

Papeles de Trabajo sobre  
Cultura, Educación y Desarrollo  
Humano / Working Papers on  
Culture, Education and Human  
Development

ptcedh

<http://psicologia.udg.edu/PTCEDH/presentacion.asp>  
Universitat de Girona

# COMBATIR EL ALZHÉIMER CON ARTE. Programa de arteterapia para personas mayores con alzhéimer u otro trastorno neurocognitivo mayor.

Pilar M<sup>a</sup> Domínguez Toscano  
Juan Román Benticuaga  
M<sup>a</sup> del Aire Montero Domínguez

ISSN 1699-437X | Año 2017, Volumen 13, Número 4 (Diciembre)

**Abstract:** We report here an art therapy program carried out for 16 months at the San Joaquín and Santa Ana Senior Center in San Juan del Puerto (Huelva). This project aimed to evaluate the effect (in terms of efficacy and effectiveness) of the arteriovenous intervention in elderly people affected by Alzheimer's disease, other senile dementias or neurocognitive disorders of late onset and / or depression. The usefulness of art therapy (TA) has been measured and evaluated in improving the psychosocial situation of elderly people affected by Alzheimer's disease (AD) or major neurocognitive disorder (NMS) and elderly people with depression. The cognitive development tests show a comparative improvement in the intervention group, compared to the control group, a significant but moderate improvement. Regarding perception of quality of life, variables involved in emotional, motivational and attitudinal strengthening, more behaviors related to interpersonal relationships and involvement in activities aimed at personal autonomy. The evaluation performed by psychological staff and the center, plus the one issued by external evaluators, concludes that the art therapy program has improved the quality of life, slowing cognitive deterioration.

**Keywords:** art therapy, alzheimer, depression, cognitive impairment.

**Resumen:** Informamos aquí un programa de arteterapia realizado durante 16 meses en el Centro de Mayores San Joaquín y Santa Ana, en San Juan del Puerto (Huelva). Este proyecto se propuso evaluar el efecto (en términos de eficacia y efectividad) de la intervención arteterapéutica en personas mayores afectadas por enfermedad de alzhéimer, otras demencias seniles o trastornos neurocognitivos de iniciación tardía y/o por depresión. Se ha medido y valorado la utilidad de la arteterapia (en adelante, AT) en la mejora de la situación psicosocial de personas mayores afectadas por la enfermedad de alzhéimer (EA) o por trastorno neurocognitivo mayor (TNM) y personas mayores con depresión. Los tests sobre desarrollo cognitivo constatan una mejora comparativa en el grupo de intervención, respecto al grupo control, mejora significativa pero moderada. Respecto a percepción de calidad de vida, variables implicadas en el fortalecimiento emocional, motivacional y actitudinal, más conductas relacionadas con las relaciones interpersonales y la implicación en actividades dirigidas a la autonomía personal. La evaluación realizada por personal psicológico y del centro, más la emitida por evaluadores externos, concluye en afirmar que el programa de arteterapia ha mejorado la calidad de vida, desacelerando el deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** arteterapia, alzhéimer, depresión, deterioro cognitivo.

## Sobre los autores

Pilar M<sup>a</sup> Domínguez Toscano [Pimia.arteterapia@gmail.com](mailto:Pimia.arteterapia@gmail.com)

Juan Román Benticuaga [jromanbenticuaga@yahoo.es](mailto:jromanbenticuaga@yahoo.es)

M<sup>a</sup> del Aire Montero Domínguez [mairemontero@gmail.com](mailto:mairemontero@gmail.com)

Universidad de Huelva y Universidad Complutense

## Cita del artículo

Dominguez, P., Benticuaga, J. Montero, M. (2017). COMBATIR EL ALZHÉIMER CON ARTE

Programa de arteterapia para personas mayores con alzhéimer u otro trastorno neurocognitivo mayor. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano*, 13(4), 66-79.

[http://psicologia.udg.edu/PTCEDH/menu\\_articulos.asp](http://psicologia.udg.edu/PTCEDH/menu_articulos.asp)

## INTRODUCCIÓN

### Breve caracterización de la enfermedad de alzhéimer

En torno al 50 % de las demencias de iniciación en la adultez o la ancianidad son caracterizables como EA. No es fácil un diagnóstico diferencial pre mortem por lo que, considerando prioritariamente el punto de vista clínico, aquí serán tratadas en el mismo grupo. Entre las manifestaciones clínicas de la demencia senil y de la EA cabe destacar:

-A nivel cognitivo-lingüístico: déficits mnésicos globales, déficits atencionales, aumento de las dificultades para resolver tareas cognitivas que impliquen la aplicación de juicios o razonamientos lógicos, desorientaciones personales y desorientaciones espaciotemporales. Suele darse en fases avanzadas la tendencia progresiva al aislamiento, conforme las capacidades sensoriales y cognitivas declinan. Además, se produce un empobrecimiento progresivo del lenguaje, que en ocasiones se estanca en perseveraciones insistentes, monótonas, con aparición de ecolalias y respuestas inapropiadas a las preguntas que se les dirige.

-A nivel conductual: aparecen conductas descontroladas y carentes de funcionalidad, por ejemplo, deambulaciones persistentes, alteraciones en la locomoción, que los sujetos realizan cada vez con mayor torpeza y temblor, agitaciones, incontinencia urinaria o fecal y automatismos motores reiterados.

-A nivel afectivo: embotamiento afectivo frecuentemente acompañado de desinterés y apatía, una emocionabilidad inadecuada. A veces, el cuadro clínico puede adoptar formas psicopáticas con tendencia manifiesta a la agresividad, irritabilidad excesiva y trastornos en la sexualidad. En otras ocasiones, el paciente exhibe una modalidad depresiva, con inhibición afectiva, tristeza, tendencia a la autoinculpación y el auto-reproche.

Casi desde el origen del estudio de la EA se habló de etapas diferenciadas. La clasificación más extendida distingue tres estadios o fases, con una etapa inicial predemencial. Seguimos a Martín Carrasco (2006) en la caracterización de estos estadios: fase predemencial, demencia leve (estadio inicial), demencia moderada (segundo estadio) y demencia avanzada (tercer estadio). Al inicio, los síntomas precoces pueden confundirse fácilmente con el deterioro propio de la edad, pero un examen detallado puede revelar leves déficits cognitivos. La característica más destacada por los investigadores es la pérdida de memoria, seguida de disfunciones ejecutivas y la apatía. En el estadio inicial, fase que suele durar entre 2 y 4 años, se observan ciertos trastornos cognitivos (especialmente en la memoria a corto plazo) y del estado del ánimo y la personalidad; posteriormente, a lo largo de 3 y 5 años, la demencia moderada se define por las parafasias, neologismos, afectación de la memoria a largo plazo y las alteraciones de las expresiones emocionales; y, finalmente, la demencia avanzada se caracteriza por desembocar en la incapacidad por realizar satisfactoriamente diversas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por lo que precisa atención total.

### **Arteterapia. Definiciones**

No existe una definición de “arteterapia” unánimemente aceptada por todos los organismos y entidades de relevancia en este ámbito. No obstante, vistos tales pronunciamientos en conjunto, es fácil observar confluencias acerca de qué condiciones resultan ineludibles para que una actividad pueda ser calificada como arteterapéutica. Para el Standing Committee of Arts Therapies Professions, el término AT designa un conjunto de prácticas clínicas o asistenciales que utilizan la creación artística como centro de la triple interacción sujeto-obra-terapeuta (SCAPT, 1989).

La definición de arteterapia que inspira el presente trabajo y en la que se basan el programa que aquí se informan, podría formularse en estos términos: Arteterapia es una modalidad de intervención terapéutica que integra prácticas asistenciales y/o formativas, mediadas por el arte en cualquiera de sus formas de expresión (visual, musical, corporal, verbal) o mediante la integración de estas formas. Según el contexto de aplicación y sus específicas demandas, la arteterapia puede cumplir una función preventiva, terapéutica, paliativa o de fortalecimiento de la salud.

### **Revisión documental sobre AT aplicada a personas mayores con demencias seniles (o trastorno neurocognitivo de la vejez), principalmente EA**

Este programa se inserta teórica y metodológicamente en el enfoque arteterapéutico aplicado a la población mayor con EA o TNM asociado a la edad, habitualmente afectada de depresión secundaria. Para una revisión de la documentación disponible en bases de datos científicas, se realiza, en junio de 2016, un rastreo bibliográfico de artículos publicados en revistas científicas indizadas y otros documentos (libros, capítulos de libro, tesis, documentación en formato electrónico) recogidas por los siguientes recursos: Elsevier-ScienceDirect, EBSCOHost, PsycInfo, SCOPUS//SCIENCE DIRECT, ISOC, NDTLD portal de tesis, Plataforma Proquest (que agrupa 7 bases de datos, de las cuales la más relevante para este tema es MEDLINE), Google academic, metabuscador BUHGLE. Los criterios de búsqueda fueron: palabras clave: arteterapia + alzhéimer, límite temporal: sin límite; idiomas: inglés y español. Los documentos y reportes encontrados fueron seleccionados en función de su afinidad con algún aspecto del presente programa, dado que constituirán el marco teórico y referencial del mismo. Esta selección suma 90 documentos. Ampliada esta búsqueda consultando los listados de referencias presentes en los documentos encontrados, y añadiéndolos a la documentación sobre AT aplicada a mayores con demencia, la cifra total asciende a 2.824. Se puede resumir el conjunto de la documentación consultada en los siguientes términos:

Tras los trabajos pioneros de Sendak (1963) o Dewdney (1975), empiezan a proliferar informes sobre intervenciones arteterapéuticas aplicadas a cuidadores de personas con EA (Bar-Chen, 1993) y, sobre todo, a los propios pacientes (Moore y Wyke 1984). Metodológicamente, abundan los estudios de caso único (por ejemplo, Sendak, 1963) que analizan en profundidad intervenciones individuales. Dentro del grupo de documentos que informan intervenciones grupales, destacamos las aportaciones de Rentz (2002), Staal et al. (2007) y Kang et al. (2010).

Dentro de la literatura científica médica, en publicaciones de neurología, psiquiatría o geriatría psiquiátrica, encontramos un núcleo de aportaciones sobre aplicaciones arteterapéuticas en las demencias de iniciación tardía, entre las que destacamos las de Füsgen (2005), Sterritt y Pokorny (1994), Sandrick (1995), Johnson y Sullivan-Marx (2006), Wolf (2003), Stoukides (2008), Ozdemir y Akdemir (2009), Rockwood (2004), Lavretsky (2010), que destaca el efecto preventivo –además del terapéutico– de las terapias artísticas en el abordaje de las demencias en la ancianidad y, especialmente, el documento de Rentz (2002) que informa los resultados de la evaluación de un programa arteterapéutico basado en la evidencia y aplicado a personas mayores con demencia.

Los metanálisis (como el de Schmitt y Frolich, 2007) y análisis evaluados destacan la utilidad de las terapias multiexpresivas en la mejora de la calidad de vida del enfermo de alzhéimer o de demencias seniles, incidiendo particularmente en las capacidades comunicativas (Parkinson, 2008) y en las relaciones interpersonales (Wolf, 2003), la satisfacción personal (Johnston, 2004), la percepción de bienestar (Ciccarello, 2010), la reificación de su identidad basada en núcleos mnemotécnicos emocionalmente significativos (Sandrick, 1995, Chaudhury, 2003; Rockwood, 2004; Gregg, 2011), un decremento del avance de las incapacitaciones sensoriales y motóricas (Jonas-Simpson y Mitchell, 2005; Knight, Adkison y Kovach, 2010, Camic, Tischler y Pearman, 2014) incluso una leve recuperación de las mismas (Johnson y Sullivan-Marx, 2006), todo ello relacionado con el hecho de que las actividades artísticas resultan desafiantes, provocando la creación de nuevas sinapsis neuronales y, por tanto, nueva activación cerebral (Hattori et al. 2011). Se ha conseguido contener la deambulación errante (Lancioni et al., 2011), el estrés, la ansiedad y el estado de ánimo disfórico vinculado a la enfermedad (Mimica y Kalinić, 2011), así como fortalecer la resiliencia y las capacidades de afrontamiento de situaciones conflictivas (McFadden y Basting, 2010). Diversos estudios encuentran el efecto de fortalecimiento cognitivo, más la reducción de ansiedad y depresión mediante técnicas multisensoriales y multiexpresivas; destacamos al respecto el informe de Ozdemir y Akdemir (2009) y el de Füsgen (2005), quien previamente distingue arteterapia y musicoterapia para luego presentarlas en un abordaje combinado. En esta misma línea, es de especial relevancia la aportación de Ullbricht (2009) confirmando la eficacia de las aproximaciones integrales, donde distintas vías de acceso al enfermo sean compatibilizadas. Bajo el mismo enfoque, Madori (2007), Jensen (1997), Stoukides (2008), Guha (2012) y Perich (2014) subrayan la importancia de un acceso global, multisensorial y multiartístico para una estimulación cerebral más completa y eficaz.

## PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

### Objetivos

1º. Valorar si la aplicación de la AT mejora los resultados de salud psicológica, midiendo, antes y después de la aplicación, los parámetros cognitivos de la enfermedad de alzhéimer, demencia senil común y

depresión en personas mayores (con más de 70 años o más de 60, en casos de alzhéimer) internadas en un Centro de Mayores como residencia habitual.

2º. Analizar la repercusión de la AT en la reducción de la depresión asociada a las demencias o EA; analizar asimismo el fortalecimiento de la autoestima, la capacidad de afrontamiento de sus situaciones, el tono emocional habitual y el grado de relación interpersonal y social.

3º. Evaluar la repercusión de la AT en el estado funcional y la autopercepción de calidad de vida.

## Metodología

### Diseño del estudio. Caracterización general

*Tipo de diseño:* experimental.

*Definición de la población:* Personas mayores de 80 años afectadas por TNM y personas mayores de 60 años afectadas por EA.

*Procedimiento de extracción de la muestra:* muestra de conveniencia. Todos los sujetos residentes en un Centro de Mayores como residencia habitual.

*Procedimiento de asignación de sujetos al grupo de control o al experimental:* aleatorización simple.

*Aplicación de tests:* por personal de la institución que acoge el programa.

*Elaboración y aplicación de entrevistas estructuradas a participantes y personal sanitario o asistencial de la institución:* por personal de la institución que acoge el programa.

*Interpretación de test y evaluación de resultados:* por parte de evaluadores externos, asegurando el cegamiento respecto a la pertenencia de los sujetos al control o al experimental.

*Tipo de intervención:* grupal (dos grupos de 9 y 7 sujetos cada uno, en la primera fase; un grupo único de 13 sujetos en la segunda fase).

### Selección de sujetos

El personal de la institución receptora del programa elaboró un listado de personas diagnosticadas por las enfermedades objeto de este estudio; la práctica totalidad de los residentes compuso este listado. Han sido distribuidos los sujetos por aleatorización simple, mediante sorteo, en dos subgrupos: de intervención arteterapéutica (E) y de control (C).

De este modo, se han formado 2 subgrupos, a su vez subdivididos en dos durante la primera fase de la intervención y sin subdivisión en la segunda fase.

**Temporalización total del estudio:** 23 meses

### Instrumentos de observación/medición

Los siguiente instrumentos son aplicados a ambos grupos, control y experimental, antes y después de la

intervención. Se utiliza pues la técnica de retest con un máximo de dos utilizaciones con el fin de evitar contaminaciones por sobreutilización, a excepción del MMSE, que es aplicado cada 6 meses según el protocolo de seguimiento habitual en esta institución.

*Depresión: BDI-II*

*Deterioro cognitivo: MMSE*

*Estado funcional y calidad de vida: COOP/WONCA*

### **Instrumentos de valoración cualitativa: observación y entrevista**

La psicóloga del Centro ha realizado un seguimiento continuo del programa mediante observación y entrevistas. Las propias sesiones han sido objeto de esa observación, centrándose ésta en el comportamiento de los sujetos y de los arteterapeutas, los climas generados, la implicación en las tareas y las conductas interpersonales. Entre sesiones, la psicóloga ha observado la existencia o no de modificaciones en las relaciones interpersonales de los residentes, consideradas cuantitativa y cualitativamente, la implicación de éstos en las actividades vinculadas a la autonomía personal, el estado de ánimo y su nivel de participación en otras actividades (como rehabilitación y fisioterapia) ofrecidas por la institución.

Las entrevistas permitían complementar la información obtenida mediante observación con una exploración en las vivencias subjetivas implicadas en los aspectos observados, tal como son percibidas e informadas por los propios residentes.

### **Lugar de realización de las intervenciones**

La siguiente institución ha aceptado la realización de este proyecto con las personas mayores residentes en sus espacios. Este proyecto está previsto para su aplicación con personas permanentemente residentes en un centro residencial. Es preciso agradecer la magnífica acogida y el espíritu de colaboración del equipo psicológico y directivo de la institución.

Residencia San Joaquín y Santa Ana

Asociación San Joaquín y Santa Ana

C/ Huelva, 8-10.

San Juan del Puerto, 21610 Huelva

### **Equipo de trabajo**

El estudio requiere la participación de un equipo multidisciplinar constituido básicamente por:

- Arteterapeutas: su misión es llevar a cabo intervenciones directas con la aplicación de técnicas de AT.

- Personal de la institución residencial donde están internados los sujetos, colaboradores del proyecto: psicóloga y directora. Facilitarán los trámites burocráticos para la implementación del programa, aplicarán tests y entrevistas, harán seguimiento y emitirán sus valoraciones.
- Evaluadores externos: interpretarán y valorarán los datos, obtenidos mediante tests, y las observaciones cualitativas de las entrevistas. Emitirán una evaluación de resultados.

### Coordinación

Pilar M<sup>a</sup> Dominguez Toscano

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### Actividades

Las actividades se articulan en torno a tres ejes: estimulación cognitiva, reconocimiento y gestión emocional y control de conductas. Como ejemplo, mencionamos e ilustramos algunas de las 84 actividades realizadas:



Figura 1. Dirijo mi orquesta con batuta de color



Figura 2. Collage de recuerdos positivos



Figura 3. El "Árbol de la Vida"



Figura 4. Collage de color



Figura 5. El lenguaje del cariño



Figura 6. Nuestro árbol de Navidad



Figura 7. Musicoterapia activa



Figura 8. En torno a mi rostro

## RESULTADOS

### Descripción e interpretación de resultados cuantitativos

Los análisis estadísticos de las medidas de Depresión (instrumento utilizado: BDI-II), Estado Funcional y Calidad de Vida (instrumento: COOP/WONCA) y Estado Cognitivo (instrumento: MMSE) son calculados por un equipo de metodólogos, evaluadores externos de este programa. Los cálculos se hacen a partir de los tests administrados por la psicóloga del centro residencial. El grupo experimental está constituido por

16 sujetos en la primera fase de la intervención, y 12 sujetos en el grupo control. Y 13 sujetos en el grupo experimental al término de la segunda fase de intervención, 12 en el grupo control; esta segunda fase es objeto de evaluación de seguimiento.

Como estadístico de contraste de medias se utiliza *T* de *Student* para dos muestras independientes. Se utiliza un nivel de confianza del 0.95 ( $\alpha = .05$ ) y 26 grados de libertad.

### Medidas del estado funcional y calidad de vida

Tabla 1 Medidas pre y post, en grupos experimental y control en calidad de vida

	Interv. Pre	Control Pre	Interv.Post		Control post	
	Media	Media	Media	S <sup>2</sup> Insesgada	Media	S <sup>2</sup> Insesgada
Forma física	4.74	4.69	4.78	0.72	4.71	0.49
Sentimientos	2.51	2.46	1.72	0.68	2.70	0.58
Act. Cotidiana	3.16	2.94	2.48	1.25	3.02	1.20
Act. Social	1.79	1.64	1.17	0.70	2.57	0.30
Cambio salud	3.19	3.26	2.77	0.44	3.33	0.32
Estado salud	3.52	3.55	2.95	0.70	3.72	0.50
Dolor	2.90	2.68	2.45	0.99	2.77	1.32
Apoyo social	1.92	1.99	1.22	0.68	2.08	0.79
Calidad vida	3.35	3.13	2.60	0.70	3.37	0.55

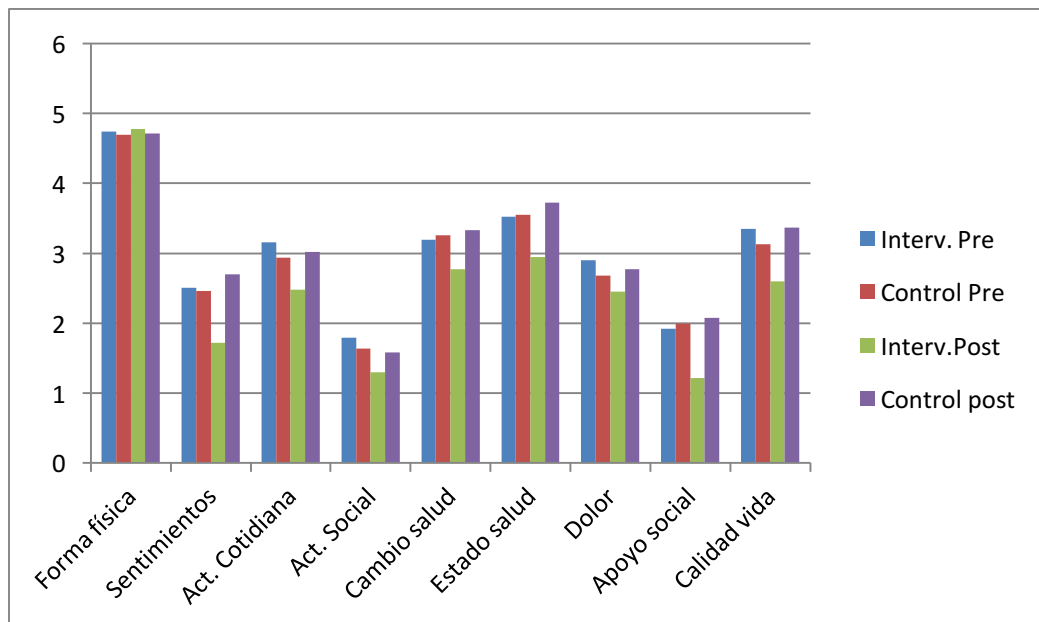


Figura 9. Representación gráfica de los resultados obtenidos en las 9 escalas de calidad de vida

### Interpretación de resultados

Con un nivel de confianza del 0.95 ( $\alpha = .05$ ) y 26 grados de libertad, los datos de Estado Funcional obtenidos arrojan resultados significativamente diferentes entre los grupos experimental y control para las medidas post, en el sentido de mejora de Estado Funcional en el grupo de intervención en 6 de las 9 escalas, y mejora que no alcanza en nivel de significación en las escalas restantes puesto que no supera el nivel crítico.

### Medida de depresión

Se ofrece a continuación los datos de Depresión medida con el BDI-II, expresados mediante un índice de tendencia central (media) y otro de dispersión (varianza insesgada):

Tabla 2 Medidas pres y post de los grupos control y experimental en depresión

	Intervención				Control			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Mayor	Menor
M	25.03	26.82	23.37	23.92	24.92	26.76	25.08	26.55
S <sup>2</sup> inses	2.66	2.89	3.06	2.95	3.11	2.76	3.06	2.56
	Intervención				Control			
	Pre		Post		Pre	Post		
	Mayor	Menor	Mayor	Menor	Mayor	Menor		
M	26.03	26.82	23.68	23.92	25.99	25.93		
S <sup>2</sup> inses	2.79	2.89	3.00	2.95	2.90	2.76		

### Descripción e interpretación de resultados

El contraste de medias de medidas post de depresión en grupos de mayor deterioro proporciona un valor de  $T = -2.57$ . Para el contraste de medias de medidas post de depresión en grupos de menor deterioro, se obtiene un  $T = -4.14$ . Del contraste de medias de medidas post de depresión en ambos grupos, resulta un  $T = -3.47$ .

Los datos muestran que las mediciones de depresión previas a la intervención son mayores en sujetos con menor deterioro, es decir, el aumento del deterioro fundamentalmente cognitivo no implica incremento en la depresión, sino que puede darse la tendencia inversa.

### Medida del estado cognitivo

Los datos fueron obtenidos por la psicóloga del centro residencial tras aplicar el MMSE (adaptado por Lobo et al., 1979).

Tabla 3 Medidas pre y post en grupos control y experimental en estado cognitivo

	Medidas Pre		Medidas Post		Medidas Seguimiento	
	Intervención	Control	Intervención	Control	Intervención	Control
M	3.1	3.2	3.0	2.8	2.7	1.8
S <sup>2</sup> insesg	0.70	0.50	0.58	0.44	0.49	0.59

### Descripción e interpretación de resultados

Tras el cálculo del estadístico de contraste de medias  $T$  para dos muestras independientes (Se utiliza  $T$  con 26 g. l. y  $\alpha = .05$ ), experimental y control, entre medidas pre y post y medidas pre y seguimiento y medidas post y seguimiento, se obtiene lo siguiente:

$T$  para medidas pre control y experimental= - 0.33  
 $T$  para medidas post control y experimental= - 0.73  
 $T$  para medidas seguimiento control y experimental= -3.25

Estos resultados muestran que, en todas las mediciones comparativas entre el grupo intervenido y el no intervenido, tanto tras la primera fase del programa (medida post) como en la segunda (medida de seguimiento), se observa una mejora comparativa a favor del grupo intervenido. Este efecto no alcanza el nivel de significación en la medición post, y sí en la medición de seguimiento.

Tal diferencia parece indicar que, si bien el programa de arteterapia incide beneficiosamente en los niveles de estado cognitivo, cuando la intervención es de 4 meses (primera fase) este efecto no es significativo, pero sí lo es cuando aumenta el tiempo de intervención (primera y segunda fase, 16 meses en total).

### **Descripción de resultados cualitativos**

Éstos han sido obtenidos mediante observación (continua) y entrevistas semiestructuradas (pre y post, más las de seguimiento) realizadas por la psicóloga del centro. Respecto a la autoestima, variables implicadas en el fortalecimiento emocional (aparte de la Depresión, ya analizada), motivacional y actitudinal, más conductas relacionadas con las relaciones interpersonales y la implicación en actividades dirigidas a la autonomía personal, los resultados muestran mejora en las personas participantes en el programa, más acusada que a nivel cognitivo.

## **CONCLUSIONES**

En suma: los datos de Estado Funcional y Calidad de Vida obtenidos mediante la aplicación del COOP/WONCA arrojan resultados significativamente diferentes entre los grupos experimental y control para las medidas post, en el sentido de mejora en varios parámetros indicativos del Estado Funcional en el grupo de intervención. Desglosados los resultados por escalas, no se aprecian resultados significativos en la escala Forma Física, Dolor y Actividad Cotidiana en el sentido de escasa mejoría en el grupo de intervención que no alcanza el nivel de significación. En este grupo, respecto al control, se observa mejora significativa moderada en Estado de Salud, Cambio de Salud, Apoyo Social y Calidad de Vida. La mejora es significativamente alta en Sentimientos y Actividad Social.

La reducción de la Depresión en el grupo experimental respecto al control es significativa, debida tanto a la reducción intrínseca en el experimental como al aumento de Depresión en el control.

Se observa en el grupo intervenido una mejoría que no alcanza el nivel de significación en los parámetros cognitivos medidos mediante el MMSE tras la primera fase de la intervención. Tras la

segunda fase, esta mejoría sí es significativa. No obstante, tal diferencia parece deberse más al aumento del deterioro en el grupo control que a la mejoría intrínseca en el grupo experimental, lo que puede ser indicativo de que el estado mental empeora con el paso del tiempo, pero que ese empeoramiento puede frenarse o desacelerarse mediante intervenciones como la aquí informada.

En conjunto, la evaluación realizada por personal psicológico y tratamental del centro, más la emitida por evaluadores externos, concluyen en afirmar que el programa de arteterapia ha mejorado notoriamente la percepción de calidad de vida, ha desacelerado el deterioro cognitivo y disminuido los niveles de depresión de las personas participantes en el mismo.

### **Motivos para la esperanza**

No olvidaré la primera frase con que respondió uno de los ancianos cuando, allá por febrero de 2013, fuimos presentados al grupo para comenzar la intervención. A mi pregunta: "¿qué tal? ¿cómo estás?", respondió: "aquí, esperando el ticket". El ticket es el billete para el último viaje. Sentimos que aquel salón era la sala de espera de la muerte y era eso lo que danzaba en sus miradas de dolor y miedo.

Esa misma sala es ahora un espacio donde se exhiben varias obras colectivas realizadas por el grupo. Están ahí, testimonio permanente de sus logros, de su capacidad creadora, de sus competencias para embellecer el entorno circundante; son recordatorios perennes que refuerzan su percepción de autoeficacia, sus expectativas de hacer nuevas obras y exponerlas. Y son, principalmente, motivo de coloquio, anecdotario implícito en cada pincelada y cada trozo de papel pegado, incidentes divertidos con pintura derramada. Ellos mismos son los artífices del color que impregna sus vidas. Todas las artes, todos los lenguajes, todos los recursos informáticos han estado y seguirán estando al servicio de su potencia creadora. Ellos tienen mucho que decir. Nosotros tenemos mucho que aprender. Vaya, con este texto, nuestro más sincero testimonio de admiración y cariño a **los mayores artistas**.

Ellos han depositado su confianza en que la sociedad no tire jamás la toalla ante la enfermedad de alzhéimer. Nos dicen: estamos vivos, aún amamos, aún sufrimos, aún nos ilusionamos, aún nos gustan las caricias y el color, la copla y las torrijas. Estamos en todas las ciudades, en todas las aldeas. Esperamos vuestra visita, un abrazo, un achuchón, la recepción de nuestro mensaje lanzado en una botella al océano del olvido. Del olvido mutuo, pues si nosotros padecemos alzhéimer, la sociedad sufre un alzhéimer más aterrador: la desmemoria forzada del pasado, la irresponsabilización, la ignorancia de una deuda contraída con los que trabajaron duramente por construir vuestras casas, vuestras carreteras, vuestros cuerpos y vuestros valores. Abre el mensaje y léelo. Nosotros no hemos perdido la esperanza.

¿Y tú?

### **AGRADECIMIENTOS**

Este programa ha sido financiado, durante tres ediciones consecutivas, por CEPESA a través de la convocatoria de investigación Cátedra CEPESA. Y, desde 2014, por la empresa Inés Rosales SAU. Expresamos nuestro agradecimiento a las empresas patrocinadoras. Porque construyen esperanza.

## REFERENCIAS

- Bar-Chen, Y. (1993). *Poems. Newsletter for Families of People with Alzheimer's and Related Diseases*. Israel: Ramat-ban (Hebrew).
- Camic, P.M.; Tischler, V. y Pearman, Ch. H. (2014). Viewing and making art together: a multi-session art-gallery-based intervention for people with dementia and their carers. *Aging & mental Elath*, 18 (2), 161-168.
- Chaudhury, H. (2003). Remembering Home Through Art. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4(2), 119–124.
- Ciccarello, A. (2010). Comparative study on elderly and disabled subjects with various degrees of dementia. *Bulletin De La Société Des Sciences Médicales Du Grand-Duché De Luxembourg*, 1(1), 205-17.
- Dewdney, I. (1975). An art therapy program for geriatric patients. En Ulman, E. (Ed.), *Art therapy in theory and practice*. New York, EEUU: Schocken.
- Füsgen, I. (2005). Music and art therapy-a taboo topic in therapy of dementia?. *Krankenpflege Journal*, 43(1-3), 28-30.
- Gregg, G. (2011). The Persistence of Memories. *ARTnews*, 110 (10), 54-55.
- Guha, M. (2012). Review of The creative arts in dementia care: Practical person-centred approaches and ideas and introduction to art therapy research and music therapy and addictions. *International Journal of Social Psychiatry*, 58 (5), 555-557.
- Hattori, H., Chikako H., Chieko Mizushima, M. y Mase, T. (2011). Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 11(4), 431-437.
- Jensen, S. (1997). Multiple Pathways to Self: A Multisensory Art Experience. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), 178-86.
- Johnson, C.M. y Sullivan-Marx, E. M. (2006). Art Therapy: Using the Creative Process for Healing and Hope Among African American Older Adults. *Geriatric Nursing*, 27 (5), 309-316.
- Johnston, N. (2004). Expressions of Alzheimer's. *Alzheimer's Care Quarterly*, 5(4), 278-88.
- Jonas-Simpson, C. y Mitchell, G.M. (2005). Giving Voice to Expressions of Quality of Life for Persons Living With Dementia Through Story, Music, and Art. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(1), 52–61.
- Kang, H. Y., Bae, Y.S., Kim, E.H., Lee, K.S., Chae, M.J. y Ju, R. A. (2010). An Integrated Dementia Intervention for Korean Older Adults. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48 (12), 42-50.
- Knight, M.; Adkison, L. y Kovach, J.S. (2010). A comparison of multisensory and traditional interventions on inpatient psychiatry and geriatric neuropsychiatry units. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Service*, 48 (1), 24-31.
- Lancioni, G. E. Perilli, V., Nirbhay N., Mark F. & Cassano, G. (2011). A man with severe Alzheimer's disease stops wandering during a picture colouring activity. *Developmental Neurorehabilitation*, 14(4), 242-246.
- Lavretsky, H. (2010). Complementary and alternative medicine use for treatment and prevention of late-life mood disorders. *Clinical Geriatrics*, 18 (6), 32-37.
- Lobo, A. et al. (1979). El "Mini-examen cognoscitivo": un test sencillo, práctico para detectar deficiencias intelectivas en pacientes médicos. *Actas luso-españolas de Neurología Psiquiátrica*, 3, 189-192.
- Madori, L. L. (2007). *Therapeutic thematic arts programming for older adults*. New York, US: Health Professions Press.
- Martín Carrasco, M. (2006). Enfermedad de Alzheimer. En Agüera, L., Cervilla,, J. y Martín, M., *Psiquiatría Geriátrica*, (pp. 284-306). Barcelona, España: Masson.
- McFadden, S.H., Basting, A.D. (2010). Healthy Aging Persons and Their Brains: Promoting Resilience Through Creative Engagement. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), pp. 149-161.
- Mimica, N. & Kalinić, D. (2011). Art therapy may be beneficial for reducing stress related behaviours in people with dementia; case report. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 125-8.
- Moore, V., y Wyke, M. (1984). Drawing disability in patients with senile dementia. *Psychological Medicine*, 14, 97-105.
- Ozdemir, L., & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal Of The Neurological Sciences*, 283(1-2), 211-213.

- Parkinson, E. (2008). Developmental transformations with Alzheimer's patients in a residential care facility. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 209–216.
- Perich, J. (2014). Roses in December: Case studies from a program combining Reminiscence, Art, and Music therapies (RAMP) for persons with early to mid-level Alzheimer's dementia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 75, 1- B (E).
- Petersen, R.C. (2007). The current status of mild cognitive impairment--what do we tell our patients?. *Nat Clin Pract Neurol* 3 (2), 60–1. doi:10.1038/ncpneuro0402.
- Rentz, C. (2002). Memories in the making: outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal Of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, 17(3), 175-181.
- Rockwood, K. (2004). Lending a helping eye: artists in residence at a memory clinic. *Lancet Neurology*, 3(2), 119-123.
- Sandrick, K. (1995). Art therapy. Passage into their pasts. *Hospitals & Health Networks / AHA*, 69(14), 55-67.
- SCATP (1989). *Standing Committee of Arts Therapies Professions. Artists and art therapies*. London, England: Carnegie UK Trust.
- Schmitt, B; & Frolich, L. (2007). Creative therapy options for patients with dementia--A systematic review. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*. 75(12), 699-707.
- Sendak, M. (1963). *Where the wild things are*. New York, EEUU: Harper.
- Staal, J.A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. y Kofman, E.S. (2007). The effects of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (4), 357-370.
- Sterritt, P., y Pokorny, M. (1994). Art activities for patients with Alzheimer's and related disorders. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 15(3), 155-159.
- Stoukides, J. (2008). Creative and sensory therapies enhance the lives of people with Alzheimers. *Medicine And Health, Rhode Island*, 91(5), 154.
- Ullbricht, C. (2009). Alzheimer's Disease: An Integrative Approach: A Natural Standard Monograph. *Alternative & Complementary Therapies*, 15(5), 238-247.
- Wolf, T. (2003). Building a caring client relationship and creating a quilt. A parallel and metaphorical process. *Journal Of Holistic Nursing: Official Journal Of The American Holistic Nurses' Association*, 21(1), 81-87.