos sonoros- suelen ser utilizados tanto para estimular los procesos cognitivos como para fomentar la conexión entre los miembros del grupo. De esta forma, la estimulación sensorial orgánica que se produce en las sesiones funciona como un catalizador que facilita la cognición y autoexpresión de los miembros, con independencia de su nivel funcional. Así, por ejemplo, menciona que los movimientos físicos realizados en sesión producen imágenes sensoriales, teniendo un efecto reminiscente en los participantes y permitiéndoles pasar desde lo simbólico a la expresión verbal. De sus propias observaciones destaca el cambio que ocurre en los pacientes a lo largo de la sesión, quienes inicialmente pueden mostrarse agitados, aislados o deprimidos y posteriormente se muestran calmados, sonrientes y realizando contacto visual. En segundo lugar, relaciona la neurofisiología de la DMT con la estimulación sensorial. La DMT alteraría la cognición a través de neurotransmisores; las acciones motoras se unen a estímulos sensoriales entrantes, dando lugar a múltiples respuestas fisiológicas. De esta forma, la estimulación sensorial promueve cambios neurales, la adaptación a la pérdida de memoria, la conexión entre la mente y el cuerpo y, principalmente, la calidad de vida, la que a su vez mejora el funcionamiento del sistema inmunológico, reduce el cortisol, promueve las interacciones significativas y las habilidades de enfrentamiento frente al curso de la enfermedad.

A partir de su experiencia personal y la revisión de la literatura, la autora concluye y resalta la concordancia entre ambos y critica la falta de investigaciones que puedan validar el uso de estas intervenciones. Sugiere la creación de nuevas herramientas que permitan evaluar la efectividad de la DMT, tales como la medición de los niveles de cortisol, ritmo cardiaco y respiratorio, presión sanguínea, entre otros elementos posterior a la realización de cada sesión, además de la utilidad de incorporarla en los centros de día y de larga estadía, tanto para los pacientes con demencia como para sus cuidadores como una nueva forma de responder a sus necesidades.

Comentario.

Es destacable la inclusión de al menos una publicación que recabe y reporte información a partir de la propia experiencia como una forma diferente de crear y acceder al conocimiento. Como danzaterapeuta, la autora plantea desde sus observaciones los efectos positivos que la DMT puede aportar a los pacientes con demencia y sus familiares o cuidadores. A partir de su relato, se vuelve a plantear la eficacia de esta intervención a nivel global del sujeto, habiendo desde cambios neuronales hasta conductuales y afectivos, resaltando las posibilidades de crear nuevas herramientas para generar más investigación para evaluar sus efectos.

Discusiones

Discusión de los estudios revisados

Se analizaron 10 publicaciones entre revisiones, ensayos clínicos y testimonios que permitieran sustentar los efectos beneficiosos de la DMT. De las cuatro revisiones, tres incluyeron publicaciones y sólo dos encontraron algún tipo de efecto relacionado con la DMT, los cuales se veían reflejados principalmente en el área socioafectiva y, en menor medida, en el área cognitiva.

De las cinco investigaciones de campo, cuatro fueron aplicaciones de programas de intervención y una recopilación de opiniones de danzaterapeutas. Todas las investigaciones arrojaron resultados positivos en términos de funcionamiento afectivo, social y cognitivo, aunque sin significación estadística.

El testimonio encontrado presentaba una forma de acercamiento distinta a las publicaciones anteriores, ya que se basaba principalmente en experiencias y observaciones en primera persona. Es destacable la interrelación entre la práctica de la DMT, procesos fisiológicos y cambios a nivel socio afectivo en los pacientes, relación que no es abordada en las otras investigaciones.

En general, la mayoría de las publicaciones resaltaba efectos positivos de la aplicación de intervenciones de DMT en grupos únicamente de pacientes o en grupos de pacientes con sus cuidadores. En orden decreciente, los efectos más mencionados fueron principalmente en relación al área social y afectiva tales como mejoras en las interacciones, conexiones sociales y calidad de vida (Bräuninger, 2014; Goldstein-Levitas, 2016; Hamill, Smith & Röhricht, 2012; Hokkanen et al., 2003, 2008; Lossing, Moore & Zuhl, 2016; Wu et al., 2014), seguidos por cambios favorables en las habilidades de comunicación, cognición, ánimo y autoaceptación, además de incidir en la mejora de habilidades funcionales y de enfrentamiento a la enfermedad (Bräuninger, 2014; Goldstein-Levitas, 2016; Hamill, Smith & Röhricht, 2012; Wu et al., 2014).

En términos prácticos se destaca la buena adherencia a los programas tanto por los pacientes como por sus cuidadores y personal de los centros de cuidado. Las características de las intervenciones de DMT son recomendadas en este ámbito al ser

rentables y entretenidas para los participantes (Bräuninger, 2014; Lossing, Moore & Zuhl, 2016; Wu et al., 2014).

Pese a lo anterior, se hallaron limitaciones importantes en todos los estudios analizados, la mayoría de ellas reconocidas por los mismos autores. En primer lugar, de las cuatro investigaciones encontradas se extraen conclusiones comunes principalmente en lo que refiere a la debilidad de las metodologías utilizadas en los estudios revisados. La laxitud con que son utilizados los conceptos dificulta el consenso para la replicación de las investigaciones, los tamaños de las muestras estudiadas no permiten la generalización de resultados y la escasez de estudios empíricos parece limitar la investigación en tanto las nuevas revisiones que se realizan incluyen los mismos estudios evaluados en revisiones anteriores, lo que pareciera crear un estancamiento del conocimiento en esta área. Pese a que se reportan resultados positivos en términos generales, éstos son de carácter leve y pierden consistencia frente al escenario científico al someter a un análisis detallado los métodos y criterios con los que fueron investigados.

La revisión de los ensayos clínicos también sugiere problemáticas importantes a la hora de diseñar e investigar la eficacia de la DMT en población con EA. Al igual que fue mencionado de forma constante en las revisiones y revisiones sistemáticas, cuatro de los cinco estudios analizados fueron desarrollados con muestras pequeñas cuyos resultados no pueden ser generalizados a una población superior y, en al menos tres ensayos, la aplicación del programa fue llevada a cabo por personal no capacitado en DMT. Sin embargo, en todos los estudios se observaron efectos positivos en los pacientes, lo que sugiere el potencial de la intervención para mejorar distintos ámbitos de la vida de quienes la practiquen.

En cuanto a las proyecciones, todos los estudios coinciden en la necesidad de desarrollar más investigación al respecto, con mejores herramientas y metodologías, y muestras más grandes que permitan resultados generalizables.

Discusión general

En la actualidad hay alrededor de 900 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. En 2009, 24.3 millones de esas personas vivía con demencia y el pronóstico de las entidades internacionales para el 2050 se acerca a los 130 millones de afectados (Organización Panamericana de la Salud, 2009; Organización Panamericana de la Salud,

2013; Alzheimer's Disease International, s.f.; Alzheimer's Disease International, 2015). En nuestro país, los adultos mayores representan más del 10% de la población nacional y se estima que el 1%, 170.000 personas, padece algún tipo de demencia (MINSAL, 2015). Del total de demencias, aproximadamente el 60% corresponde a la Enfermedad de Alzheimer.

En vista de este panorama la presente investigación buscó revisar alternativas y complementos para el tratamiento de la EA en pos de mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen y desde donde la psicología tenga un rol activo para acompañarlos, apareciendo la danza/movimiento terapia como un campo que enlaza el trabajo del psicólogo a la vez que ofrece un tratamiento complementario en el que el paciente puede tomar un rol protagónico frente a una enfermedad que suele tratarse con fármacos y con la educación del entorno.

El marco teórico con el que inicia este trabajo quiso poner énfasis en una intervención que, dada su relación entre movimiento y música, pudiera también beneficiarse de los efectos que el ejercicio físico pudiera aportar en términos fisiológicos. El baile en general es una disciplina que efectivamente genera efectos positivos y cuantificables, sin embargo, la DMT tiene en consideración el estado físico en que se encuentran las personas al momento de realizar la intervención, variación que dificulta igualar y evaluar los efectos de esta práctica en términos de ejercicio físico-aeróbico. En este sentido, sólo dos publicaciones plantearon sus escritos en función del funcionamiento y la relación entre la danza, cambios cerebrales o neuronales, y sus efectos en la conducta observable (Golstein-Levitas, 2016; Lossing et al., 2016). Sin embargo, dadas las características de deterioro global con que cursa la enfermedad, incluso en formas leves, la DMT se constituye como una práctica física que puede activar los sistemas fisiológicos de quienes la realicen, lo que se puede observar, por ejemplo, en los resultados vistos en cuanto a memoria procedimental en el estudio de Wu et al. (2015) en cuyas observaciones la mayoría de los participantes mejoraban sus habilidades para llevar a cabo movimientos funcionales; en la misma línea, los resultados preliminares de Hokkanen et al. (2003) también sugieren efectos similares al no observar variaciones en el estado cognitivo de los pacientes intervenidos un mes después de la aplicación del programa, estabilidad que se interpreta de forma positiva en el contexto de la EA.

Si bien aún se desconocen los mecanismos por los que funciona, la particularidad de la DMT pareciera radicar en la multitud de estímulos que produce, que incluye claves tanto internas -por ejemplo, las imágenes mentales y los sentidos- como externas -como la

música, los compañeros y el terapeuta- (Lossing et al., 2016). Al generar efectos a nivel físico, afectivo y cognitivo, crea un efecto complejo cuyo entendimiento podría incentivar nuevas líneas de investigación futura.

Por otro lado, en cuanto a la relación con el terapeuta, pese a que no es requisito ser psicólogo para ser danzaterapeuta, las asociaciones internacionales exigen requerimientos mínimos de formación en psicología -tales como conocimientos en psicopatología, psicología dinámica, psicoterapia de grupo, teorías psicológicas del desarrollo y del desarrollo del movimiento, psicología familiar, entre otros- (ADMTE, 2012). Por ello cabe destacar el hecho de que cuatro de los ensayos clínicos revisados no fueron dirigidos por un danzaterapeuta certificado. Sólo dos de las publicaciones analizadas (Bräuninger, 2014; Goldstein-Levitas, 2016) refieren a la acción y opinión directa de profesionales entrenados y autorizados para intervenir en grupos de forma terapéutica. Si bien una de ellas corresponde a un escrito testimonial (Goldstein-Levitas, 2016) y los resultados de la otra corresponden a la compilación de opiniones de diferentes profesionales y no a una medición directa dentro de un ensayo clínico de los efectos de los programas de DMT (Bräuninger, 2014), las similitudes y concordancias entre ambas publicaciones vuelven a resaltar el potencial de las intervenciones de la DMT en demencias y EA, similitudes que a su vez también coinciden con las observaciones realizadas en las otras investigaciones.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones mencionadas en los estudios, una de ellas se relaciona con la zona geográfica dentro de la que se enmarcan los estudios y los elementos culturales que podrían afectarlas. En relación con esto, en México, Cinthya González -danzaterapeuta en la Asociación Alzheimer Monterrey- comenta cambios similares a los mencionados en las investigaciones revisadas:

“son pequeños cambios también los observables, se pueden mover más, coordinan más áreas (...) recobran su expresividad facial en especial -algunas la habían perdido- pero la mayoría son pequeños cambios individuales, algunas vuelven a hablar -aunque sea palabras aisladas-, reconocen ciertas canciones y personas asociadas a esa época, reconocen familiares que ya no distinguían al terminar la sesión. En todos el humor mejora y su postura-dejan de estar encorvadas mirando al piso-. Me pasa que no saben que día es, pero si me reconocen a mí y a lo que voy, aunque no recuerden mi nombre, usualmente me ven y me preguntan ¿nos toca bailar? y sonrín...” (comunicación personal, junio 1, 2017).

Mejoras en la movilidad, coordinación, expresividad, efectos reminiscentes, mejoras en el estado de ánimo y postura, entre otros, los mismos elementos que han aparecido en otras investigaciones. Al parecer los efectos serían similares sin importar el país en que se realice, aunque el factor cultural también podría abrir temas de investigación en esta área.

En cuanto a los territorios en que se han encontrado experiencias con DMT y EA, todas las publicaciones revisadas han sido realizadas en el extranjero, sin encontrarse alguna experiencia nacional sobre este tipo de intervención. Más aún, en las conversaciones sostenidas con danzaterapeutas, una de Chile y otra de México, sólo esta última ha trabajado con personas con Alzheimer, mencionando además que es una intervención que comenzó a realizarse recién en 2016 por la Asociación Alzheimer Monterey, y ambas profesionales mencionan lo escaso de este tipo de instancias.

Ahora bien, frente a todo lo expuesto en esta investigación, ¿qué podría decir la Psicología al respecto? Desde los antecedentes encontrados, pocos fueron los archivos que mencionaban y definían las acciones, roles y responsabilidades que los psicólogos poseen frente al desarrollo de la EA; evaluación y diagnóstico, intervenciones cognitivas, intervenciones con el medio cercano e investigación, todas áreas que, si bien se orientan en pos del bienestar del paciente y de facilitar su adaptación a la enfermedad, parecieran desplazar el foco desde el paciente mismo hacia un entorno capaz de cuidarlo y en el que pueda moverse con facilidad. Todas las acciones se realizan para él, pero en su mayoría sin él. ¿Cómo ayudar al paciente a tramitar toda la gama de emociones y frustraciones que conlleva la enfermedad, el deterioro inevitable? La característica principal del Alzheimer es el olvido, pero quién soy si olvido mi historia, a mi familia, a mis amigos y a mí mismo/a. ¿Cómo evitar perderme? Los fármacos aliviarán muchos de los síntomas, pero también tienen efectos secundarios y muchas veces acarrear tanto riesgo como el no utilizarlos.

La danza/movimiento terapia es un puente que permite conectar al psicólogo con la persona que tiene en frente porque, como escribe Marchant (2016), “los recuerdos no están sólo en nuestras mentes, son experiencias enteras, encarnadas (...) son *memorias del cuerpo*” (p.1). No es una intervención que prometa frenar el avance de la enfermedad, pero sí parece tener las herramientas necesarias enlentecerla, pues mezcla algo de ejercicio físico y lo une a la música, ambos estímulos poderosos para el cerebro. Como se menciona anteriormente, es necesario considerar el estado físico en que están las personas, pero, aunque la exigencia del ejercicio oscile entre leve y moderada, es una actividad que las invita a moverse y salir del sedentarismo; si andar o caminar ya se considera beneficioso

para las funciones cognitivas en fases moderadas (Gil, 2013), puede pensarse que añadir el estímulo musical generará un efecto potenciador, aunque el movimiento sea ligero. Además, la consideración del estado en que cada paciente se encuentre transforma la intervención en un espacio en que realmente cualquiera puede participar sin que su rango de movilidad sea una limitante.

Por su parte, el psicólogo estará facilitando un espacio de exploración del propio cuerpo y las propias emociones, y tendrá las herramientas para recoger y devolver los elementos que emerjan en las sesiones, conteniendo la emocionalidad que puede desbordar en cualquier momento. El psicólogo podrá ver a ese otro que se está mostrando y le permitirá ser aceptado tal como es, con empatía y comprensión. Le permitirá ser él mismo otra vez.

Es en este punto donde la psicología puede jugar un rol importante en tanto práctica ética en relación con el bienestar psicológico. Porque quien baila es él o ella, es el paciente que sufre por la pérdida de sí mismo y, al acompañarlo, el psicólogo visibiliza a la persona detrás del diagnóstico enfocándose en aquello que sí puede hacer y no en sus limitaciones, en lo que ha perdido o ha olvidado. El espacio de la DMT permite que las personas, desde su condición, tengan la posibilidad de relacionarse con el mundo de una manera más orientada hacia la libertad a través de la espontaneidad que ofrece el carácter de la danza. Al centrarse en la persona que baila, la DMT permite que ésta se desmarque del lugar de paciente, trascienda el nivel del síntoma y el desempeño, y retoma aquellas características del ser humano que la eudaimonia y la teoría de autodeterminación proponen, aquellas tendencias innatas que poseen las personas hacia el crecimiento personal y a involucrarse de formas efectivas y satisfactorias tanto con el entorno como consigo mismas. De esta forma, este tipo de intervención genera un diálogo entre la condición progresiva del deterioro que acarrea la enfermedad con la expresión de potenciales personales que existirán mientras la persona esté viva. Así, la figura del psicólogo forjará una relación que se extienda más allá de una evaluación de síntomas que enfatiza los aspectos del deterioro y resaltarán aquellos elementos que representen la identidad de quien esté bailando.

Desde el pensamiento eudaimónico y del bienestar psicológico se plantea un tipo de felicidad que se da a través del desarrollo de potenciales que permite ser congruente con un estilo de vida y valores propios; en este caso, la DMT retoma la idea de los potenciales y promueve un bienestar relacionado con lo más profundo del ser, con la identidad de cada uno. La danza de esta intervención favorece la realización de las diferentes dimensiones propuestas por Ryff (1995), haciendo un énfasis implícito en aquella que tiene que ver con

el dominio del entorno, en tanto el bailar podría permitir un sentido de control e influencia sobre el curso de la enfermedad. Aunque los resultados sean momentáneos serían espacios de tiempo en que la persona que baila puede volver a ser libre y ella misma.

Para el bienestar psicológico se asume que el apoyo a la autonomía es esencial para la satisfacción de necesidades psicológicas básicas. Al permitir la realización de actividades reconfortantes como la danza se está abriendo un espacio que respeta la dignidad de las personas al dejarlas decidir sobre sí mismos, su disfrute y su cuerpo durante el tiempo que duren las sesiones. Todo esto pone de manifiesto un componente ético que posee la DMT que se sustenta en la relación con la *persona*, no con el paciente, sino con quien se encuentra invisibilizado detrás de un diagnóstico.

Con lo anterior en mente, Wu et al. (2015) escriben que cuando las personas con demencia experimentan las dificultades con la memoria explícita y son tratadas como alguien que ya no tiene valor personal ni deseos, o experimentan interacciones en las que sus necesidades, identidad personal y valores son ignorados, tienden a aislarse y a sufrir un riesgo aún mayor de deterioro. Pero incluso cuando ya no pueden evocar o reconstruir información de forma explícita, aún pueden aprender habilidades funcionales y desarrollarse personalmente a través de programas integrativos (Wu et al, 2015). Lo ético de la DMT entra en juego al no limitarse a la evidencia para validar a la persona, pues esta se valida en la relación y al reconocerle el potencial de dar algo al mundo y a sí misma.

Conclusiones

La pregunta principal de esta investigación estaba orientada a conocer los beneficios que puede aportar la danza/movimiento terapia para los pacientes con enfermedad de Alzheimer a nivel cognitivo y socioafectivo. Debido a la escasez de artículos publicados, la repetición de muchos de ellos en las revisiones y las variadas limitaciones encontradas en los estudios, la respuesta a la pregunta sólo puede ser formulada parcialmente. Pese a la larga trayectoria de los programas de DMT aplicados en distintas poblaciones y al creciente interés que ha surgido en los últimos años por los efectos neurológicos de las experiencias musicales y de los alcances de intervenciones como la DMT en tercera edad, particularmente con demencias y Alzheimer, la evidencia actual no es concluyente. La literatura disponible es escasa en esta población, mientras que los cambios parecen ser mayoritariamente leves y de corta duración. Sin embargo, los testimonios y observaciones que existen coinciden en los efectos favorables de los programas, arrojando luces sobre el alcance que pueden llegar a tener.

La población mundial está envejeciendo, los cambios demográficos son notorios y con ello las enfermedades degenerativas que van en aumento. Los fármacos y los tratamientos tradicionales parecen no ser suficientes para el manejo de síntomas y no necesariamente ofrecen una mejora en términos personales y subjetivos para los pacientes. Se hace imperativo desarrollar intervenciones que, como la DMT, sean potenciales complementos para devolver a los pacientes un sentido de identidad e independencia, e incluso para otorgar a sus cuidadores un espacio en el que puedan volver a conectarse con ellos, además de tener efectos promisorios en áreas funcionales y cognitivas que permitan disminuir, dentro de lo posible, la dependencia farmacológica.

Pese a las debilidades metodológicas que se han reiterado constantemente en los últimos apartados, la danza y la DMT tienen todos los elementos para ser consideradas como intervenciones holísticas para las personas con o sin patologías mientras que, para los pacientes con demencias y enfermedad de Alzheimer, se perfilan como disciplinas prometedoras y complementarias a la medicina tradicional. Es posible postular que la falta de estudios e investigaciones a la fecha pueden ser parte de lo emergente de este campo, pero para que esta área siga creciendo es importante mejorar los diseños y técnicas de investigación para generar un conocimiento más certero y construir un cuerpo contundente que respalde su aplicación. Dado el escenario mundial y nacional, la investigación en

terapias no-farmacológicas se transforma también en un desafío para el país, sus profesionales y programas. Sólo en décadas recientes diferentes países del mundo han generado una tendencia a explorar terapias complementarias no-farmacológicas en busca de reducir el uso de fármacos cuyos efectos secundarios sean potencialmente superiores al beneficio que dicen ofrecer. Por lo mismo, Chile no puede quedarse atrás en este tipo de investigaciones, es imperativo formar a los nuevos profesionales con una mirada integral del ser humano que permita entenderlo más allá de la separación mente y cuerpo, comprendiendo la interrelación e influencia mutua que se da entre los elementos corporales y los estados afectivos.

En términos de proyecciones son múltiples los escenarios de investigación que podrían abrirse para ampliar el campo de la DMT y enriquecer el conocimiento que de ella se tiene hoy en día, principalmente con poblaciones que cursan con enfermedades degenerativas. Por ejemplo, investigar con qué frecuencia temporal de los programas se observan más y mejores cambios -sesiones diarias, semanales, mensuales-; en qué otras áreas además de las afectivas y sociales se pueden observar cambios; en qué etapas de la EA se pueden obtener mayores efectos o qué tanto puede influir un programa de DMT a modo preventivo del desarrollo de esta enfermedad. Siguiendo las ideas de Goldstein-Levitas (2016), también podrían desarrollarse o adaptarse herramientas que ayuden a validar la eficacia de la DMT o que ayuden al seguimiento de la calidad de vida de las personas mayores. Además, se podrían monitorear los cambios a nivel fisiológico en los pacientes durante un programa de DMT midiendo elementos como presión sanguínea, respiración, pulso, niveles de cortisol, entre otros elementos que pudieran ayudar a comprender los mecanismos por los que estas intervenciones funcionan.

Jugar, bailar, cantar, hacer amistades, aceptarse a sí mismos y a los demás, lograr hacer pequeñas secuencias o movimientos, recordar alguna memoria perdida o una canción escuchada hace mucho tiempo, sumado a otros efectos como leves mejoras en la cognición y habilidades funcionales, son todos elementos que permiten recuperar un sentido de libertad e identidad personal y sostienen la idea de que las experiencias positivas contribuyen a mejorar el ánimo y el bienestar de las personas. Más aún, el carácter ético del que está impregnada la DMT juega un rol fundamental en el establecimiento de una relación terapéutica que va al rescate de una persona, una identidad, que suele perderse no sólo en el deterioro de la enfermedad, sino en el estigma que supone el diagnóstico.

Todo esto contribuye finalmente a restaurar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas con Alzheimer.

Tal como plantean Lossing et al. (2016), los mecanismos de cómo ocurren los cambios en respuesta a la danza/movimiento terapia aún no son comprendidos del todo. La multitud de eventos estimulatorios que ocurren durante la danza -afectivos, sociales, musicales, físicos, entre otros-, se combinan para crear un tratamiento complejo. Aunque aún falta comprender cómo funciona, los testimonios a favor de la DMT son numerosos y apuestan por esta intervención como una propuesta ética, rentable y efectiva para los pacientes.

Las experiencias artísticas tanto en música como en danza están mostrando resultados importantes para la población de adultos mayores a nivel tanto preventivo como de intervención, considerando que no sólo la salud física es importante, sino también la salud mental y el bienestar psicológico. Por ello, se vuelve a hacer hincapié en la necesidad de aunar criterios tanto teóricos como metodológicos que den paso a la aplicación de ensayos clínicos con muestras de población lo suficientemente grandes para extrapolar sus resultados y con los cuidados necesarios para construir evidencia sólida que sustente la aplicación de intervenciones de DMT como experiencia holística que permita un tratamiento complementario completo para aquellos pacientes que se deterioran y pierden a sí mismos día a día.

Referencias

- Abraha, I., Rimland., J., Trotta, F., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., & Petrovic, M. et al. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ Open*, 7. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Aguiar, L., da Rocha, P. and Morris, M. (2016). Therapeutic dancing for Parkinson's disease. *International Journal of Gerontology*, 10(2), pp.64-70.
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2013). Neurologic music therapy: the beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34, 5–12.
- Alzheimer's Association. (2016). Información básica sobre la Enfermedad de Alzheimer.
- Alzheimer's Association (2017). El Alzheimer y el cerebro. Alzheimer's Association Spanish Portal. Recuperado el 19 de abril de 2017, desde http://www.alz.org/espanol/about/el_alzheimer_y_el_cerebro.asp
- Alzheimer's Disease International. Dementia statistics. Revisado el 02 marzo de 2017, desde <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. Londres.
- Alzheimer's Disease International, (2015). Informe mundial sobre el Alzheimer 2015. Londres.
- Aparicio, V., Carbonell-Baeza, A & Delgado-Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(40), 556-576.
- Ávila, J. (2010). El envejecimiento y la neurodegeneración. *Lychnos*, 2, 26-32.
- Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá*, 5(5), 239-258.

- Behrens, M. & Slachevsky, A. (2007). Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 45(3). <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000300002>
- Brañas, F., & Serra, J. (2002). Orientación y Tratamiento del Anciano con Demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(3), 65-77.
- Buades, A., & Rodríguez, M. (2005). Música y salud: La danza calidad de vida. *Envejecimiento, Salud y Dependencia*, 81-98.
- Butt, C. (2016). "Move your arm like a swan". *JAMA*, 317(4), 342. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.21033>
- Brown, S, Martínez, M. & Parsons, L. (2005). The neural basis of human dance. *Cerebral Cortex*, 16(8), 1157-1167. <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bhj057>
- Bräuning, I. (2014). Dance movement therapy with the elderly: An international Internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance In Psychotherapy*, 9(3), 138-153. <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2014.914977>
- Carrascosa Moreno, E., Ramírez Barranco, M., & Úbeda Minguez, N. (s.f.). Psicomotricidad en demencias.
- Castellanos, F., Cid, M., Duque, P., & Zurdo, M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional De Salud*, 32(2), 39-45.
- Cejudo Jiménez, J., & Gómez-Conesa, A. (2011). Ejercicio físico en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia*, 33(3), 111-122.
- Chaiklin, S. (2009). We dance from the moment our feet touch the Earth. In: S. Chaiklin and H. Wengrower, ed., *The Art and Science of Dance/Movement Therapy: Life Is Dance*, 1era ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, pp.4-11.
- Corporación Alzheimer Chile, Corporación Alzheimer Chile. Corporacionalzheimer.cl. Recuperado el 03 de marzo de 2017, desde <http://www.corporacionalzheimer.cl/alzheimer.html>

- Dhami, P., Moreno, S., & DeSouza, J. (2015). New framework for rehabilitation—Fusion of cognitive and physical rehabilitation: The hope for dancing. *Frontiers in Psychology*, 5, 1471–1478.
- Earhart, G. M. (2009). Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(2), 231–238.
- Enfermedades Neurodegenerativas - Causas y Tratamiento. Centros de daño cerebral de hospitales Nisa. Recuperado el 21 de febrero de 2017, desde <https://www.neurorhb.com/enfermedades-neurodegenerativas/>
- Fischman, D. (2001). Danzaterapia: orígenes y fundamentos.
- Fischman, D. (2013). Empatía kinestésica y relación terapéutica. En H. Wengrower & S. Chaiklin, *La vida es Danza* (1ra ed., pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.
- Foster, P., Rosenblatt, K., & Kuljis, R. (2011). Exercise induced cognitive plasticity, implications for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Frontiers in Neurology*, 28, 1–15.
- Fortuño-Godes, J. (2017). Relación entre ejercicio físico y procesos cognitivos en las personas mayores. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 19(1), p.73.
- Gajardo, J. & Abusleme, M. (2016). Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 286-296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.06.003>
- Gandoy, M., Millán, J., Antelo, M., Cambeiro, J., & Mayán, M. (1999). El papel del psicólogo en un Centro de día psicogeriátrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(1), 44-47. Recuperado el 22 de Marzo de 2017, desde <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-papel-del-psicologo-un-13006071>
- Gil Bermúdez, C. (2013). Aplicación de la danza como terapia en la rehabilitación de enfermos de Alzheimer: Propuesta de método (Licenciatura). Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Educación.
- Goldstein-Levitas, N. (2015). Alzheimer's disease awareness and dance/movement Therapy. *Moving Dance/Movement Therapy Forward*. Recuperado desde

<https://adta.org/2015/11/12/alzheimers-disease-awareness-and-dance-movement-therapy/>

Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S., & Verny, M. (2013). Tratamiento de la demencia. Recuperado el 16 de marzo de 2017, desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541013659012>

Hackney, M., & Earhart, G. (2010). *Effects of dance on gait and balance in Parkinson's Disease: a comparison of partnered and nonpartnered dance movement neurorehabilitation and neural repair*. Recuperado el 29 de junio de 2017, desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900796/>

Hamill, M., Smith, L., & Röhrich, F. (2012). 'Dancing down memory lane': Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—a pilot study. *Dementia*, 11(6), 709-724. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301211420509>

Hanggi, J., Koeneke, S., Bezzola, L., & Jancke, L. (2009). Structural neuroplasticity in the sensorimotor network of professional female ballet dancers. *Human Brain Mapping*, 1196-1206. <http://dx.doi.org/10.1002/hbm.20928>

Hildebrandt, M. K., Koch, S. C., & Fuchs, T. (2016). "We Dance and Find Each Other": Effects of dance/movement therapy on negative symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*, 6(4), 24. <http://doi.org/10.3390/bs6040024>

Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A., Härkönen, B., Viramo, P., & Winblad, I. (2003). Dance/movement therapeutic methods in management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 576-577.

Hokkanen, L., Rantala, L., Remes, A., Härkönen, B., Viramo, P., & Winblad, I. (2008). Dance and movement therapeutic methods in management of dementia: a randomized, controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 771-772. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01611.x>

Informe ADI/Bupa, (2013). La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). *Reeducación psicomotriz y Alzheimer*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaria General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Instituto de Neurología Cognitiva, (s.f.). *Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias*. Recuperado el 7 de abril de 2017, desde <http://www.ineco.org.ar/enfermedad-de-alzheimer-y-otros-tipos-de-demencias/>
- Jauset Berrocal, J. (2016). Música, movimiento y neuroplasticidad. *Eufonía*, 67(1), pp.19-24.
- Jiménez Escrig, A. (2000). Alzheimer. *El Médico*, 892. Recuperado desde <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/aula/tema17/alzheimer1.php>
- Jiménez Rodríguez, M. (2016). *Dance movement therapy in the context of geriatric psychiatry* (Magister). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Karkou, V., & Meekums, B. (2017). Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD011022). <http://dx.doi.org/DOI:10.1002/14651858.CD011022.pub2>.
- Kattenstroth, J., Kolankowska, I., Kalisch, T., & Dinse, H. (2010). Superior sensory, motor, and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2-31.
- Kmaid, A. (2015). Intervenciones farmacológicas en la demencia. Tratamiento de los síntomas cognitivos. In Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud y Área Programática del Adulto Mayor, *Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia 2015*. (1ra ed., pp. 94-106). Uruguay.
- Kshtriya, S., Barstaple, R., Rabinovich, D. & DeSouza, J. (2015). Dance and aging: a critical review of findings in neuroscience. *American Journal of Dance Therapy*. 37, 81–112.
- Lossing, A., Moore, M. & Zuhl, M. (2016). Dance as a treatment for neurological disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 1-15. <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2016.1260055>

- Lundy, H., & McGuffin, P. (2005). Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 135-145. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2005.00023.x>
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-44.
- Megías Cuenca, M. (2009). *Optimización en procesos cognitivos y su repercusión en el aprendizaje de la danza* (Doctorado). Universidad de Valencia.
- Meza Ferrari, A. (2016). La danza y el movimiento como psicoterapia. *BOHÍO*.
- MINSAL (2015). Documento preliminar para la elaboración del Plan Nacional para las Demencias. Ministerio de Salud.
- Molinero, O., Salguero, A., & Márquez, S. (2011). Autodeterminación y adherencia al ejercicio: estado de la cuestión. (Self-determination and exercise adherence: state-of-the-art). *RICYDE. Revista Internacional De Ciencias Del Deporte*, 7(24), 287-304. <http://dx.doi.org/10.5232/ricyde2011.02504>
- Montorio Cerrato, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 43-54. Recuperado el 22 de marzo de 2017, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100004&lng=es&tlng=es.
- Nascimento, C., Varela, S., Ayan, C., & Cancela, J. (2016). Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 9(1), 32-40.
- Navarrete, E., Prospéro, O., Hudson, R., & Guevara, R. (2000). Enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. *Gaceta Médica De México*, 136(6), 189-200.
- Enfermedades neurodegenerativas. Neuronup.com. Recuperado el 19 de abril de 2017, desde <https://www.neuronup.com/es/neurorrehabilitacion/disease>

- Olazarán, J., Sánchez, D., Merino, E., & Herrera, J. (2015). Protocolo de tratamiento de la demencia. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4350-4355. <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.01.008>
- Olsson, C. (2012). Dancing combines the essence for successful aging. *Frontiers In Neuroscience*, 6. <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2012.00155>
- Organización Mundial de la Salud, (2006). Trastornos Neurológicos: desafíos para la salud pública. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2014). ¿Qué son los trastornos neurológicos? Recuperado el 23 de Julio de 2016 desde <http://www.who.int/features/qa/55/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Demencia. Revisado el 05 de agosto de 2016, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washigton, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, D.C.
- Real Academia Española (2014). Danzar. RAE [versión electrónica]. Madrid, España: Real Academia Española, <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Red de Salud UC-CHRISTUS, (2016). Día Mundial del Parkinson 2016. Red de Salud UC-CHRISTUS. Recuperado el 05 de abril de 2017 , desde <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/neurologia/noticias/dia-mundial-del-parkinson-2016.act>
- Rodríguez Cigaran, S. (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. *Avances en salud mental relacional*, 8(2), 1-19.
- Rodríguez, R. M. (2011). Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Danzaratte: Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*, 7, 4-11-.
- Rossato-Bennett, M., McDougald, A. & Scully, R. (productores) y Rossato-Bennett, M. (director). (2014). Alive Inside: A story of music and memory. [Documental]. Estados Unidos: Projector Media

- Ruiz-Adame Reina, M. (2000). El papel del Psicólogo en la Enfermedad de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo*, 76, 3-8.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), pp.141-166.
- Ryan, R., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139-170. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryff, C. (1995). Well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C., Singer, B. & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), pp.1383-1394.
- Sacks, O. (2006). The power of music. *Brain* 129, 2528–2532.
- Schaefer, R., Morcom, A., Roberts, N. & Overy, K. (2014). Moving to music: effects of heard and imagined musical cues on movement-related brain activity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
- Schmid, P. (2006). Preguntándose para responder: la posición ética y el reto de la terapia centrada en la persona y sus condiciones necesarias y suficientes. *Polis*, 15(5).
- Schneider, L., Dagerman, K., & Insel, P. (2005). Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for Dementia. *JAMA*, 294(15). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.15.1934>
- Sebiani, L. (2005). Uso de la danzaterapia para la adaptación a enfermedades crónicas *Reflexiones*, 84(1), 49-56.
- Skoning, S. (2008). Movement and dance in the inclusive classroom. *TEACHING Exceptional Children Plus*, 4(6).

- Robelen, E. (2010). Schools integrate dance into core academics. *Education Week*, (12), 14-15. Recuperado desde http://www.edweek.org/ew/articles/2010/11/17/12dance_ep.h30.html
- Toledo, M. (2015). Costos de tratamiento de demencia en Chile son mayores para los estratos más pobres. Dirección de Comunicaciones Universidad de Chile. Recuperado desde <http://www.uchile.cl/noticias/114673/tratamiento-de-demencia-en-chile-es-mas-carro-para-estratos-mas-pobres>
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vicario, P. (2016). Danza-movimiento-terapia en la enfermedad de Parkinson. Plan de cuidados estandarizado. *Reduca*, 8(1), pp.531-563.
- Welling, A. (2014). What is Dance/Movement Therapy? Recuperado el 29 de Julio de 2016, desde <https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/>
- Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2013). *La vida es danza* (1ra ed.). Barcelona: Editorial Gedisa.
- World Health Organization (2006). *Neurological Disorders: Public health challenges*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, E., Barnes, D., Ackerman, S., Lee, J., Chesney, M., & Mehling, W. (2014). Preventing Loss of Independence through Exercise (PLIÉ): qualitative analysis of a clinical trial in older adults with dementia. *Aging & Mental Health*, 19(4), 353-362. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.935290>
- Yu, F., Kolanowski, A., Strumpf, N., & Eslinger, P. (2006). Improving cognition and function through exercise intervention in Alzheimer's disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 358-365. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00127.x>
- Zatorre, R. (2005). Music, the food of neuroscience? *Nature* 434, 312–315.