



Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso Académico: 2024/2025

TRABAJO FIN DE GRADO

**ARTE Y CUIDADO: EL IMPACTO DE LA ARTETERAPIA EN PERSONAS CON DEMENCIA:
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**ART AND CARE: THE IMPACT OF ART THERAPY ON PEOPLE WITH DEMENTIA
– A LITERATURE REVIEW**

Autora: **BECTARAS, DOINA**
Directora: **NORIEGA BORGE, MARÍA JOSÉ**

*“El Arte es la expresión más pura que hay para la demostración de lo inconsciente de cada uno.
Es la libertad de expresión, es sensibilidad, creatividad y vida”*

— **Carl G. Jung**

“La creación artística es una liberación del alma.”

— **Wassily Kandinsky**

*Dedicado a todas las personas que han padecido
y padecen demencia*

AVISO RESPONSABILIDAD UC:

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

Índice de acrónimos y siglas	4
Resumen / Abstract	5
1. Introducción	6
1.1. Descripción y justificación	6
1.2. Objetivos	7
1.3. Metodología	7
1.4. Estructura del trabajo.....	9
2. Capítulo I. LAS DEMENCIAS	10
2.1. Definición y tipos de demencia	10
2.2. La Enfermedad de Alzheimer	11
2.3. Etapas	12
2.3. Tratamiento	13
2.3.1. Tratamiento farmacológico	13
2.3.2. Intervenciones no farmacológicas	15
3. Capítulo II. LA ARTETERAPIA.....	18
3.1. Marco teórico	18
3.2. Breve historia y evolución	18
3.3. Fisiología y creatividad artística	19
3.4. Modalidades de arteterapia	20
3.5. Ámbitos de aplicación	22
3.6. Arteterapia en el deterioro cognitivo desde la práctica enfermera.....	24
4. Capítulo III. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	26
4.1. Descripción de los estudios seleccionados.....	26
4.2. Aportaciones de la arteterapia	29
5. Discusión	30
6. Conclusiones.....	31
7. Nota personal	32
Referencias bibliográficas	33
Anexos.....	39

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AT	Arteterapia
EA	Enfermedad de Alzheimer
DC	Deterioro Cognitivo
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DFT	Demencia Frontotemporal
GDS	<i>Global Deterioration Scale</i> (Escala de Deterioro Global)
INF	Intervención No Farmacológica
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i> (Descriptores en Ciencias de la Salud)
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i> (Evaluación Cognitiva de Montreal)
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (Intervenciones de Enfermería)
SPCD	Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia
TNC	Trastornos Neurocognitivos

RESUMEN:

El envejecimiento de la población tiene como consecuencia el aumento en la incidencia de trastornos neurocognitivos (TNC) como la demencia, planteando nuevos desafíos en el ámbito sanitario y social. Entre las intervenciones no farmacológicas (INFs), la arteterapia (AT) surge como una prometedora estrategia para aumentar la calidad de vida y favorecer la estimulación cognitiva junto con la salud psicológica en las personas con demencia.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica que valora la efectividad de la AT en pacientes con deterioro cognitivo (DC). Se analiza además el impacto terapéutico de esta intervención y su aplicabilidad desde el ámbito de la enfermería.

La literatura revisada sugiere que la AT no es solo una manera de estimular las funciones cognitivas preservadas, sino que además facilita la expresión emocional y contribuye a la preservación de la identidad de los individuos que padecen demencia.

ABSTRACT:

The aging of the population has led to an increase in the incidence of neurocognitive disorders such as dementia, posing new challenges in both the healthcare and social spheres. Among non-pharmacological interventions, art therapy (AT) emerges as a promising strategy to enhance quality of life and promote cognitive stimulation as well as psychological well-being in people with dementia.

This paper is a literature review that assesses the effectiveness of AT in patients with neurocognitive disorders. It also analyzes the therapeutic impact of this intervention and its applicability within the field of nursing.

The reviewed literature suggests that AT is not only a means to stimulate preserved cognitive functions, but also facilitates emotional expression and contributes to preserving the identity of individuals living with dementia.

Palabras clave / Keywords:

DeCS: demencia; terapias no farmacológicas; Arteterapia; Enfermería, trastornos neurocognitivos.

MeSH: dementia; nonpharmacological therapy; Art Therapy; Nursing; neurocognitive disorders.

1. INTRODUCCIÓN

En el último siglo, gracias a los avances alcanzados en el ámbito de la salud y la reducción progresiva de la mortalidad, nuestra sociedad ha experimentado un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Según un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2015, la mayoría de la población está constituida por personas mayores de 60 años, impulsando la creación del plan para la *Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030)*.

No hay duda de que el aumento de la longevidad es uno de los mayores éxitos colectivos que hemos logrado como especie. Cabe destacar que el envejecimiento se asocia con un deterioro gradual de distintas funciones físicas y cognitivas; sin embargo, este proceso natural e inevitable puede convertirse en patológico cuando enfermedades relacionadas con la edad impactan significativamente en la calidad de vida de los individuos. Entre las manifestaciones más preocupantes del envejecimiento patológico se encuentran las demencias, un conjunto de TNC caracterizados por una disminución progresiva de las capacidades mentales. Estas condiciones no solo merman el bienestar de los afectados, sino que también suponen un desafío considerable para las personas encargadas del cuidado de estos pacientes.

El diagnóstico temprano y la intervención adecuada son cruciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia y de sus cuidadores. Estrategias que van desde tratamientos farmacológicos hasta enfoques no farmacológicos, como la terapia ocupacional y programas de estimulación cognitiva, han demostrado ser beneficiosos en el abordaje de la sintomatología de las demencias.

En los últimos años se ha investigado cómo la demencia influye en la creatividad artística. Se ha encontrado que distintos tipos de DC afectan la expresión artística de maneras particulares, donde el lóbulo parietal derecho juega un papel clave. Mientras que la Enfermedad de Alzheimer (EA) deteriora la capacidad de creación artística, algunas formas de demencia, como la frontotemporal, pueden potenciar la creatividad, lo que se conoce como “paradoja parietal”. Esto ocurre porque el cerebro busca compensar funciones perdidas activando nuevas conexiones neuronales (1). Los estudios destacan la neuroplasticidad y la manera en la que el arte puede ser un reflejo del estado emocional y cognitivo del creador, además de un posible medio diagnóstico y terapéutico.

En este contexto, este trabajo pretende analizar las nuevas estrategias alternativas no farmacológicas disponibles, enfocándose en la terapia a través del arte visual, la llamada arteterapia, evaluando su eficacia y la aplicabilidad que se le puede dar desde la disciplina enfermera. A través de una revisión exhaustiva de la literatura científica, se espera contribuir al conocimiento existente y fomentar un enfoque multidisciplinario en la atención a las demencias.

1.1. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El abordaje del deterioro cognitivo en personas con demencia requiere recurrir a estrategias terapéuticas adicionales a los tratamientos farmacológicos, puesto que la efectividad de éstos es todavía muy limitada. En este contexto, la AT representa una INF potencialmente eficaz, que favorece la expresión emocional, estimula capacidades cognitivas preservadas y mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

Este Trabajo de Fin de Grado nace precisamente de esta convicción. El objetivo es analizar hasta qué punto la AT puede ser eficaz como intervención terapéutica en personas con demencia. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica y un análisis crítico de estudios recientes que abordan esta intervención, aún poco convencional pero cada vez más reconocida.

La propuesta se apoya en una perspectiva interdisciplinar que aúna los conocimientos adquiridos en el ámbito de la Enfermería con mi previa formación en el campo de las Bellas Artes. Esta combinación me permite mirar el cuidado desde una perspectiva más amplia, más sensible, integrando el arte como una herramienta terapéutica capaz de conectar, aliviar y transformar.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ❖ Analizar la eficacia de la AT como INF en personas con DC, y valorar su aplicabilidad en el ámbito de la Enfermería mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica reciente.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir las principales características clínicas de la demencia, así como las principales modalidades terapéuticas.
- ❖ Revisar el marco conceptual, evolución histórica y usos de la AT.
- ❖ Identificar y analizar estudios sobre el impacto de la AT en personas con TNC.
- ❖ Evaluar los beneficios de la AT en aspectos cognitivos, emocionales y funcionales en el contexto de la demencia.
- ❖ Reflexionar sobre el papel de la Enfermería en la implementación de programas de AT como parte de un abordaje integral centrado en la persona.

1.3. METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda sistemática de los últimos 5 años en bases de datos online: *PubMed/ MEDLINE, SciELO, Dialnet y Biblioteca Cochrane* utilizando los siguientes términos clave (keywords): “art therapy”, “dementia”, “cognitive dysfunction”, “Alzheimer disease”, junto a los operadores booleanos “AND” y “OR”. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés.

Palabras claves	Descriptores	
	DeCS	MeSH
Arteterapia	Arteterapia	Therapy, Art; Art Therapies; Therapies, Art
Demencia	Demencia	Dementia
Enfermedad de Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer Disease, Alzheimer Diseases
Deterioro Cognitivo	Disfunción Cognitiva	Cognitive Dysfunction

Tabla 1. Relación de palabras claves con los tesauros DeCS / MeSH.

Bases de datos y fuentes de información:

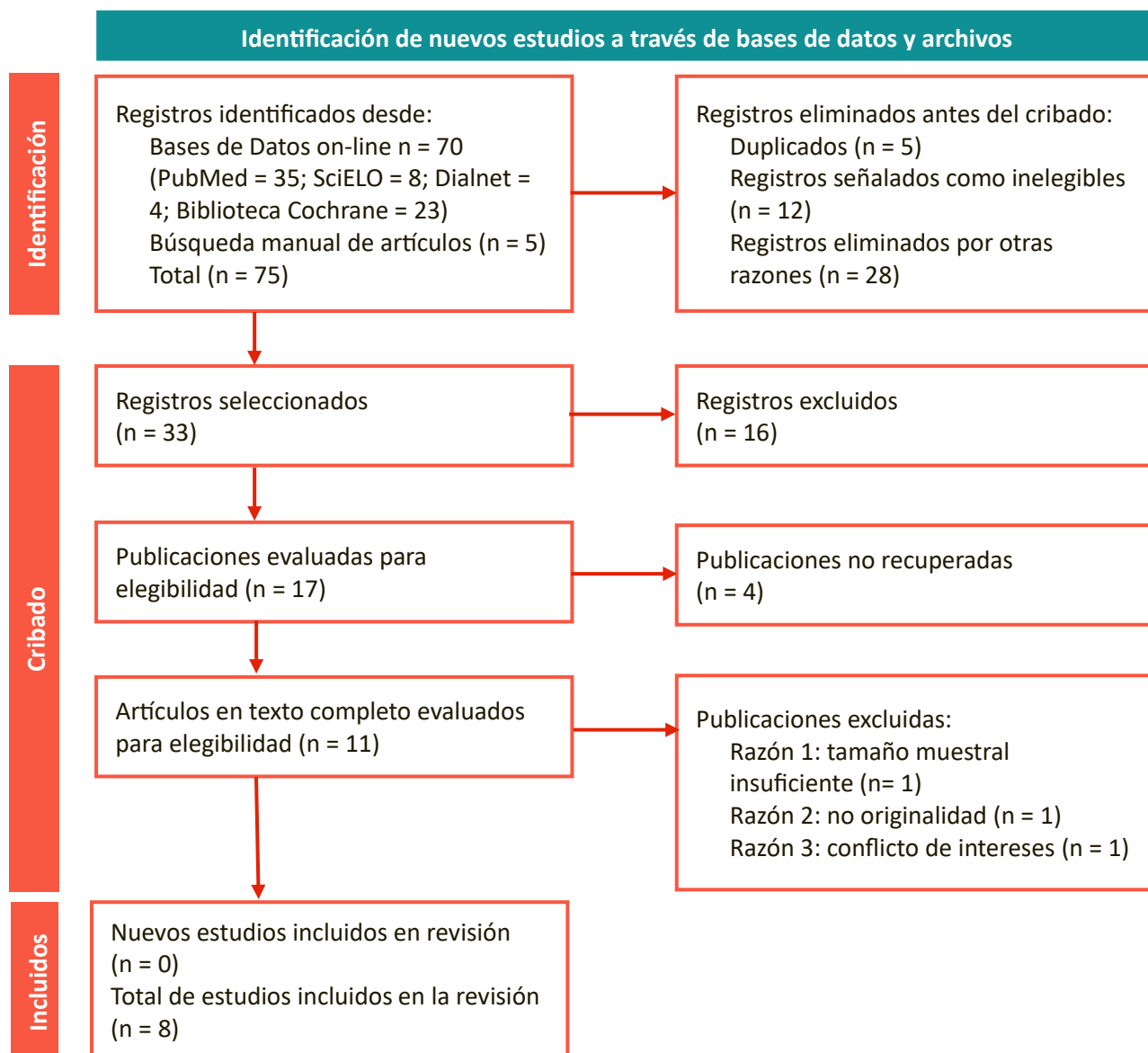


Tabla 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica y extracción de información.

Bases de datos	Nº de artículos obtenidos	Nº de artículos incluidos
PubMed / MEDLINE	35	4
Biblioteca Cochrane	23	1
SagePub (búsqueda manual)	1	1
Frontiers (búsqueda manual)	2	2

Tabla 3. Distribución del número total de documentos obtenidos.

Criterios de inclusión:

- ❖ Artículos completos, disponibles y gratuitos.
- ❖ Estudios experimentales, estudios observacionales analíticos y descriptivos, de casos y controles, de cohortes y cualitativos.
- ❖ Estudios recientes cuya fecha de publicación no fuese anterior al año 2020.
- ❖ Estudios centrados en los efectos de la terapia con artes visuales, excluyendo la musicoterapia, la literatura (narración creativa), la danza y otras formas artísticas.

Criterios de exclusión:

- ❖ Artículos de opinión, casos clínicos y comunicaciones científicas.
- ❖ Se excluyeron artículos de revisión para prevenir la reiteración de información previamente sintetizada y centrarse en estudios originales.
- ❖ Estudios en los que el término “ART” hacía referencia a AntiRetroviral Therapy (terapia antirretroviral), así como aquellos en los que se empleaba la expresión “state of the art”, ya que no estaban relacionados con el objeto de estudio centrado en la Arteterapia.

1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El presente trabajo se organiza en tres capítulos, cada uno con un enfoque distinto para facilitar el entendimiento del tema tratado:

- ❖ **Capítulo I. *Las demencias*:** en este apartado se abordan la definición y tipos de demencia, clasificación, prevalencia y las formas de abordaje terapéutico, con especial atención a las INFs.
- ❖ **Capítulo II. *La arteterapia*:** se explora el concepto de arteterapia, sus diferentes modalidades y su aplicabilidad dentro del ámbito de la enfermería.
- ❖ **Capítulo III. *Revisión de la evidencia científica*:** revisión de la literatura más actual (de los últimos 5 años) acerca de la efectividad de la AT en el manejo de las demencias.

2. CAPÍTULO I. LAS DEMENCIAS

2.1. DEFINICIÓN

Hablar de demencia es hablar de un conjunto complejo de síntomas que afectan a la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas. Pero no es fácil encasillarla en una única definición, porque no estamos ante una enfermedad concreta, sino ante un síndrome que puede manifestarse de muchas formas diferentes, dependiendo del origen o tipo de demencia que se trate.

Según las dos clasificaciones más importantes reconocidas a nivel mundial: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (2) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (3), encontramos las siguientes definiciones relacionadas con los TNCs:

CIE-11 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PARA ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD:

06. Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

Descripción: Síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Trastornos con deterioro neurocognitivo como característica destacada.

- Trastornos neurocognitivos
 - Demencia
 - **6D80.** Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer.
 - **6D81.** Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular.
 - **6D82.** Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy.
 - **6D83.** Demencia frontotemporal.
 - **6D86.** Trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia.

DSM-5 MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES:

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS (319)

Trastornos neurocognitivos mayores y leves (334)

- Debido a: Enfermedad de Alzheimer, Degeneración del lóbulo frontotemporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de sustancias o medicamentos, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, Etiologías múltiples, No especificado.
- Sin alteración del comportamiento, Con alteración del comportamiento.
- Gravedad actual: Leve, Moderado, Grave.

2.2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La forma más común de demencia en adultos mayores es la Enfermedad de Alzheimer, responsable del 60 al 80% de los casos diagnosticados (4). La EA se caracteriza clínicamente por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva, asociándose también a Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD) como depresión, confusión, agitación e incluso psicosis. Aunque la causa exacta de EA aún no está del todo clara, la investigación apunta a una combinación de factores genéticos y ambientales. En las últimas décadas, los estudios parecen indicar que el cerebro de las personas con EA suele presentar acumulaciones anómalas de dos proteínas: la β -amiloide, que forma placas entre las neuronas, y la Tau hiperfosforilada (p-Tau), que origina ovillos neurofibrilares dentro de ellas. Estas alteraciones interfieren en la comunicación neuronal y son las que contribuyen a la degeneración progresiva del tejido cerebral (5). Los primeros signos clínicos suelen pasar desapercibidos: olvidos de hechos recientes, desorientación temporal o espacial, pequeñas dificultades para seguir rutinas conocidas. Pero, poco a poco, el deterioro se extiende y afecta la capacidad para reconocer a personas cercanas, tomar decisiones, planificar, o incluso mantener los rasgos de personalidad anteriores. El mundo del paciente se va encogiendo, mientras aumenta su dependencia.

Por otro lado, es importante mencionar el efecto negativo que tienen los SPCD tanto en el paciente como en sus cuidadores. A diferencia del deterioro cognitivo, que tiende a avanzar de forma más predecible, estos síntomas emocionales y conductuales pueden aparecer en cualquier momento y tienen una gran variabilidad. El término SPCD (en inglés: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) fue adoptado en 1996 por la Asociación Internacional de Psicogeriatría y engloba una amplia gama de alteraciones: desde síntomas psicológicos como ansiedad, depresión o psicosis, hasta conductas problemáticas como la agresividad o la desinhibición (6). Hoy se reconoce que los SPCD constituyen un campo de intervención prioritario, incluso en fases tempranas de la enfermedad. A pesar de su alta prevalencia, muchos de estos síntomas son parcialmente prevenibles si se identifican los desencadenantes y se adopta un enfoque global, en el que participen profesionales sanitarios, trabajadores sociales y, por supuesto, la familia (7).

Más allá de los síntomas clínicos, la EA también tiene un impacto profundo en la dimensión emocional y social de la vida de quienes la sufren y de quienes los acompañan. A medida que avanza la enfermedad, la persona afectada pierde habilidades para mantener su autonomía y presenta dificultades para realizar tareas básicas como asearse, alimentarse, vestirse o manejarse en su entorno, lo que deriva en una creciente dependencia. Mientras tanto, las consecuencias de la pérdida de movilidad y funcionalidad en las fases avanzadas pueden favorecer la aparición de complicaciones graves como la disnea, desnutrición, infecciones, neumonía por aspiración, etc. (8). Y no podemos olvidar a los cuidadores, ya que, en su mayoría, son familiares que se ven obligados a reorganizar su vida para brindar apoyo constante. Esta responsabilidad genera altos niveles de estrés, agotamiento físico y emocional, y una disminución significativa en su bienestar general. El cuidado continuado puede llegar a provocar sentimientos de frustración, soledad e incluso ansiedad, lo que agrava aún más el impacto de la enfermedad en el entorno del paciente (9).

En el presente trabajo se utilizará el término “demencia” de manera intercambiable con “Enfermedad de Alzheimer”, dado que esta última representa la forma más prevalente de demencia en la práctica clínica. No obstante, conviene recordar que existen otras variantes con características distintas en cuanto a síntomas, evolución y funciones afectadas. Entre ellas destacan la demencia frontotemporal, la demencia por cuerpos de Lewy o la demencia vascular, cada una con particularidades clínicas que merecen atención específica.

2.3. ETAPAS

La *Global Deterioration Scale* (GDS) es un instrumento de medida propuesto por el psiquiatra Barry Reisberg (10) en 1982 para describir y clasificar cada etapa neurodegenerativa vinculada con la demencia. Esta escala incluye 7 etapas progresivas asociadas con el desarrollo de la demencia, abarcando desde la ausencia de DC hasta el DC muy grave. Cada fase explica la alteración correspondiente al curso físico, cognitivo y mental de la EA, lo cual permite orientar el diagnóstico, el pronóstico y las intervenciones específicas para cada momento del proceso.

- ❖ **GDS 1. Ausencia de deterioro cognitivo.** En esta etapa no se presenta ninguna alteración detectable, ni a nivel subjetivo, ni objetivo. El individuo se sitúa dentro de la normalidad, presentando un estado idóneo a nivel cognitivo.
- ❖ **GDS 2. Deterioro cognitivo muy leve.** Aparecen los primeros olvidos: dificultades para recordar nombres de personas conocidas, la ubicación de objetos cotidianos, o dificultad momentánea para encontrar palabras (fenómeno de “la punta de la lengua”). Estos cambios son sutiles y, en muchos casos, indistinguibles de los efectos normales del envejecimiento. No obstante, pueden generar preocupación en el propio individuo, aunque aún no son detectables mediante pruebas clínicas objetivas.
- ❖ **GDS 3. Deterioro cognitivo leve, compatible con EA incipiente.** Esta fase marca el inicio de signos más claros de deterioro: dificultades para gestionar tareas laborales más exigentes, desorientación en entornos nuevos y fallos de memoria evidentes. Por ello, se requiere especial atención para un diagnóstico precoz. El paciente puede comenzar a mostrar inseguridad y ansiedad ante los olvidos, aunque generalmente niega dichos fallos. En esta fase los familiares comienzan a notar cambios evidentes.
- ❖ **GDS 4. Deterioro cognitivo moderado/ Demencia leve.** Los déficits cognitivos interfieren de forma más clara con las actividades de la vida diaria. Tareas complejas, como planificar eventos no rutinarios o manejar tecnologías, comienzan a resultar problemáticas. El paciente puede desorientarse en tiempo y espacio, y la pérdida de memoria es más grave. Esta fase marca el umbral clínico en el que se establece el diagnóstico formal de demencia, en el que hay una repercusión funcional más evidente.
- ❖ **GDS 5. Deterioro cognitivo moderadamente grave/ Demencia moderada.** La pérdida de memoria reciente se acentúa considerablemente, incluyendo aspectos relevantes de la historia personal. La persona necesita asistencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como en el vestido o el aseo. Aun así, conserva datos fundamentales, como su propio nombre y la identidad de los familiares más cercanos. La conciencia del déficit disminuye considerablemente en esta fase (anosognosia parcial o total).
- ❖ **GDS 6. Deterioro cognitivo grave/ Demencia moderadamente grave.** El deterioro afecta gravemente a la orientación temporal y espacial, surgen problemas de continencia y alteraciones del comportamiento como ansiedad, agitación, o incluso agresividad, requiriéndose una supervisión continua del paciente. Aparecen también cambios de personalidad (síntomas obsesivos, abulia cognoscitiva, conductas delirantes, etc.).
- ❖ **GDS 7. Deterioro cognitivo muy grave/ Demencia grave.** Esta etapa constituye la fase terminal del proceso neurodegenerativo. El paciente pierde las habilidades cognitivas y funcionales prácticamente en su totalidad, incluyendo el lenguaje verbal y la movilidad voluntaria. La persona afectada requiere asistencia total para las ABVD; queda encamada, incapaz de sostenerse de pie o sentada. También es frecuente que se presenten signos neurológicos generalizados como rigidez, que indican daño cortical y subcortical.

2.4. TRATAMIENTO

Resulta especialmente complicado tratar las demencias progresivas, pues como se menciona a continuación, las intervenciones farmacológicas de las que disponemos son limitadas y de eficacia muy modesta. Por esta razón, el abordaje terapéutico debe ir más allá de la terapia farmacológica; requiere un enfoque integral que sea multidimensional, interdisciplinar y ajustado a las necesidades de cada persona, teniendo en cuenta también la implicación activa de los cuidadores.

2.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Actualmente se han aprobado cuatro medicamentos para tratar la EA: tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina) y un modulador no competitivo del receptor N-metil-D-aspartato (Memantina). Estos fármacos, solos o combinados, pueden ofrecer beneficios modestos en el ámbito cognitivo, funcional y conductual en algunos pacientes. Su indicación suele depender del estado funcional del paciente, asociado al grado de demencia que presenta. A pesar de su uso, la progresión de la enfermedad lleva inevitablemente a una fase terminal, en la que debe considerarse la retirada de tratamientos que ya no aporten beneficios (11). De forma paralela, la investigación científica ha centrado esfuerzos en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas, sin embargo, a pesar del volumen de estudios clínicos en marcha, los fármacos actualmente investigados no han demostrado resultados significativos hasta el momento, ya sean positivos o negativos (12).

❖ AUMENTO COLINÉRGICO

Una de las principales líneas terapéuticas se basa en el aumento de la actividad colinérgica, ya que en la EA se ha observado una disminución significativa de las neuronas colinérgicas (13). Para ello, se han utilizado fármacos como los precursores de la acetilcolina, colinomiméticos y, especialmente, los inhibidores de la colinesterasa, que evitan la degradación de este neurotransmisor y prolonga su efecto en las sinapsis. Entre estos destacan los fármacos descritos a continuación, que han demostrado mejorar no solamente la memoria, sino también las funciones ejecutivas y la interacción de los sistemas colinérgico, noradrenérgico y dopaminérgico (14). Aunque inicialmente se pensó que estos fármacos eran más eficaces en fases avanzadas, la experiencia clínica ha demostrado beneficios también en etapas más tempranas de la enfermedad.

Donepezilo

El Donepezilo es un inhibidor específico y reversible de la acetilcolinesterasa (AChE) que se utiliza en el tratamiento de las demencias tipo EA desde 1997. Estudios clínicos han demostrado que el efecto de este fármaco es estadísticamente significativo, sobre todo para mantener las capacidades cognitivas y funcionales de los pacientes, sin embargo, su eficacia es corta en el tiempo. El Donepezilo presenta una alta biodisponibilidad oral, alcanzando la máxima concentración plasmática entre las 2 y 4 horas tras su administración, siendo eficaz incluso en dosis bajas (15,16). Tiene beneficios en etapas leves, moderadas, e incluso avanzadas de la enfermedad. Si bien es cierto que presenta efectos secundarios frecuentes gastrointestinales y musculares, éstos suelen ser transitorios y manejables con ajustes de la dosis. Asimismo, presenta bajo potencial de interacción con otros medicamentos, por lo que constituye una opción segura dentro del abordaje terapéutico de la EA (17).

Rivastigmina

La Rivastigmina es un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa y butirilcolinesterasa (BChE), siendo ésta última una enzima de la familia de colinesterasa, similar en su estructura a la AChE. La Rivastigmina se absorbe rápidamente por vía oral y tiene una semivida de eliminación corta. Su eficacia depende de la dosis: en estudios clínicos, las dosis altas (6-12 mg/día) mostraron mejoras significativas en el DC frente a placebo, aunque con una mayor tasa de efectos secundarios como náuseas, vómitos y diarrea, especialmente durante el ajuste de dosis. Debido a que dichos efectos limitan la tolerancia a la dosis oral máxima, se desarrolló un parche transdérmico como alternativa. Este parche, equivalente a una dosis oral intermedia, fue mejor tolerado y causó menos efectos colinérgicos gastrointestinales, logrando así una mayor adherencia al tratamiento en pacientes con Alzheimer leve a moderado (18,19).

Galantamina

La Galantamina es un alcaloide derivado de plantas como la campanilla de invierno, que actúa como inhibidor reversible y competitivo de la acetilcolinesterasa y modula los receptores nicotínicos de acetilcolina (20), aunque no se ha demostrado que este último mecanismo contribuya a su efecto terapéutico. Presenta una alta biodisponibilidad oral (~90%), y se metaboliza principalmente en el hígado. Los estudios clínicos han demostrado que dosis de 24-32 mg/día mejoran significativamente el rendimiento cognitivo y la funcionalidad diaria en pacientes con EA leve a moderado, aunque con una incidencia moderada de efectos adversos, principalmente gastrointestinales (21,22). Las presentaciones incluyen cápsulas de liberación inmediata y extendida, recomendándose la administración con alimentos y ajustes mensuales de dosis para mejorar la tolerancia. La forma de liberación extendida, administrada una vez al día por la mañana, ha mostrado eficacia y perfil de seguridad comparables a la versión de dos tomas diarias (23).

❖ ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)

Memantina

La Memantina es un antagonista del receptor NMDA que actúa bloqueando el exceso de actividad del glutamato, lo cual puede mejorar la transmisión sináptica y ofrecer neuroprotección. Este fármaco se utiliza en pacientes con EA moderada a grave y ha demostrado, en estudios europeos y estadounidenses, retrasar el deterioro cognitivo y funcional, así como reducir la dependencia de cuidadores. Se absorbe bien, tiene una larga semivida (más de 70 horas) y suele administrarse en dosis de hasta 10 mg dos veces al día. Presenta menos efectos adversos que los inhibidores de la colinesterasa, aunque durante el ajuste de dosis pueden aparecer confusión o sedación transitorias (24).

❖ OTROS: ANTICUERPOS MONOCLONALES

Donanemab y Lecanemab

Se trata de fármacos que pertenecen a la familia de anticuerpos monoclonales, diseñados para unirse y eliminar las placas de β -amiloide en el cerebro, en línea con la hipótesis amiloide. Si bien es cierto que esta modalidad farmacológica se ha convertido en una estrategia prometedora e innovadora en el tratamiento de las demencias tempranas, algunos efectos secundarios que producen son potencialmente graves (hinchazón y/o sangrados cerebrales) (25). La comercialización de los anticuerpos monoclonales para el tratamiento de las demencias está regulada por la Agencia Europea del Medicamentos y el Comité de Medicamentos de Uso Humano. Actualmente, debido a sus efectos secundarios, no se ha autorizado la comercialización del

donanemab en Europa, y en el caso del lecanemab, si bien es cierto que recibió una aprobación limitada en noviembre de 2024, su llegada a España no se espera antes de finales de 2025 (26).

❖ PSICOFÁRMACOS PARA EL MANEJO DE LOS SPCD

Todos los TNCs se asocian en menor o mayor medida a SPCD, siendo más frecuente su manifestación a medida que aumenta la severidad de la demencia. Los tratamientos para el manejo de dichos SPCD resultan más eficaces cuando los síntomas tienen una base psiquiátrica clara, como es el caso de la depresión, la ansiedad, o manifestaciones psicóticas. Sin embargo, en SPCD más complejos, como la hiperactividad motora, las vocalizaciones o la agresividad, la respuesta a los fármacos se ve más limitada. Como ejemplo de esta dificultad es el uso de las benzodiacepinas, pues, aunque se utilicen con frecuencia para controlar la ansiedad, el perfil de efectos secundarios que tienen en personas con EA es problemático. Esto significa que su administración debería ser esporádica y controlada, valorando como alternativas el uso de neurolépticos en dosis bajas, ciertos anticonvulsivos, o antidepresivos. En cuando a éstos últimos, la utilidad que tienen no se limita al tratamiento de la depresión o la ansiedad, ya que también son eficaces en sintomatología concreta como la impulsividad o la desinhibición sexual.

Por otra parte, el uso de neurolépticos se reserva para cuadros severos, incluyendo los síntomas psicóticos, la agitación o la ansiedad grave. Su uso debe ser prudente y limitado en el tiempo debido a los riesgos que conllevan en la población mayor.

Otros psicofármacos específicos para el manejo de determinados SPCD son los anticonvulsivos como el ácido valproico o la carbamazepina. No obstante, al igual que los neurolépticos y las benzodiacepinas, su uso debe ser considerado cuidadosamente, pues pueden provocar efectos adversos graves como un aumento de las alucinaciones. Por último, cabe mencionar el uso del clometiazol en casos de insomnio, y del metilfenidato para el tratamiento de la apatía en algunos pacientes (7,27).

2.4.2. INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Según la definición propuesta por Olazarán et al. en el marco del proyecto internacional *Non-Pharmacological Therapies Project*, las INFs se describen como: “intervenciones no químicas, teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, realizadas sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaces de obtener un beneficio relevante” (28).

Los tratamientos no farmacológicos en el abordaje de las demencias disponen cada vez más de evidencia que respalda su efectividad, y su uso en TNCs se extiende ante la ausencia de tratamientos farmacológicos eficaces. Cabe destacar que la función de las INFs no es sustituir dicha terapia farmacológica, sino complementarla. El objetivo principal de estas intervenciones es aliviar sobre todo los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la enfermedad, además de estimular la cognición para mantener un nivel óptimo el mayor tiempo posible. Una de las mayores ventajas que proporcionan las INFs es la flexibilidad, ya que pueden adaptarse a las características de cada individuo, así como a las dinámicas de su entorno familiar y del cuidado. Es decir, se trata de modalidades terapéuticas centradas en la persona y respetuosas con su contexto, con sus capacidades residuales y con sus necesidades emocionales. Este enfoque individualizado mejora tanto la experiencia del paciente, como la implicación y bienestar de las personas implicadas en su cuidado (29).

Según la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA) (30), las INFs pueden clasificarse en diferentes categorías, dependiendo de dos criterios principales: el área de intervención y el grupo diana de la intervención. Según el área abordada, las INFs pueden enfocarse

en el ámbito funcional, emocional o integral. En función del grupo objetivo, las intervenciones pueden dirigirse a la persona afectada, al cuidador informal (familiar) o al cuidador formal (profesional empleado). Actualmente, la mayoría de las INFs se orientan hacia el paciente con demencia, que será el enfoque principal de este trabajo. No obstante, es importante sensibilizar acerca de la relevancia del cuidador familiar como figura clave en el proceso de atención, por lo que se mencionará también dentro de alguna intervención conjunta con el paciente. A continuación, se presentan las principales INFs clasificadas según el enfoque terapéutico:

❖ INTERVENCIONES COGNITIVAS

Terapia de Estimulación Cognitiva. Es la INF para la demencia más extendida, orientada a activar y favorecer diversas funciones cognitivas, desde la percepción y la atención, hasta la memoria, el lenguaje o el razonamiento. Su objetivo principal es trabajar sobre las capacidades residuales, fomentando la autoeficacia y la autoestima, mejorando también el estado de ánimo y la conducta. La intervención se puede desarrollar de forma grupal o individual, en centros de día, unidades de respiro, centros de atención a la dependencia, o incluso en el domicilio. La estimulación cognitiva abarca áreas como la orientación, el cálculo, las praxias, las gnosias y las funciones ejecutivas y está indicada en todas las fases de deterioro cognitivo, desde leves a severas (30,31). Si bien es cierto que todavía hay un alto nivel de inconsistencia entre los estudios acerca de la eficacia de esta modalidad terapéutica, los beneficios observados han sido significativos, con efectos mantenidos hasta tres meses tras la finalización del tratamiento, lo que hace que hoy en día sea la INF respaldada por más evidencia científica (32).

Terapia de Reminiscencia. Esta intervención terapéutica busca mejorar la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo de leve a grave. Su objetivo principal es estimular la memoria autobiográfica a través de la evocación de recuerdos y experiencias pasadas. Mediante videos, música, fotos, diarios, conversaciones u objetos personales se pretende enriquecer el entorno del paciente para fortalecer su identidad y fomentar la conexión con su entorno social. Estudios en los que se ha aplicado la terapia de reminiscencia en participantes con demencia señalan mejoras en áreas como la cognición, el comportamiento, la autoconciencia y el bienestar psicológico (33), lo que subraya su potencial para integrarse en un enfoque de cuidado centrado en la persona.

Terapia de Orientación a la Realidad. El objetivo de esta modalidad terapéutica es mantener el vínculo del paciente con su entorno, además de mejorar su conciencia del tiempo, espacio e identidad a través de la repetición de información precisa. Esta INF se puede usar de dos maneras, puesto que se puede aplicar informalmente por parte de los cuidadores del paciente a lo largo del día; o formalmente por parte de profesionales en sesiones estructuradas. Aunque la Terapia de Orientación a la Realidad ha demostrado beneficios cognitivos y de comportamiento, los resultados cambian, por lo que debe adaptarse a cada caso en concreto (34,35).

❖ INTERVENCIONES PSICOFÍSICAS Y DE APOYO PSICOSOCIAL

Estimulación Psicomotriz. La psicomotricidad es la capacidad de integrar cuatro ámbitos: físico, cognitivo, afectivo y social. Esto se hace a través del movimiento, facilitando mediante un enfoque terapéutico integral la conexión entre el cuerpo y la mente (36). La estimulación psicomotriz tiene como objetivo principal mantener la autonomía el mayor tiempo posible, mejorar la calidad de vida y fomentar la conexión del paciente con el entorno y con otras personas. Mediante actividades físicas específicas como bailes, ejercicios rítmicos

con música, juegos con pelotas, caminar por recorridos marcados, imitación de movimientos, etc., se pretende mejorar la sintomatología de la demencia desde un enfoque holístico.

Actividades de la Vida Diaria. Las intervenciones enfocadas a las actividades de la vida diaria buscan aumentar la independencia y preservar la autonomía de las personas con demencia. Al reducir su dependencia a terceros, esta INF mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores informales. Estas actividades incluyen desde las ABVD (aseo, vestido, alimentación, movilidad, etc.), hasta las instrumentales (gestión del dinero, uso del transporte, tareas del hogar, etc.) y las avanzadas o funcionales (ocio, vida social, trabajo, etc.). Normalmente es la figura del terapeuta ocupacional que evalúa las capacidades del individuo y diseña una rutina adaptada al paciente para fomentar la funcionalidad y las habilidades en entornos tanto simulados como reales (37).

Gerontogimnasia. Conocida también como “gimnasia gerontológica”, es una INF dirigida a personas mayores con el fin de fomentar hábitos saludables a través del ejercicio físico adaptado a su condición individual. Con esta intervención se pretende mantener o mejorar el estado físico de la persona, incluyendo su función cardiopulmonar, movilidad articular y fuerza muscular. En pacientes con EA resulta especialmente útil para prevenir la inmovilidad, preservar la autonomía y prolongar la independencia funcional tanto como sea posible. A diferencia de la estimulación psicomotriz, la gerontogimnasia se centra en el ejercicio físico, sin adoptar el enfoque global propio de la estimulación psicomotriz (30).

❖ INTERVENCIONES SENSORIALES Y CREATIVAS

Musicoterapia. Según la Federación Mundial de Musicoterapia (2011), se trata de una intervención terapéutica que utiliza la música y sus elementos (ritmo, armonía, melodía, silencio, sonido y movimiento) para promover la comunicación, la movilización, el aprendizaje y la expresión de individuos o grupos en contextos muy variados. La musicoterapia tiene poder estimulador tanto a nivel cognitivo como emocional. En personas con demencia tiene además la capacidad de favorecer la socialización y la comunicación, ofreciéndoles un canal de descarga y canalización de sentimientos y una forma de conectar con recuerdos del pasado (38).

Terapia asistida con animales. La terapia asistida con animales en pacientes con demencia es una INF que utiliza de manera planificada y estructurada la interacción con animales (generalmente perros, aunque también gatos, caballos, peces, etc.) para mejorar la situación emocional de los participantes. Esta terapia es dirigida por profesionales especializados e incluye actividades como acariciar, alimentar, pasear o simplemente observar al animal. Entre sus beneficios enumeran un aumento en el bienestar físico y social, la preservación de la memoria y la mejora de la autoestima, además de la reducción de SPCD como la ansiedad, la depresión y la agitación (39).

Arteterapia. La AT emplea la expresión artística (como la pintura, el dibujo, el modelado o el collage) para estimular funciones cognitivas, favorecer la comunicación y promover el bienestar emocional en pacientes con demencia. En etapas en las que el lenguaje verbal se ve afectado, el arte se convierte en una vía alternativa para expresar sentimientos y para reforzar la identidad, la autoestima y la conexión con el entorno. Además, la AT ha demostrado ser eficaz en el abordaje de los SPCD, fomentando la interacción social de una manera no invasiva y significativa (30).

3. CAPÍTULO II: LA ARTETERAPIA

3.1. MARCO TEÓRICO

Según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (40), la terapia artística o arteterapia “es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. Por regla general, la Arteterapia está indicada para personas que debido a sus circunstancias o a la enfermedad que padecen encuentran difícil la articulación verbal de sus conflictos y emociones”.

Según la British Association of Art Therapists (41), la AT es “una forma de psicoterapia que emplea medios de arte como su modalidad primaria de comunicación”. Los pacientes que practican la AT no requieren tener experiencia previa ni habilidades artísticas, y el enfoque del arteterapeuta no está en evaluar estéticamente o realizar un diagnóstico en base a la creación del paciente. El propósito principal de la AT es centrarse en el proceso de la creación, la expresión emocional y los aspectos simbólicos que pueden emerger durante la actividad artística.

La AT parte de la idea de que crear arte no solo ayuda a sanar, sino que también permite expresar pensamientos y emociones sin necesidad de usar palabras (42). Se trata de una herramienta especialmente útil en contextos de psiquiatría y neurología, y constituye una profesión que enriquece la vida de los individuos, familias y comunidades mediante la creación artística. Esta modalidad terapéutica integra la mente, el cuerpo y el espíritu de los participantes, yendo más allá de la expresión verbal y ofreciendo un modo alternativo de comunicación. Numerosos estudios han demostrado que la AT puede mejorar la calidad de vida, ayudar a sentirse mejor emocionalmente y aliviar algunos síntomas en personas con trastornos neuropsicológicos, convirtiéndola en una modalidad terapéutica prometedora (43).

3.2. BREVE HISTORIA Y EVOLUCIÓN

Principales exponentes

El artista británico Adrian K. G. Hill (1895-1977), reconocido como pionero en la AT tras la Primera Guerra Mundial, fue el primero en acuñar el término “*Art Therapy*”. Hill descubrió los efectos beneficiosos del arte mientras se recuperaba de la tuberculosis en un sanatorio en 1938. Comenzó dibujando los objetos que le rodeaban desde la cama del hospital, y, tras la introducción de la terapia ocupacional en el sanatorio, Hill fue invitado para enseñar dibujo y pintura a otros pacientes. Fue tras empezar a trabajar con soldados heridos en la guerra cuando Hill se dio cuenta del beneficio que tenía la pintura en la recuperación de estos pacientes, ya que, aparte de proporcionarles entretenimiento, también era capaz de aliviar la angustia mental que sufrían. Convencido de los efectos positivos de la AT, Adrian Hill comenzó a dedicar su vida a la promoción del uso del arte en hospitales y centros de rehabilitación, expandiendo este nuevo enfoque terapéutico a través de su publicación “*Art Versus Illness*” (44). Hill inspiró a profesionales de la salud a incorporar la AT en distintos contextos, desde la psiquiatría hasta la rehabilitación física, dejando un legado duradero en el campo de esta nueva modalidad terapéutica.

La psicoanalista británica Marion Milner fue otra figura clave en los inicios del desarrollo de la AT, sobre todo por su enfoque introspectivo y el interés que le despertaban los procesos creativos como medio de exploración del inconsciente. A través de sus diarios y escritos autobiográficos, como *"A life of One's Own"* (1934) y *"On Not Being Able to Paint"* (1950) (45), Milner mostró cómo los actos de dibujar y pintar pueden convertirse en una forma de conectar con uno mismo y conseguir una mayor integración emocional. Su trabajo puso en valor la espontaneidad, la importancia del proceso creativo en sí, y la vivencia personal en la creación artística, sentando una base teórica para la AT centrada en la autoexploración y autoconocimiento (46).

Por otra parte, el psiquiatra suizo Carl G. Jung (1875-1961), considerado pionero del psicoanálisis, incorporó en su metodología nociones procedentes del mundo artístico. Jung destacó la importancia y la profundidad de la propiedad simbólica que poseen las imágenes. En ese contexto, animaba a sus pacientes a plasmar sus sueños y a usar su imaginación activa mediante imágenes, valorando lo que significaban y cómo podían usarse en su proceso terapéutico (47). Aunque no llegó a desarrollar un modelo formal de AT, sus ideas influyeron en los enfoques que aparecen posteriormente.

En los Estados Unidos, durante las décadas de 1940 y 1950, surgen dos de los modelos más influyentes en el desarrollo de la AT. Por un lado, Margaret Naumburg desarrolla su modelo psicodinámico, que, al igual que la metodología de Jung, se centra en cómo las imágenes artísticas espontáneas nos ayudan a acceder al inconsciente. Naumburg consideraba que las personas eran capaces de expresar a través de la creación artística los conflictos, deseos, simbolizaciones y racionalizaciones que guardaban en el interior. Además, resaltaba lo poderosas que podían ser estas imágenes para llegar al subconsciente de las personas y ayudar a entender y solucionar conflictos internos. Por otro lado, Edith Kramer, pintora estadounidense, afirmaba que el proceso creativo artístico tenía en sí un valor curativo, sin necesidad de interpretación de los resultados. Tras trabajar durante siete años con niños con problemas mentales, Kramer destaca la capacidad que tiene el arte de convertir los impulsos negativos y destructivos en un producto útil (47,48).

Además de los enfoques mencionados, cabe destacar también el modelo de *Arteterapia Humanista* de Viktor Lowenfeld (1903-1960), educador de origen austríaco. Lowenfeld identificó las características que suelen tener las producciones artísticas de los niños en cada etapa, y además resaltó lo importante que es la creatividad como parte esencial para conocerse mejor a uno mismo. También cabe mencionar el modelo de la *Arteterapia Gestalt*, basada en el enfoque Gestalt, que busca comprender la experiencia humana desde una perspectiva holística. Este modelo se basa en la importancia de la experiencia del "aquí y ahora" durante el proceso creativo sin necesidad de interpretación del resultado (49,50).

En definitiva, la AT se ha ido modelando con el tiempo, influida por distintas teorías que han puesto en valor el arte como medio de expresión del inconsciente y como vehículo simbólico para interpretar aquello que los individuos no son capaces de decir con palabras.

3.3. FISIOLÓGÍA Y CREATIVIDAD ARTÍSTICA

Resulta interesante explorar la capacidad artística que poseen los seres humanos desde una perspectiva neurocientífica. Gran parte de la investigación sobre la localización de las áreas cerebrales involucradas en el desarrollo de una actividad creativa proviene de estudios realizados en pacientes con lesiones en distintas zonas del cerebro, lo cual permite analizar y comparar qué funciones se ven afectadas o alteradas y cuáles, en cambio, permanecen intactas o se recuperan con el tiempo.

Serrano et al. (2005) (51) evaluaron la productividad artística de tres pintores con enfermedades neurodegenerativas (EA, afasia progresiva primaria y demencia frontotemporal). En el caso de la EA, la afectación de áreas cerebrales relacionadas con la memoria y la percepción visual lleva a una producción artística más abstracta. En la afasia progresiva primaria, aunque persiste la actividad artística, los dibujos se simplifican. Sin embargo, algunas enfermedades neurológicas pueden potenciar inesperadamente las habilidades artísticas de algunos pacientes, subrayando la compleja interacción entre el cerebro y la creatividad. Un estudio de Miller et al. (52) realizado en el año 2004, observó que pacientes con demencia fronto-temporal a menudo mostraban una mejora en las capacidades artísticas, incluso cuando no habían tenido un interés previo en actividades como la pintura o el dibujo. Esto se debe a que, mientras que los lóbulos temporales anteriores se ven afectados por la enfermedad, las áreas asociadas con las habilidades visuales y artísticas, como la corteza occipital, se mantienen intactas. Este tipo de demencia puede abrir la puerta de la creatividad, haciendo que la persona afectada se concentre más en expresarse a través del arte, sin los bloqueos que antes limitaban su capacidad artística.

El estudio de la creatividad en la neurociencia es un campo en expansión, pues no solo ayuda a comprender cómo el cerebro genera nuevas ideas, sino también cómo las alteraciones en el funcionamiento de éste pueden modificar o incluso potenciar esta capacidad. Este campo tiene aplicaciones tanto en la rehabilitación cognitiva, como en el desarrollo de terapias innovadoras como la AT, que utiliza la creatividad artística para mantener o incluso recuperar funciones cognitivas en pacientes con demencia.

3.4. MODALIDADES DE ARTETERAPIA

Cada modalidad de AT se ajusta al perfil de la persona y a los objetivos terapéuticos que se intentan alcanzar, siendo éstos centrados o bien en la estimulación cognitiva, o en la expresión emocional, integración social y la reducción del estrés. Esta variedad le otorga a la AT la capacidad de ser aplicada en contextos clínicos y comunitarios muy diversos. A continuación, se enumeran las modalidades de AT más empleadas, clasificadas en función del tipo de actividad, del contexto de la intervención y del medio artístico utilizado.

❖ CREACIÓN ARTÍSTICA LIBRE

La creación artística libre en el contexto arteterapéutico consiste en permitir que la persona se exprese a través del arte sin pautas ni consignas predeterminadas, eligiendo libremente los materiales, formas, colores y temáticas según su estado emocional y sus necesidades internas. Este enfoque favorece la espontaneidad, la autoexploración y la expresión simbólica, permitiendo a la persona conectar con su mundo interno de manera no verbal. Dentro de este apartado se incluye la técnica del dibujo automático o *Mindfulness Drawing*, inspirado en el movimiento artístico surrealista. Esta práctica consiste en crear permitiendo que la mano fluya libremente sobre el papel, y los resultados clínicos muestran que este proceso abre vías hacia el inconsciente, estimulando la expresión de emociones reprimidas debido a la suspensión limitada del pensamiento lógico y formal (53).

Debido a que la creación artística libre implica una mayor espontaneidad y una amplia variedad de técnicas y formas de expresión, se describirán algunas modalidades terapéuticas dentro del siguiente apartado (creación artística dirigida), ya que resultan más fáciles de encuadrar en categorías concretas y permiten una estructuración más clara de las intervenciones terapéuticas.

❖ CREACIÓN ARTÍSTICA DIRIGIDA

La creación artística dirigida consiste en proponer al paciente una actividad artística estructurada y guiada por el profesional encargado de la intervención, con un objetivo terapéutico concreto, como estimular la memoria, canalizar emociones o favorecer la atención. A diferencia de la creación libre, en este enfoque se plantean consignas claras (por ejemplo, dibujar un lugar que le haga sentir calma, o modelar arcilla siguiendo ciertas formas concretas), lo que facilita la participación de personas con DC o dificultades para iniciarse espontáneamente en el proceso creativo.

Los talleres de expresión plástica son sesiones individuales o grupales donde se utilizan técnicas como pintura, dibujo, collage, escultura o modelado para favorecer la expresión emocional y la exploración interna de las personas. En estos talleres se propone a los participantes realizar actividades plásticas adaptadas a sus capacidades, con objetivos terapéuticos como mejorar la autoestima, canalizar emociones, estimular funciones cognitivas, etc. A continuación, se enumeran algunos métodos de expresión plástica reconocidos dentro del contexto de la AT.

Dibujo y pintura. Estos métodos consisten en crear imágenes con formas y colores que ayudan a explorar el inconsciente, liberar tensiones emocionales y fomentar el conocimiento propio. En este enfoque, el proceso creativo es tan importante como el resultado final, ya que el acto de crear facilita la autorreflexión. El dibujo y la pintura han demostrado ser valiosos en una amplia gama de contextos terapéuticos, abarcando desde el tratamiento de personas con trastornos mentales hasta aquellas que enfrentan desafíos neurológicos o del desarrollo (54).

Mandalas. Otro ejemplo interesante lo constituyen las mandalas, una técnica que entrelaza lo terapéutico con lo meditativo. Estas composiciones geométricas concéntricas, que simbolizan la búsqueda del equilibrio y la unidad interior, no solo invitan a la creación artística, sino también al simple acto de colorear. La experiencia clínica sugiere que este proceso facilita estados de calma mental y mejora significativamente la capacidad de concentración del paciente, creando un puente entre la expresión artística y el bienestar psicológico (55).

Collage terapéutico. Esta técnica consiste en seleccionar, recortar y pegar imágenes, textos o materiales diversos sobre un soporte, creando una composición visual. El collage permite a los participantes expresar pensamientos y recuerdos de forma simbólica, y es especialmente útil en contextos de AT para fomentar la autoexploración y la reflexión. Además, al trabajar con imágenes y materiales ya existentes, se minimiza la presión sobre las habilidades físicas, lo que facilita la participación de personas con diferentes niveles de destreza o de capacidades cognitivas (56).

Modelado en arcilla. Este método artístico utiliza arcilla (u otros medios) para crear formas, figuras o estructuras. El modelado permite una conexión sensorial profunda, ya que el tacto con el material ayuda a liberar tensiones y facilita la expresión emocional. Es especialmente beneficioso en AT porque promueve la creatividad, mejora la motricidad fina y puede ser una vía para expresar sentimientos de forma simbólica (57).

Método Zentangle®. El Zentangle® es un método de dibujo estructurado que combina elementos del arte y la meditación, desarrollado en Estados Unidos por Rick Roberts, músico con formación en prácticas contemplativas, y Maria Thomas, calígrafa profesional. Surgió con el propósito de fomentar un estado de atención plena (*mindfulness*) a través de la creación de patrones repetitivos simples, denominados “*tangles*”, que se combinan de manera libre para formar composiciones artísticas completas. Este enfoque no requiere

habilidades artísticas previas, lo que lo convierte en una técnica accesible y especialmente útil en contextos terapéuticos y educativos. En AT, el método Zentangle® se ha utilizado como herramienta para promover la concentración, la relajación, la autoexpresión y la estimulación cognitiva, siendo particularmente adecuado para personas con enfermedades neurológicas (y/o psiquiátricas), gracias a su carácter estructurado, no verbal y libre de juicio estético (58,59).

❖ ARTETERAPIA BASADA EN LA APRECIACIÓN DEL ARTE

Visitas terapéuticas a museos o galerías. Por otra parte, la AT no hace referencia solamente al proceso creativo: también explora la estimulación cognitiva y el vínculo con el arte a través de la observación de obras artísticas mediante visitas guiadas a museos. Tal como concluye un estudio realizado por Hendriks et al. (2019) (60), las actividades artísticas y culturales tienen un efecto positivo en la calidad de vida de personas con demencia y sus cuidadores y familiares. Se trata del programa *Unforgettable*, lanzado en 2013 en museos de los Países Bajos, que ofrece visitas adaptadas a las exposiciones promoviendo la interacción positiva con el arte, fomentando el comentario artístico por parte de los participantes. Dirigido por guías especialmente capacitados, esta iniciativa busca la interacción y el disfrute conjunto, similar al programa *Meet Me at MoMA* desarrollado en el museo de arte moderno MoMA de Nueva York. Estos programas se pueden utilizar en conjunto con la actividad creativa inspirada en las exposiciones, combinando así la creatividad con la apreciación artística.

3.5. ÁMBITOS DE APLICACIÓN

La AT se presenta como una herramienta terapéutica flexible y eficaz que permite abordar aspectos emocionales de la enfermedad en diversos contextos (escolar, doméstico, hospitalario o comunitario) y en entornos clínicos variados (salud mental, educación, intervención social, neurología, etc.). El arteterapeuta, desde una postura activa pero no invasiva, acompaña al paciente mediante la creación artística, respetando su proceso y promoviendo tanto la expresión individual como la diversidad grupal. La implementación de la AT muestra notable flexibilidad, adaptándose tanto a contextos individuales, como grupales. La revisión de la literatura revela un amplio espectro de aplicaciones de la AT con resultados estadísticamente significativos, de los cuales destacan los siguientes:

❖ Salud Mental

Tal como se menciona en el apartado “Breve historia y evolución”, la AT sienta las bases en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, cuando surge la necesidad de nuevas formas de tratamiento para las personas con estrés postraumático y comienzan a implementarse prácticas artísticas en hospitales psiquiátricos. A partir de entonces, la AT se consolida especialmente en el tratamiento de trastornos mentales graves, con intervenciones diferenciadas según el contexto en el que se aplican (unidades de hospitalización de agudos, hospitales de día, etc.). En la actualidad, la AT presenta un despliegue metodológico muy versátil, abarcando un espectro poblacional que incluye desde la infancia y adolescencia hasta las diversas etapas que constituyen la edad adulta. Su aplicación resulta particularmente valiosa en personas con trastornos mentales como depresión, trastornos graves de la personalidad, cuadros psicóticos, trastornos del espectro autista, etc., convirtiéndolo en un recurso especialmente significativo en aquellos individuos que presentan problemas para verbalizar lo que sienten (61,62).

❖ Educación Especial

La AT en el contexto escolar ofrece un espacio seguro donde niños y adolescentes, especialmente aquellos que presentan dificultades emocionales, de comunicación u otros tipos de discapacidades, pueden explorar y expresar sus emociones, conflictos internos y necesidades a través del arte. Esta herramienta terapéutica resulta especialmente adecuada en la infancia, ya que utiliza un lenguaje simbólico más accesible que el lenguaje hablado, favoreciendo el desarrollo de la autonomía y la creatividad. Además, permite canalizar tensiones, establecer límites y fortalecer la identidad, brindando a los participantes la posibilidad de sentirse capaces, creativos y protagonistas de su propio proceso de crecimiento y desarrollo (63).

❖ Discapacidad Intelectual

La AT es una herramienta con gran potencial para las personas con problemas de aprendizaje, puesto que permite acceder al mundo emocional de éstas sin necesidad de utilizar el lenguaje hablado. Dado que se trata de una metodología no directiva, se promueve la expresión segura de emociones complejas, especialmente cuando complementa otras INFs o educativas. Una de las ventajas que tiene la AT es que el arteterapeuta, al interpretar el lenguaje visual, enriquece la labor del equipo psicopedagógico encargado del cuidado de las personas con discapacidad intelectual. Esto se debe a que se alcanza una comprensión más profunda de la realidad interna de la persona, mejorando de esta forma la eficacia de su tratamiento global (64).

❖ Atención Paliativa

La AT se puede emplear también en el ámbito de los cuidados paliativos, utilizándose en hospitales, hospicios y centros de atención familiar para acompañar tanto a pacientes con enfermedades en fase terminal, como a sus familiares. En este contexto, el arte no es interpretado como una forma de evadir la situación; más bien permite expresar emociones facilitando el afrontamiento del sufrimiento, la dependencia, o incluso la soledad que sienten estos pacientes. En este caso, el arteterapeuta adopta un rol de acompañante emocional imparcial que no solo apoya al enfermo, sino también a sus seres queridos, ofreciendo contención durante la enfermedad y en el proceso de duelo (65,66).

❖ Víctimas de Violencia de Género

Las mujeres que han sufrido violencia de género suelen presentar un autoconcepto y autoestima debilitados, viéndose a sí mismas como dependientes, infravaloradas y anuladas dentro de sus vínculos afectivos. En este contexto, la AT se convierte en una herramienta liberadora que les permite sanar emocionalmente, recuperar el control, gestionar sus experiencias, fortalecer su autoestima y construir un camino hacia el empoderamiento (67).

❖ Deterioro Cognitivo

Los programas de AT dirigidos a TNC, particularmente a personas con EA, están demostrando ser una alternativa eficaz respaldada por creciente evidencia científica. Esta intervención, caracterizada por ser segura y accesible, no solo mantiene a la persona ocupada, sino que estimula funciones cognitivas esenciales como la memoria, la atención o el lenguaje, proporcionando simultáneamente canales alternativos para la comunicación y expresión emocional. La investigación neuropsicológica sugiere que la activación de áreas específicas del cerebro vinculadas con la creatividad contribuye a su estimulación incluso en DC avanzado. Además, puede contribuir a la mejora de la calidad de vida, la reducción de SPCD, el fortalecimiento personal y enriquecimiento de relaciones interpersonales, convirtiendo la AT en una herramienta con mucho potencial para los pacientes, familiares, y profesionales encargados de su cuidado (68).

3.6. ARTETERAPIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DESDE LA PRÁCTICA ENFERMERA

Cuidados de enfermería en los TNCs

Los pacientes con demencia tienen necesidades complejas que presentan un desafío para la prestación de cuidados de enfermería. Identificar y reconocer dichas necesidades hace imprescindible la incorporación de la evidencia de la investigación para guiar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El papel de la enfermería es fundamental en el manejo de los pacientes con demencia, ya que, aparte de proporcionar cuidados individualizados y evaluar la evolución de los síntomas de la enfermedad, es responsable también de aplicar estrategias de comunicación adaptadas para mejorar la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

El manual de diagnósticos de enfermería NANDA-I contempla la “Arteterapia” como intervención NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y lo define como “Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte” (69). En la siguiente tabla se incluyen las actividades enfermeras recogidas en dicha clasificación:

NIC: [4330] Arteterapia
Código: 04330
Edición: 1.ª edición 1992; revisada en 2013
Intervención: Arteterapia
Definición: Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.
Dominio: 3. Conductual
Clase: 0. Terapia conductual
Especialidades: Enfermería holística, Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes.
Actividades:
❖ Identificar una forma de actividad basada en el arte (p. ej., preexistente, improvisada, dirigida, espontánea). ❖ Identificar un medio artístico para usarlo, como pinturas (p. ej., autorretrato, dibujos de la figura humana, dibujos cinéticos familiares), fotografías y otros medios (p. ej., diario fotográfico, diario de medios de comunicación), gráficos (p. ej., línea del tiempo, mapas corporales) u objetos artísticos (p. ej., máscaras, escultura). ❖ Comentar con el paciente el motivo que se va a dibujar, dar un enfoque directo o indirecto, según corresponda. ❖ Proporcionar instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia. ❖ Proporcionar un ambiente tranquilo en el que no haya interrupciones. ❖ Monitorizar la participación del paciente durante el proceso artístico, incluidos los comentarios verbales y el comportamiento. ❖ Animar al paciente a que describa sus dibujos o creaciones artísticas. ❖ Comentar la descripción de dibujos o creaciones artísticas con el paciente. ❖ Registrar la interpretación del paciente de dibujos o creaciones artísticas. ❖ Identificar los temas de los trabajos artísticos acumulados durante un período de tiempo dado. ❖ Copiar los trabajos del paciente para guardarlos en ficheros, si es necesario y corresponde. ❖ Utilizar dibujos de figuras humanas para determinar el autoconcepto del paciente.

- ❖ Utilizar dibujos para determinar los efectos de los sucesos estresantes (hospitalización, divorcio o abusos) sobre el paciente.
- ❖ Animar al paciente a que describa y hable sobre los productos artísticos y su proceso de elaboración.
- ❖ Incorporar la descripción del paciente y su interpretación de la actividad artística en los datos de evaluación del paciente.
- ❖ Comparar los trabajos artísticos con el nivel de desarrollo del paciente y las actividades artísticas previas.
- ❖ Interpretar el significado de los aspectos importantes de los dibujos, incorporando los datos de valoración del paciente y la literatura sobre arteterapia.
- ❖ Evitar sacar conclusiones de los dibujos antes de disponer de un historial completo, dibujos iniciales, y una colección de dibujos realizada durante un período de tiempo dado.
- ❖ Remitir al paciente a otras terapias (p. ej., trabajo social, arteterapia), según esté indicado.

Tabla 4: Actividades enfermeras del NIC “Arteterapia”. Fuente: Taxonomía NANDA-NIC-NOC (69).

Aunque la AT ha demostrado beneficios potenciales en el abordaje no farmacológico de los SPCD, la evidencia científica específica sobre la implementación de la AT por parte de profesionales de enfermería sigue siendo limitada. Si bien algunos estudios sugieren mejoras en el bienestar emocional, la comunicación y la reducción de la agitación en personas con demencia (70,71), la mayoría de las intervenciones han sido lideradas por profesionales del ámbito artístico o terapéuticos, como terapeutas ocupacionales o arteterapeutas titulados.

Uno de los estudios que explora la aplicabilidad de la AT desde la disciplina enfermera es el realizado por Albañil Delgado et al. (2020) (72), quienes proponen actividades terapéuticas para personas mayores en el contexto del confinamiento durante la pandemia de COVID-19. Aunque no se trata de una intervención exclusiva para personas con demencia, ni se analizan específicamente los efectos de la atención terapéutica de este grupo, sí se pueden ver los beneficios que tiene la AT en el estado emocional, físico y social en los adultos mayores.

El estudio realizado por Rodríguez Novo et al. (2021) (73), destaca que la AT es percibida como una valiosa herramienta para cuidar la salud física, mental y emocional a través del arte. La investigación se basó en una encuesta realizada en Santa Cruz de Tenerife, en la que participaron 490 personas de distintos campos de conocimientos: profesionales de la salud, estudiantes de bellas artes, usuarios del sistema sanitario, etc. Los resultados muestran una aceptación generalizada de la AT, destacando su utilidad en contextos clínicos y educativos. Se encontró una valoración especialmente positiva entre enfermeros, médicos y familiares de pacientes en el hospital, quienes perciben el potencial terapéutico y ven con buenos ojos su inclusión en los entornos de atención sanitaria. El estudio revela que, aunque todavía no se hace mucho uso de esta práctica por parte del personal de enfermería, hay una clara aceptación social y disposición para adoptarla. Esto justifica que se incluya la AT como práctica clínica dentro de la atención sanitaria de manera sostenida y basada en la evidencia.

Por otra parte, la disciplina enfermera puede aplicar la AT como una estrategia dirigida a los cuidadores de personas con EA, tal como se propone en el estudio de Guerrero Castañeda et al. (2022) (74). El artículo destaca que, tradicionalmente, las INFs como la AT se han centrado sobre todo en los pacientes, dejando de lado las necesidades del cuidador. Sin embargo, el estudio propone incorporar técnicas de AT como la pintura en el cuidado de los cuidadores, con el objetivo de fomentar la expresión emocional, reducir el estrés, fortalecer la

autoestima y mejorar su calidad de vida. Esta propuesta, basada en el PAE, le proporciona al enfermero un papel clave para ofrecer un cuidado integral que también tenga en cuenta al cuidador. De esta forma, se crea un modelo en el que el paciente, el cuidador y el enfermero trabajan juntos en el proceso asistencial. El estudio concluye que la AT representa una alternativa eficaz para atender el bienestar del cuidador, consolidando el rol de enfermería como actor clave en el acompañamiento emocional de quienes cuidan.

En conclusión, los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que abordan el papel específico de la enfermería en este tipo de terapias son escasos y heterogéneos, lo que dificulta la generalización de los resultados. Esta carencia evidencia la necesidad de investigaciones rigurosas que analicen el impacto, la viabilidad y la efectividad de la AT aplicada directamente por profesionales de enfermería en el contexto del cuidado a personas con demencia (75).

4. CAPÍTULO III. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Para profundizar en la eficacia de la AT como INF en personas con DC, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de literatura reciente que valora su impacto terapéutico desde distintas perspectivas (*Anexos 1 y 2*). Los estudios seleccionados exploran los efectos que tiene la intervención creativa en las funciones cognitivas, expresión emocional, conducta y calidad de vida de las personas con distintos grados de demencia. A continuación, se presentan los principales hallazgos de cada artículo revisado para proporcionar una visión general de la evidencia científica disponible.

El estudio controlado aleatorizado de Johnson et al. (2020) *“Art Training in Dementia: A Randomized Controlled Trial”* (76) examinó la efectividad de un programa de entrenamiento artístico llevado a cabo a lo largo de 8 semanas en personas con demencia que han sido reclutadas previamente de distintos centros de atención a la dependencia. En total, participaron 53 personas, las cuales fueron distribuidas aleatoriamente en un grupo experimental, al que se le aplicó la intervención de AT, y un grupo control que realizó las actividades habituales en su centro.

El programa consistió en sesiones bisemanales de una hora centradas en explicar fundamentos y elementos del diseño (como el color, la forma, el ritmo y el equilibrio), utilizando materiales adaptados como lápices de colores, telas y pegatinas. Aparte de la intervención artística estructurada, también se organizaba al final de cada sesión una discusión interactiva entre los participantes y una valoración colectiva de las obras creadas. Si bien es cierto que no se observaron mejoras estadísticamente significativas en las pruebas cognitivas en comparación con el grupo control, la investigación subraya la importancia del Arte como herramienta para la estimulación y participación comunitaria en personas con DC.

Por otro lado, el estudio de Yu et al. (2021), *“The Art of Remediating Age-Related Cognitive Decline: Art Therapy Enhances Cognition and Increases Cortical Thickness in Mild Cognitive Impairment”* (77), evaluó los efectos de la AT en adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), comparando un grupo experimental con un grupo control durante 12 semanas. La intervención combinó sesiones semanales de 45 minutos de creación artística y visitas a museos, utilizando materiales como pinturas, lápices, pasteles y papel de colores, centrados en

temáticas de carácter personal (la familia, la amistad, etc.). Se observaron mejoras significativas en la memoria inmediata y en la memoria de trabajo, así como un aumento en el grosor cortical cerebral en el giro frontal medio derecho, correlacionado con dichas mejoras. El estudio sugiere que la AT puede estimular la neuroplasticidad del cerebro y favorecer la mejora de ciertas funciones cognitivas en el contexto del DC relacionado con la edad.

En el ensayo controlado aleatorizado de Yan et al., *"Effects of a nurse-led staged integral art-based cognitive intervention for older adults on the Alzheimer's disease spectrum"* (2024) (78), se evaluó la eficacia de una intervención cognitiva integral basada en el arte y dirigida por profesionales de enfermería. En el estudio participaron 144 adultos mayores de 60 años con DC subjetivo y objetivo (dentro del espectro de la EA). El grupo experimental recibió una intervención de 16 semanas con 24 sesiones estructuradas en tres fases: experiencia, iluminación y exploración artísticas, centradas en el entrenamiento de las funciones neurocognitivas a través de actividades visuales.

El estudio empleó multitud de pruebas para medir los efectos de esta intervención, desde la escala MoCA para la función cognitiva global, hasta instrumentos específicos para evaluar la memoria visual y verbal, el lenguaje, la atención, la función ejecutiva, la calidad de vida, el estado emocional, la calidad del sueño, el equilibrio y la percepción de la soledad. Tras finalizar el programa, los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en la función cognitiva general, la memoria, el lenguaje, la calidad de vida, el sueño y el nivel de actividad física en el grupo que recibió la intervención respecto al grupo control. Sin embargo, a los seis meses de seguimiento solo se mantuvieron diferencias significativas en la calidad del sueño. A pesar de la corta duración de los resultados, los autores del estudio concluyen que la AT, cuando es implementada de forma estructurada y guiada por el personal de enfermería, puede ser una herramienta efectiva para mejorar la salud cognitiva y el estado mental de las personas con DC tipo EA.

El estudio *"Can Visual Art Therapy Be Implemented With Illiterate Older Adults With Mild Cognitive Impairment?"* dirigido por Masika et al. en 2021 (79) es un ensayo piloto aleatorizado que evalúa la viabilidad y los efectos de una intervención de AT basada en el método Zentangle® en adultos mayores con DCL y bajo nivel de alfabetización. El grupo experimental, compuesto por 21 participantes, recibió 12 sesiones de AT durante 6 semanas, mientras que el grupo control, de 18 participantes, recibió 6 sesiones sobre temas de educación para la salud. Se evaluaron los cambios en la función cognitiva y en los síntomas depresivos, además de un *focus group* (grupo focal) con los participantes del grupo experimental para explorar su experiencia con la intervención.

El estudio concluye que la implementación de AT es factible y beneficiosa para adultos mayores con DCL. En una breve intervención, los participantes mostraron mejoras significativas en los síntomas depresivos y un impacto positivo en su bienestar emocional, traducido en una mayor confianza en sí mismos, mejor calidad del sueño y una mayor interacción social. Los participantes valoraron positivamente la experiencia, destacando la relevancia de las actividades para la salud cognitiva y emocional.

Del mismo modo, el ensayo piloto *"Art, Colors, and Emotions Treatment (ACE-t): A Pilot Study on the Efficacy of an Art-Based Intervention for People with Alzheimer's Disease"* (80) de Savazzi et al. (2020) evalúa la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una intervención de AT en personas con EA leve.

El programa constó de 14 sesiones de una hora de duración, realizadas dos veces por semana, en las que se combinaron actividades de apreciación artística (análisis de obras de arte seleccionadas) y producción artística (creación de obras propias). Se utilizaron materiales básicos de arte como lápices, pinturas y papeles de colores, centrándose especialmente en el uso de colores primarios para estimular la expresión emocional y la

percepción visual. Las sesiones fueron guiadas por profesionales de la salud formados en rehabilitación cognitiva, siguiendo un protocolo estructurado.

El estudio concluye que el arte puede ser una herramienta poderosa para fomentar la autoexpresión y el bienestar emocional en personas con DC, más allá de sus limitaciones verbales o mnésicas. Finalmente, al utilizar medidas estandarizadas de evaluación cognitiva, conductual y de calidad de vida, el estudio contribuye a legitimar el uso de intervenciones basadas en el arte dentro de entornos sanitarios y a promover la necesidad de su incorporación sistemática en los programas de atención a personas con demencia.

El estudio *“Dementia and sculpture-making: Exploring artistic responses of people with dementia”* llevado a cabo por la artista Chauhan (2020) (81) es una investigación cualitativa experimental basada en arte (*art-based-research*). Este estudio analiza cómo las personas con DCL pueden ser creativas, y se realiza a través de un programa de escultura basado en la práctica artística, en contraste con un enfoque clínico tradicional. Se lleva a cabo a lo largo de seis meses, donde los siete participantes del estudio se dedicaron a actividades de modelado y esculpido con materiales como arcilla, *papier mâché*, y medios digitales; mediante estas actividades se fomentó la autoexpresión, la reminiscencia y la percepción sensorial. Esta investigación se enfoca tanto en el proceso creativo como en el significado simbólico de las obras, llegando a la conclusión de que el arte puede ayudar a conservar la identidad de las personas con demencia, además de favorecer su bienestar emocional y psicológico.

De igual modo, en el estudio piloto *“A pilot study on the impact of a pottery workshop on the well-being of people with dementia”* de Pérez-Sáez et al. (2020) (82) se exploró el impacto del modelado y la escultura en el bienestar emocional de personas con demencia en estadios moderados y avanzados. Para ello, se realizaron 10 sesiones de modelado de piezas de barro (talleres de cerámica) para 30 usuarios del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CREA) de Salamanca. Esta intervención fue dirigida por terapeutas expertos y apoyados por el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería de CREA. Los resultados mostraron mejoras significativas en el estado de ánimo y la autoestima de los participantes, así como altos niveles de atención y de sensación de normalidad durante las sesiones.

Por último, destaca el estudio realizado por Hsiao et al. (2020), *“Effects of Art and Reminiscence Therapy on Agitated Behaviors Among Older Adults with Dementia”* (83) que demostró que la AT se reveló como una intervención eficaz para reducir comportamientos agitados en personas mayores con demencia institucionalizadas. A través de un ensayo experimental con medidas repetidas, se comparó la efectividad de la AT, la terapia de reminiscencia y un grupo control. Las sesiones de AT consistían en actividades creativas como pintura, collage, modelado con arcilla, origami, etc. y se dividían en tres fases: una introducción breve, la creación libre y guiada, y una última fase donde los participantes compartían sus obras. Esto ayudaba a que todos reconocieran su propio trabajo, aparte del trabajo de los demás, fortaleciendo la confianza y la comunidad.

Los resultados mostraron que la AT no solo redujo significativamente la agitación conductual, sino que sus efectos fueron sostenidos en el tiempo, a diferencia de la terapia de reminiscencia, que mostró beneficios inmediatos, pero no mantenidos. Esta investigación muestra cómo el arte puede ser una herramienta muy útil para ayudar a manejar los síntomas conductuales que suelen presentarse en personas con demencia.

4.2. APORTACIONES DE LA ARTETERAPIA

Aunque las características específicas de cada estudio se indicarán en el *Anexo 1* y *Anexo 2* al final del trabajo, de cada uno de los trabajos incluidos en la revisión se recogen a continuación en la *Tabla 5* las principales contribuciones de la AT en cada investigación revisada.

Autores	Principales contribuciones de la Arteterapia en la investigación
Johnson, D'Souza y Wisegeart (2020)	Aunque la cognición no se ha visto afectada por el entrenamiento artístico en personas con demencia, el estudio sigue apoyando las intervenciones artísticas en este colectivo por el valor intrínseco de aprender y participar en actividades sociales. El programa ofrece una opción fácilmente implementable y accesible para los centros de atención a personas con demencia, utilizando materiales sencillos y económicos, procedimientos adaptables y recursos humanos que no requieren de una formación previa extensa.
Yu, Rawtaer, Goh, Kumar, Feng, Kua, Mahendran (2021)	La AT demostró ser una intervención efectiva para mejorar funciones cognitivas específicas (la memoria inmediata y la memoria de trabajo) en personas con DCL. Además, estos cambios positivos también se reflejaron en las pruebas de imagen, donde se pudieron objetivar signos de cambios en la neuroplasticidad cerebral. Los resultados del estudio muestran que incluso un programa de baja intensidad puede aportar beneficios importantes tanto a nivel cognitivo, como a nivel cerebral, lo que hace que la AT sea una opción muy interesante a tener en cuenta para combatir el DC.
Yan, Huang, Lin, Chen, Wang, Xu, Chao, Zhang, Sun, Wang, Ye, Lin, Li (2024)	El programa de intervención artística, dirigido por profesionales de enfermería, mostró ser una INF eficaz para mejorar las funciones cognitivas y aspectos de salud psicológica en adultos mayores con DC relacionado con la EA. Aunque los efectos a largo plazo fueron algo más limitados, los resultados del estudio respaldan su uso como un complemento útil en terapia.
Masika, Yu, Li (2021)	Este estudio amplía el conocimiento sobre la implementación de la AT en poblaciones analfabetas y de bajos recursos, donde la falta de habilidades educativas tradicionales podría ser un obstáculo para otras formas de estimulación cognitiva. Los resultados del estudio sugieren que la AT puede ser una estrategia accesible y que se pueda adaptar culturalmente, que no solo ayuda a mejorar las habilidades cognitivas, sino también a fortalecer el bienestar emocional y psicológico de las personas con DC pertenecientes a comunidades vulnerables.
Savazzi, Isernia, Farina, Fioravanti, D'Amico, Saibene, Rabuffetti, Gilli, Alberoni, Nemni, Baglio (2020)	El estudio demuestra que usar actividades artísticas bien planificadas, que combinan disfrutar de obras de arte, así como crear algo propio, puede ser una forma efectiva de ayudar a estimular las funciones mentales, emocionales y conductuales en las primeras etapas de la EA. Además, muestra que la AT puede integrarse en programas de rehabilitación cognitiva dirigidos por profesionales de la salud, no solo por arteterapeutas. Esto amplía bastante las posibilidades de aplicarla en entornos clínicos, haciéndola mucho más flexible y accesible.

Chauhan (2020)	La investigación aporta evidencia de que la interacción activa con el proceso escultórico favorece el compromiso sensorial, potencia la imaginación y mantiene capacidades expresivas en pacientes con demencia leve. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir actividades artísticas como la escultura como medio para preservar la identidad personal y fomentar el bienestar emocional.
Pérez-Sáez, Cabrero-Montes, Llorente-Cano, González-Ingelmo (2020)	El estudio demuestra que la participación en actividades artísticas prácticas como la cerámica puede mejorar de forma inmediata y sostenida el bienestar emocional, la autoestima y el estado de ánimo en personas con DC, incluso en estadios avanzados de la enfermedad. También destaca la importancia de ofrecer actividades que fomenten la autonomía, la expresión personal y la interacción social de las personas con demencia.
Hsiao, Chen, Hsiao, Huang, Yeh (2020)	El estudio demuestra la contribución de la AT en el manejo de los síntomas conductuales de los pacientes con demencia, especialmente la agitación, y la posiciona como una alternativa terapéutica complementaria a los tratamientos farmacológicos convencionales.

Tabla 5: Principales conclusiones de los documentos revisados.

5. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que las intervenciones farmacológicas para el manejo de las demencias tipo EA son muy limitadas, surge la necesidad de investigar INFs para el manejo de las TNC. La AT ha sido estudiada como INF complementaria para las personas con distintos grados de DC, presentando hallazgos positivos en cuanto a la mejora de la función cognitiva y el manejo de los SPCD. No obstante, hasta la fecha no hay un consenso sobre qué enfoque específico de la AT resulta ser más eficaz. Los resultados de la literatura revisada no son uniformes y presentan diferencias metodológicas y contextuales relevantes, factores que hay que tener en consideración para la propuesta de su implementación desde la disciplina enfermera. Para los fines de esta revisión, se han agrupado las medidas de resultado para formar cuatro temas coherentes. En general, los resultados apuntan hacia la mejora del estado de las personas con demencia principalmente en cuatro ámbitos:

- 1. Función cognitiva.** Este tema incluye los resultados relacionados con cambios en la atención, la concentración y la memoria.
- 2. Síntomas psicológicos** de la demencia. Resultados relacionados con cambios en la motivación, el estado de ánimo y los episodios de conducta agresiva o de depresión.
- 3. Calidad de vida.** Resultados relacionados con cambios en la comunicación, la realización personal, la participación, etc.
- 4. El bienestar percibido,** abarcando todas las subcategorías relacionadas con el bienestar.

De la literatura revisada, diversos estudios respaldan el valor terapéutico global que posee la AT. Yu et al. (2021) y Yan et al. (2024) encontraron mejoras en el ámbito de la función cognitiva en apartados como la memoria inmediata y la memoria de trabajo, así como en la calidad de vida de los participantes. Especialmente relevante fue el aumento en el grosor cortical observado por Yu et al., que indica la estimulación de la neuroplasticidad del cerebro (77,78). Resaltar también los hallazgos de Savazzi et al. (2020) y Chauhan (2020) y Pérez-Sáez et al. (2020) que subrayan la importancia que tiene el arte para la preservación de la identidad y la mejora de los síntomas psicológicos, que se traducen en un aumento en el bienestar percibido de los pacientes (80–82). En la misma línea, la investigación de Johnson et al. (2020) destaca que, aunque los resultados cuantitativos no han sido estadísticamente relevantes, se ha observado un aumento en el bienestar general de los participantes (76). Masika et al. (2021) y Hsiao et al. (2020), por su parte, observaron mejoras en el perfil psicológico, especialmente en los pacientes con depresión y con síntomas conductuales como la agitación, resultado que se refleja también en la variable del bienestar percibido (79,83).

Uno de los artículos de esta revisión aborda la intervención cognitiva basada en el arte dirigida por profesionales de enfermería. Este estudio, que fue exitoso, representa la disciplina enfermera como una profesión capacitada para lograr excelentes resultados clínicos aplicando INFs en pacientes con demencia. Además, el programa que proponen los autores de la investigación involucra diversas formas artísticas que pueden ofrecer oportunidades para encontrar el método más adecuado a nivel individual para lograr una expresión emocional plena.

Limitaciones

A pesar de que en los últimos años esta modalidad terapéutica ha ganado popularidad y está cada vez más representada en la literatura científica, existe una falta de consenso que impide la generalización de los hallazgos. Entre los factores que limitan dicha generalización se encuentran: los tamaños muestrales reducidos, la duración de la intervención, que generalmente es corta, la falta de homogeneidad en los instrumentos de evaluación y el seguimiento a corto plazo. Si bien es cierto que la AT representa, además de una herramienta artística, una viable intervención terapéutica y rehabilitadora, para contemplar la posibilidad de integración en la práctica clínica se requieren estudios más amplios y con evidencia científica más potente. Estas limitaciones justifican una investigación más a fondo sobre qué enfoque es el más efectivo para aliviar los efectos desafiantes de la demencia y mejorar la calidad de vida y el bienestar de quienes la sufren.

6. CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica llevada a cabo evidencia el valor que tiene la AT como INF en el abordaje del paciente con demencia. Los estudios analizados muestran beneficios en el área cognitivo, así como en la esfera emocional, psicológica y social. Si bien es cierto que los resultados varían dependiendo del diseño metodológico adoptado por cada estudio, de la duración e intensidad de la intervención y de las características de los participantes; los estudios revisados coinciden en destacar el efecto positivo de la AT en la calidad de vida a través de la preservación de las habilidades cognitivas y del fortalecimiento de la identidad personal de los pacientes con demencia.

Una conclusión especialmente relevante es el posible papel que podría jugar la disciplina enfermera en la promoción e implementación de programas de AT. Aunque en los trabajos estudiados la implicación de la enfermería es escasa, gracias a su cercanía al paciente y a su mirada integral, esta profesión podría contribuir

no solamente en la estimulación cognitiva, sino también en la promoción de la expresión emocional y de la creatividad como forma de resistencia frente al olvido.

No obstante, es importante mencionar que la lectura actual presenta también importantes limitaciones, factores que dificultan la obtención de conclusiones definitivas. De allí la necesidad de seguir investigando con mayor profundidad y mayor rigor metodológico, con estudios que permitan consolidar la evidencia científica y que permitan diseñar protocolos de implementación de la AT como INF en diferentes fases de la demencia. En conclusión, la AT representa una INF prometedora que, si se implementa bajo el liderazgo de profesionales formados y capacitados, puede contribuir de manera significativa a mejorar la atención holística de los pacientes con demencia. De esta manera, se fomenta un enfoque del cuidado que sitúa en el centro a la persona, respetando su integridad y su capacidad para seguir expresándose a pesar de las limitaciones impuestas por un TNC.

7. NOTA PERSONAL

Este Trabajo Fin de Grado representa el reflejo de un recorrido personal donde se han entrelazado mis dos pasiones: el Arte y el Cuidado. Después de haber dedicado años estudiando Bellas Artes, tuve la oportunidad de comprender que la creatividad no es solo un acto estético. El arte es también una forma de sanar. De comunicar sin palabras. Unos años después, la vida me llevó por otro camino: el de la Enfermería. En este nuevo escenario, comprendí que cuidar es, en esencia, un acto que considero la máxima expresión del compromiso humano hacia el bienestar del otro. Cuidar es escuchar, consolar, apoyar y estar presente.

A lo largo de esta pequeña investigación, he reafirmado mi convicción de que el Arte y la Ciencia no son ámbitos opuestos. Son dimensiones complementarias. La Arteterapia, en este sentido, es un puente entre ambas disciplinas, y ha demostrado ser una herramienta con mucho potencial para aquellas personas que se enfrentan a una enfermedad tan devastadora como la demencia. No solo les brinda un estímulo para mantener su mente activa, sino que también crea un espacio seguro donde pueden expresarse libremente y reconectar con su identidad.

Mi propósito es seguir desarrollando una práctica enfermera que integre también la sensibilidad artística, además del rigor científico, pues creo que cuidar también es acompañar en el proceso creativo de ser, sentir y recordar. Porque cuando el arte se encuentra con la ciencia, el cuidado se convierte en un acto completo: sensible, riguroso y, sobre todo, humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matallana D, Reyes P, Palacio K, Moreno T, Montañes P, Cano C. Demencia y creatividad: emergencia de una actividad pictórica en un paciente con afasia primaria progresiva. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 1 de marzo de 2011 [citado 3 de marzo de 2025];40(4):211-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a17.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (11ª revisión) [Internet]. WHO. Ginebra; 2019 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/es/>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) [Internet]. 5.ª ed. Arlington, VA; 2013 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: www.appi.org
4. Alzheimer's Association Report. 2022 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and Dementia* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 19 de enero de 2025];18(4):700-89. Disponible en: https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.12638?saml_referrer
5. Navarro Merino E, Conde Sendin MA, Villanueva Osorio JA. Enfermedad de Alzheimer. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 25 de abril de 2025];11(72):4306-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541215000037>
6. García Alberca JM, Muñoz PL, Torres MB. Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 1 de julio de 2010 [citado 3 de mayo de 2025];38(4):212-22. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/795>
7. Olazarán Rodríguez J, Agüera Ortiz LF, Muñiz Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* [Internet]. 2012 [citado 3 de mayo de 2025];55(10):598-608. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4369678>
8. Janeiro MH, Ardanaz CG, Sola-Sevilla N, Dong J, Cortés-Erice M, Solas M, et al. Biomarkers in Alzheimer's disease. *Advances in Laboratory Medicine* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 19 de enero de 2025];2(1):27-37. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/almed-2020-0090/html>
9. Zabala Gualtero JM, Cadena Sanabria MO. Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Carga del Cuidador: la importancia de cuidar al cuidador. *Medicas UIS* [Internet]. 30 de abril de 2018 [citado 26 de abril de 2025];31(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
10. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 1982 [citado 3 de mayo de 2025];139(9):1136-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7114305/>
11. Rodríguez D, Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Cubí D. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de septiembre de 2012 [citado 3 de mayo de 2025];47(5):228-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-tratamiento-farmacologico-demencia-cuando-como-S0211139X12000662>
12. Karran E, De Strooper B. The amyloid hypothesis in Alzheimer disease: new insights from new therapeutics. *Nat Rev Drug Discov* [Internet]. 17 de febrero de 2022 [citado 3 de mayo de 2025];21(4):306-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35177833/>
13. Gandía L, Hernández Guijo JM, Pascual R de, Tapia L, Álvarez RM, González Rubio JM, et al. Anticolinesterásicos en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, ISSN 0210-0010, Vol 42, N° 8, 2006, págs 471-477 [Internet]. 2006 [citado 3 de mayo de 2025];42(8):471-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1961059>
14. Davis KL, Mohs RC, Marin D, Purohit DP, Perl DP, Lantz M, et al. Cholinergic Markers in Elderly Patients With Early Signs of Alzheimer Disease. *JAMA* [Internet]. 21 de abril de 1999 [citado 3 de mayo de 2025];281(15):1401-6. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/189471>
15. Seltzer B, Zolnouni P, Nunez M, Goldman R, Kumar D, Ieni J, et al. Efficacy of Donepezil in Early-Stage Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Arch Neurol* [Internet]. 1 de diciembre de 2004 [citado 3 de mayo de 2025];61(12):1852-6. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/787258>

16. Black SE, Doody R, Li H, McRae T, Jambor KM, Xu Y, et al. Donepezil preserves cognition and global function in patients with severe Alzheimer disease. *Neurology* [Internet]. julio de 2007 [citado 3 de mayo de 2025];69(5):459-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17664405/>
17. Rogers SL, Doody RS, Mohs RC, Friedhoff LT. Donepezil Improves Cognition and Global Function in Alzheimer Disease: A 15-Week, Double-blind, Placebo-Controlled Study. *Arch Intern Med* [Internet]. 11 de mayo de 1998 [citado 3 de mayo de 2025];158(9):1021-31. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/205223>
18. Darreh-Shori T, Jelic V. Safety and tolerability of transdermal and oral rivastigmine in Alzheimer's disease and Parkinson's disease dementia. *Expert Opin Drug Saf* [Internet]. 20 de diciembre de 2009 [citado 3 de mayo de 2025];9(1):167-76. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14740330903439717>
19. Onor ML, Trevisiol M, Aguglia E. Rivastigmine in the treatment of Alzheimer's disease: an update. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2007 [citado 3 de mayo de 2025];2(1):17-32. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2147/cia.2007.2.1.17>
20. Court J, Martin Ruiz C, Piggott M, Spurdin D, Griffiths M, Perry E. Nicotinic receptor abnormalities in Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry* [Internet]. 1 de febrero de 2001 [citado 3 de mayo de 2025];49(3):175-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006322300011161>
21. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, Yuan W. Galantamine in AD: A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. *Neurology* [Internet]. 27 de junio de 2000 [citado 3 de mayo de 2025];54(12):2261-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10881250/>
22. Wilcock GK, Lilienfeld S, Gaens E. Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 9 de diciembre de 2000 [citado 3 de mayo de 2025];321(7274):1445. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/321/7274/1445>
23. Zhao Q, Janssens L, Verhaeghe T, Brashear HR, Truyen L. Pharmacokinetics of extended-release and immediate-release formulations of galantamine at steady state in healthy volunteers. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2 de agosto de 2005 [citado 3 de mayo de 2025];21(10):1547-54. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/030079905X61965>
24. Matsunaga S, Kishi T, Nomura I, Sakuma K, Okuya M, Ikuta T, et al. The efficacy and safety of memantine for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opin Drug Saf* [Internet]. 3 de octubre de 2018 [citado 3 de mayo de 2025];17(10):1053-61. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14740338.2018.1524870>
25. Maneu Flores V. Anticuerpos dirigidos contra el β -amiloide para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Actualidad en farmacología y terapéutica* [Internet]. 2023 [citado 11 de mayo de 2025];21(3):232-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9200749>
26. BarcelonaBeta Brain Research Center. La EMA emite una opinión negativa sobre la autorización de donanemab para el tratamiento del Alzheimer [Internet]. 2024 [citado 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.barcelonabeta.org/es/actualidad/noticias/la-ema-emite-una-opinion-negativa-sobre-la-autorizacion-de-donanemab-para-el>
27. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* [Internet]. 2 de marzo de 2015 [citado 4 de mayo de 2025];350. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25731881/>
28. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord* [Internet]. 2010 [citado 23 de abril de 2025];30(2):161-78. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2012/05/4cef943853-2.pdf>
29. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CRE Alzheimer). Terapias no farmacológicas [Internet]. Madrid: Imsero; [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://crealzheimier.imsero.es/cre-alzheimer/terapias-no-farmacologicas>
30. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA). Terapias No Farmacológicas en las Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer [Internet]. Guías metodológicas de implantación. 2016 [citado 4 de mayo de 2025]. p. 32-9. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2017/05/ManualTNF-1.pdf>
31. Woods B, Rai HK, Elliott E, Aguirre E, Orrell M, Spector A. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 31 de enero de 2023 [citado 28 de abril de 2025];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005562.pub3/full>

32. Aguirre E, Woods RT, Spector A, Orrell M. Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Res Rev* [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 28 de abril de 2025];12(1):253-62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163712000955>
33. Sanabria-Ródenas A, Peris-Delcampo D. La terapia de reminiscencia y factores asociados a su eficacia: una revisión sistemática. : Factores de la eficacia de reminiscencia. *INFORMACIO PSICOLOGICA* [Internet]. 2023 [citado 9 de febrero de 2025];125(125-126):65-83. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1976>
34. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Mercader Rubio I. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen II [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP), editor. 2013 [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=522568>
35. López Locanto Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader Rubio I, Barragán Martín AB, Núñez Niebla A, editores. *Archivos de Medicina Interna* [Internet]. 15 de junio de 2015 [citado 3 de mayo de 2025];37(2):61-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2015000200003&script=sci_arttext
36. Serdà I Ferrer BC, Ortiz Collado A, Àvila-Castells P. Reeduación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Med Chil* [Internet]. junio de 2013 [citado 4 de mayo de 2025];141(6):735-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
37. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 4 de mayo de 2025];51(6):349-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X15002085>
38. Gómez Gallego M, Gómez García J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurología (English Edition)* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 4 de mayo de 2025];32(5):300-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S217358081730072X>
39. Gómez García ME, Jiménez Palomares M, Rodríguez Mansilla J, González Sánchez B, González López-Arza M, Garrido Ardila EM. Efectividad de la terapia asistida con animales en pacientes con demencias, una revisión sistemática. *Fisioterapia* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 4 de mayo de 2025];39(6):242-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563817300457>
40. Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATE). ¿Qué es Arteterapia? [Internet]. Madrid: ATE; [citado 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://arteterapia.org.es/>
41. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 13 de septiembre de 2018 [citado 23 de abril de 2025];2018(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011073/full>
42. Elkins DE, Stovall K, Malchiodi CA. American Art Therapy Association, Inc.: 2001-2002 Membership Survey Report. *Art Therapy* [Internet]. 1 de enero de 2003 [citado 26 de abril de 2025];20(1):28-34. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2003.10129631>
43. Regev D, Cohen-Yatziv L. Effectiveness of art therapy with adult clients in 2018: What progress has been made? *Front Psychol* [Internet]. 29 de agosto de 2018 [citado 26 de abril de 2025];9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.01531/full>
44. English AM. Art versus Illness. *Journal of the Association of Occupational Therapists* [Internet]. febrero de 1946 [citado 4 de mayo de 2025];9(24):12-4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802264600902408>
45. Stefana A. Revisiting Marion Milner's work on creativity and art. *Int J Psychoanal* [Internet]. 2 de enero de 2019 [citado 26 de abril de 2025];100(1):128-47. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207578.2018.1533376>
46. Ballesta AM, Mesas EC, Vizcaíno O. El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y Políticas de Identidad* [Internet]. junio de 2011 [citado 26 de abril de 2025];4:137-52. Disponible en: <https://revistas.um.es/reapi/article/view/146051>
47. Borowsky Junge M. *The Wiley Handbook of Art Therapy* [Internet]. Gussak DE, Rosal ML, editores. The Wiley Handbook of Art Therapy. John Wiley & Sons; 2015 [citado 4 de mayo de 2025]. 7-16 p. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118306543.ch1>

48. Dilawari K, Tripathi N. Art therapy: A creative and expressive process. Indian Journal of Positive Psychology [Internet]. marzo de 2014 [citado 4 de mayo de 2025];5(1):81-5. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/75df6aeff838d61d96c12c3bc9293926/1?cbl=2032133&pq-origsite=gscholar>
49. Ojeda López M. Arteterapia Gestalt: «la búsqueda de lo que somos». Revistas Científicas Complutenses [Internet]. 2011 [citado 4 de mayo de 2025];6. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37091>
50. López Martínez MD. La Metodología Expresionista en la Educación Artística y su Contribución la Arteterapia. Arte, Individuo y Sociedad [Internet]. 18 de septiembre de 2010 [citado 4 de mayo de 2025];23(1):91-7. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/84821432.pdf>
51. Serrano C, Allegri RF, Martelli M, Taragano F, Rinalli P. Arte visual, creatividad y demencia. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría [Internet]. 2005 [citado 11 de mayo de 2025];64(16):418-29. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1176872?lang=es>
52. Miller BL, Hou CE. Portraits of Artists: Emergence of Visual Creativity in Dementia. Arch Neurol [Internet]. 1 de junio de 2004 [citado 23 de abril de 2025];61(6):842-4. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/785938>
53. Peterson C, Rappaport L. Mindfulness and the Arts Therapies: Theory and Practice [Internet]. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2014 [citado 4 de mayo de 2025]. 64-95 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DcDDAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA64&dq=mindfulness+drawing+art+therapy&ots=ajP6QbxTVy&sig=fdY9zATp1rSvaSHE7mXcgjdySVk#v=onepage&q=mindfulness%20drawing%20art%20therapy&f=false>
54. García Cantalapiedra MJ, Mínguez Pices A, De Paul Tobajas E, Hernández García MS, De Andrés Lobo C, Navarro Barriga N, et al. Utilidad del dibujo y la pintura en pacientes de salud mental ingresados en Unidad de Hospital General. Psicología [Internet]. 26 de febrero de 2024 [citado 4 de mayo de 2025];28:1-16. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_910439981.pdf
55. Sampson K. Mindful Mandala Art Therapy in Partial Hospitalization with Children: Development of a Method [Internet]. Expressive Therapies Capstone Theses. Lesley University; 2019 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/212
56. Stallings JW. Collage as a Therapeutic Modality for Reminiscence in Patients With Dementia. Journal of the American Art Therapy Association [Internet]. 2010 [citado 4 de mayo de 2025];27(3):136-40. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2010.10129667>
57. Doric Henry L. Pottery as art therapy with elderly nursing home residents. Journal of the American Art Therapy Association [Internet]. 1 de julio de 1997 [citado 4 de mayo de 2025];14(3):163-71. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.1987.10759277>
58. Morales Alonso A, Iglesias de la Iglesia Á, Alonso Maza M. A nursing intervention based on the Zentangle® method: Experiences of patients diagnosed with borderline personality disorder. Int J Nurs Sci [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 25 de abril de 2025];11(2):205-13. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013224000218?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=9360de9c8e1d0269
59. Chan HCY, Lo HHM. Effects of the original zentangle method on older adults with depressive symptoms a randomized waitlist-controlled trial. Current Psychology [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 25 de abril de 2025];43(6):5065-77. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-023-04536-x>
60. Hendriks I, Meiland FJM, Gerritsen DL, Dröes RM. Implementation and impact of unforgettable: an interactive art program for people with dementia and their caregivers. Int Psychogeriatr [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 3 de marzo de 2025];31(3):351-62. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1041610224019239>
61. Reyes P. El potencial relacional del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis Arteterapia. Revistas Científicas Complutenses [Internet]. 30 de marzo de 2007 [citado 4 de mayo de 2025];2:109-18. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110109A>
62. Campbell M, Decker KP, Kruk K, Deaver SP. Art Therapy and Cognitive Processing Therapy for Combat-Related PTSD: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Art Therapy Association [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 4 de mayo de 2025];33(4):169-77. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421656.2016.1226643>

63. Hernández Castro P. Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Educativa en Ecuador. *Revista de Educación Inclusiva* [Internet]. 2018 [citado 4 de mayo de 2025];11(1):267-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6542204&info=resumen&idioma=SPA>
64. Harpazi S, Regev D, Snir S. What does the literature teach us about research, theory, and the practice of art therapy for individuals with intellectual developmental disabilities? A scoping review. *Arts Psychother* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 4 de mayo de 2025];82:101988. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455622001095>
65. Collette N. Arteterapia en el final de la vida. *Fundamentos y metodología de la intervención en una Unidad de Cuidados Paliativos. Revistas Científicas Complutenses* [Internet]. 19 de octubre de 2015 [citado 4 de mayo de 2025];10:65-85. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51684
66. Pratt M, Wood MJM. Art therapy in palliative care: The creative response [Internet]. Routledge. *Art Therapy in Palliative Care: The Creative Response*. London: Taylor and Francis; 2015 [citado 4 de mayo de 2025]. 1-210 p. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315788012/art-therapy-palliative-care-dame-cecily-saunders-michele-wood-mandy-pratt>
67. Guiote González A. Arteterapia como acompañamiento para la construcción y empoderamiento de la subjetividad femenina. *Investigaciones Feministas* [Internet]. 24 de enero de 2013 [citado 4 de mayo de 2025];4:171-99. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/43888>
68. Emblad SYM, Mukaetova-Ladinska EB. Creative Art Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for Dementia: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis Rep* [Internet]. 16 de abril de 2021 [citado 4 de mayo de 2025];5(1):353-64. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3233/ADR-201002>
69. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022 [citado 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.unican.idm.oclc.org/nanda>
70. Beard RL. Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia* [Internet]. septiembre de 2012 [citado 4 de mayo de 2025];11(5):633-56. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301211421090>
71. Cowl AL, Gaugler JE. Efficacy of Creative Arts Therapy in Treatment of Alzheimer's Disease and Dementia: A Systematic Literature Review. *Act Adapt Aging* [Internet]. 11 de febrero de 2014 [citado 4 de mayo de 2025];38(4):281-330. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01924788.2014.966547>
72. Albañil Delgado S, Aguilar Machain P, Guerrero Castañeda RF. Técnicas de Arteterapia en casa como cuidado de Enfermería para adultos mayores en contingencia por COVID-19. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 31 de julio de 2020 [citado 4 de mayo de 2025];25:1-8. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73883>
73. Novo Rodríguez N, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JÁ. Arteterapia Enfermera. Un Sondeo de estado de la cuestión. *ENE Revista de Enfermería* [Internet]. 4 de abril de 2021 [citado 4 de mayo de 2025];15(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300009&lng=es&nrm=iso&tling=es
74. Guerrero Castañeda RF, Chávez Palmerin S, González Soto CE, Acevedo López MN, Aguilar Machain P. Nursing Intervention based on art therapy for Caregivers of Older Adults with Alzheimer's. *ACC CIETNA: para el cuidado de la salud* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 4 de mayo de 2025];9(2):214-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9343936>
75. Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease* [Internet]. 2014 [citado 4 de mayo de 2025];39(1):1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24121964/>
76. Johnson KG, D'Souza AA, Wiseheart M. Art Training in Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol* [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 24 de abril de 2025];11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384640/>
77. Yu J, Rawtaer I, Goh LG, Kumar AP, Feng L, Kua EH, et al. The Art of Remediating Age-Related Cognitive Decline: Art Therapy Enhances Cognition and Increases Cortical Thickness in Mild Cognitive Impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society* [Internet]. 7 de agosto de 2021 [citado 24 de abril de 2025];27:79-88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32762792/>

78. Yan Y, Huang C, Lin R, Chen M, Wang Y, Xu Y, et al. Effects of a nurse-led staged integral art-based cognitive intervention for older adults on the Alzheimer's disease spectrum: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 3 de septiembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025];160. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39276711/>
79. Masika GM, Yu DSF, Li PWC. Can Visual Art Therapy Be Implemented With Illiterate Older Adults With Mild Cognitive Impairment? A Pilot Mixed-Method Randomized Controlled Trial. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 25 de abril de 2025];34(1):76-86. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988720901789>
80. Savazzi F, Isernia S, Farina E, Fioravanti R, D'Amico A, Saibene FL, et al. "Art, Colors, and Emotions" Treatment (ACE-t): A Pilot Study on the Efficacy of an Art-Based Intervention for People With Alzheimer's Disease. *Front Psychol* [Internet]. 16 de julio de 2020 [citado 26 de abril de 2025];11:538155. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7378782/>
81. Chauhan S. Dementia and sculpture-making: Exploring artistic responses of people with dementia. *Dementia* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 26 de abril de 2025];19(2):416-32. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301218777446>
82. Pérez Sáez E, Cabrero Montes EM, Llorente Cano M, González Ingelmo E. A pilot study on the impact of a pottery workshop on the well-being of people with dementia. *Dementia* [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 27 de abril de 2025];19(6):2056-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30482089/>
83. Hsiao CY, Chen SL, Hsiao YS, Huang HY, Yeh SH. Effects of Art and Reminiscence Therapy on Agitated Behaviors among Older Adults with Dementia. *Journal of Nursing Research* [Internet]. agosto de 2020 [citado 27 de abril de 2025];28(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985558/>

ANEXOS

Anexo 1. Resultados de los estudios sobre la eficacia de la AT en adultos con demencia.

Autor, revista, año	País	Tipo de estudio	Materiales	Resultados
Johnson et al., <i>Frontiers in Psychology</i> , 2020	Canadá	Ensayo controlado aleatorizado	53 personas con demencia divididas en dos grupos: un grupo expuesto a la intervención de AT (n= 27), otro grupo control expuesto a otras INFs (n= 26).	No se encontraron diferencias entre las medidas de cognición, recuerdo diferido y memoria de trabajo entre los dos grupos a cabo de 8 semanas de entrenamiento en AT.
Yu et al., <i>Journal of the International Neuropsychological Society</i> , 2021	Singapur	Ensayo controlado aleatorizado	49 participantes con DCL, divididos en dos grupos: un grupo experimental expuesto a la intervención de AT (n= 22); y otro grupo control activo expuesto a otras INFs (n= 27).	Se observaron ganancias significativas en la memoria inmediata y la memoria de trabajo en el grupo de AT, en comparación con el grupo de control. Se observó además cambio en el grosor cortical que indican aumento en la <u>neuroplasticidad</u> cerebral.
Yan et al., <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 2024	China	Ensayo controlado aleatorizado	144 participantes con quejas de memoria subjetivas u objetivas mayores de 60 años. Un grupo de intervención (n= 72) y un grupo control (n= 72).	Se observó una mejora cognitiva general significativa en el grupo de intervención inmediatamente después del programa (diferencia <u>MoCA</u> : 1.4 puntos). También ha habido mejoras estadísticamente significativas en memoria verbal y visual, lenguaje, calidad de vida, calidad de sueño y nivel de actividad física. A los 6 meses de seguimiento, solo se mantuvo una mejora significativa en calidad de sueño.
Masika et al., <i>Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology</i> , 2021	Tanzania	Ensayo piloto controlado aleatorizado	39 participantes con DCL y sin alfabetización. El grupo experimental (n= 21) recibió 12 sesiones de AT, mientras que el grupo control (n= 18) asistió a sesiones de educación para la salud (<u>EpS</u>).	Ambos grupos mostraron mejoras significativas en las puntuaciones cognitivas, sin diferencia entre ellos. El grupo de AT mostró una mejoría significativa en los síntomas depresivos en comparación con el grupo de <u>EpS</u> . Beneficios percibidos: aumento en la confianza, sentimiento de empoderamiento, mejora del estado de ánimo, mayor socialización y mejor calidad del sueño.

Anexo 1 (continuación). Resultados de los estudios sobre la eficacia de la AT en adultos con demencia.

Autor, revista, año	País	Tipo de estudio	Materiales	Resultados
<u>Savazzi et al.,</u> <u>Frontiers in</u> <u>Psychology, 2020</u>	Italia	Estudio piloto cuasi- experimental	20 personas diagnosticadas de EA leve. El grupo experimental (n= 10) participó en el ACE-t, y el grupo control histórico (n= 10) que continuó con el tratamiento estándar.	El grupo expuesto al ACE-t (<u>Art, Colors and Emotions Treatment</u>) mostró mejoras significativas en la cognición global, mejoras en la fluidez verbal y comprensión del lenguaje, disminución significativa de los síntomas neuropsiquiátricos y un aumento en la calidad de vida.
<u>Chauhan, SAGE</u> <u>Journals, 2020</u>	Inglaterra	Estudio cualitativo	Participantes (n= 7) diagnosticados de varios tipos de demencia leve (EA, DFT, demencia mixta) expuestos a una intervención basada en 6 actividades de creación artística.	Las personas con demencia en fase temprana mantienen su capacidad creativa y de autoexpresión cuando participan en procesos artísticos como la escultura. Los participantes demostraron preferencia por la experiencia sensorial y táctil de la escultura por encima de las otras actividades (visita a la galería, p.e.). La creación escultórica estimuló recuerdos autobiográficos, reforzó su identidad y promovió el bienestar emocional. Aunque presentaron ciertos desafíos en el manejo de las tecnologías digitales, también expresaron curiosidad y nuevas formas de exploración artística.
<u>Pérez-Sáez et al.,</u> <u>SAGE Journals,</u> <u>2020</u>	España	Estudio piloto con un diseño de medidas repetidas	30 participantes diagnosticados de fases moderadas – avanzadas de demencia (GDS 4, 5, 6) expuestos a 10 sesiones prácticas de modelado de piezas de cerámica	Mejora significativa del estado de ánimo tras cada sesión (media de 3,74 a 4,46 puntos en la <u>Smiley-Face Assessment Scale</u>), incremento significativo en la autoestima (escala de Autoestima de Rosenberg de 31,36 a 34,68 puntos) y altos niveles de atención sostenida y sensación de normalidad observados durante las sesiones.
<u>Hsiao et al., The</u> <u>Journal of Nursing</u> <u>Research, 2020</u>	Taiwán	Ensayo experimental con diseño de medidas repetidas	Se realizó la comparativa entre participantes de dos grupos experimentales: AT (n= 24) y terapia de reminiscencia (n= 22) y un grupo control (n= 8). Evaluaciones en tres momentos: <u>pre-test</u> , <u>post-test 1</u> (1 semana) y <u>post-test 2</u> (6 semanas).	A diferencia de las personas expuestas a la terapia de reminiscencia, los participantes que recibieron AT demostraron una reducción en comportamientos agitados de forma más prolongada en el tiempo ($p < .05$). También experimentaron mejora en el estado emocional, socialización y reducción de otros síntomas conductuales. El grupo control experimentó un aumento de la agitación a lo largo del estudio.

Anexo 2. Características principales de los estudios revisados.

Autor, Año, Referencia	Tipo de TNC	Tipo de intervención	Duración	Instrumentos de evaluación	Proveedor de la intervención
Johnson et al., 2020 (76)	Demencia	Entrenamiento visual y creación artística (pintura y collage)	50 min/ día, 2 días/ semana, 8 semanas, 16 sesiones	MoCA; prueba de Span de dígitos de Wechsler	Voluntarios (instructor de arte, asistente de clase y observador)
Yu et al., 2021 (77)	DCL	Creación artística y visitas a galerías de arte	45 min/ día, 1 día / semana, 12 semanas, 12 sesiones	Prueba de Span de dígitos de Wechsler; RAVLT; CTT; RMN cerebral	Equipo de investigación en consulta con arteterapeutas
Yan et al., 2024 (78)	Espectro de la EA	Programa estructurado en 3 etapas: experiencia, iluminación y exploración artísticas	90 min/ sesión, 16 semanas, 24 sesiones	MoCA; Evaluaciones secundarias (función cognitiva específica, pruebas psicológicas, etc.)	Enfermeros con formación previa (45h) impartida por un arteterapeuta
Masika et al., 2021 (79)	DCL	Entrenamiento visual artístico (Zentangle®)	6 semanas, 12 sesiones	MoCA-5-min; GDS-SF; discusión grupal focal (<i>focus group</i>)	El primer autor del estudio, que recibió formación como instructor en el método Zentangle®

RAVLT: Test de Aprendizaje Verbal de Rey; CTT: Test de memoria de trabajo Consonant Trigrams Test; RMN: Resonancia Magnética Nuclear; GDS-SF: Escala de Depresión Geriátrica (versión corta);

Anexo 2 (continuación): Características principales de los estudios revisados.

Autor, Año, Referencia	Tipo de TNC	Tipo de intervención	Duración	Instrumentos de evaluación	Proveedor de la intervención
Savazzi et al., 2020 (80)	EA leve	Actividades de apreciación y producción artística	120 min/ día, 2 días/ semana, 7 semanas, 14 sesiones	ADAS-Cog; pruebas lingüísticas, pruebas neuropsiquiátricas; escala QoL-AD	Psicólogo con experiencia en AT y terapeuta de rehabilitación cognitiva
Chauhan, 2020 (81)	Demencia	Creación artística: escultura; visitas a galería	6 actividades llevadas a cabo a lo largo de 6 meses	Cuestionarios pre y post intervención; entrevistas cualitativas; notas de campo; vídeos	Artista profesional y cinco voluntarios
Pérez-Sáez et al., 2020 (82)	Demencia	Creación artística: escultura (modelado)	45 min/ día, 1 día/ semana, 10 semanas, 10 sesiones	Escala de Autoestima de Rosenberg <i>Smiley-Face Assessment Scale</i> ; <i>Greater Cincinnati Chapter Well-Being Observation Tool</i>	Dos terapeutas profesionales en talleres de arte, TCAEs, observadores (psicólogos)
Hsiao et al., 2020 (83)	Demencia	Actividades creativas y estimulación sensorial	50 min/ día, 1 día/ semana, 12 semanas, 12 sesiones	MMSE; CMAI (valoración de agitación en personas con DC)	Terapeutas capacitados en arteterapia y reminiscencia y equipo de investigación

ADAS-Cog: *Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale*; QoL-AD: *calidad de vida en EA*. MMSE: *Mini-Mental State Examination*; CMAI: *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*; TCAEs: *Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería*.