

ARTETERAPIA PARA PERSONAS MAYORES

Andrés Esteban Arbués y Luis Herves Carrasco
(Coords.)

Todos los derechos reservados. Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización expresa de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

Andrés Esteban Arbués y Luis Herves Carrasco (Coords.)

© de los textos: de los autores

© de las ilustraciones: de los autores

© de las fotografías: de los autores

Diseño de portadas: Aire Montero Domínguez

ISBN: 978-84-608-5149-3

Sevilla, 2016

Edita: ASANART (Asociación Andaluza de Arteterapia)

Impreso en España. Printed in Spain

Imprime: J. de Haro Artes Graficas. C/ Brujula, 52. Parque Industrial PISA. Mairena del Aljarafe (Sevilla).



ARTETERAPIA PARA PERSONAS MAYORES

Susana Menéndez Álvarez-Dardet
Javier Pérez Padilla
M^a Josefa Agudo Martínez
Andrés Esteban Arbués
Luis Herves Carrasco
Pilar M^a Domínguez Toscano
Juan Román Benticuaga
M^a del Aire Montero Domínguez
Javier Torres Pereira
Elena Goicoechea Calderero
Mar Bravo Pérez
M^a del Reposo Villadeamigo Becerro
David López Ruiz
M^a Dolores López Martínez

Andrés Esteban Arbués y Luis Herves Carrasco
(Coords.)

ÍNDICE

Prólogo. <i>Luis Herves Carrasco</i>	7
Capítulo 1. La vejez, el envejecimiento y las personas mayores en España a principios del siglo XXI <i>Susana Menéndez Álvarez-Dardet y Javier Pérez Padilla</i>	9
Capítulo 2. Solidaridad intergeneracional, tecnología y arteterapia <i>M^a Josefa Agudo Martínez</i>	27
Capítulo 3. Ocurrencias de un anciano <i>Andrés Esteban Arbués</i>	37
Capítulo 4. “El árbol de la sabiduría”. Un encuentro de generaciones <i>Luis Herves Carrasco</i>	61
Capítulo 5. Arteterapia en personas mayores <i>Pilar M^a Domínguez Toscano, Juan Román Benticuaga y M^a del Aire Montero Domínguez</i>	73
Capítulo 6. Aplicaciones de la musicoterapia en el tratamiento de los enfermos de alzhéimer: una propuesta de intervención <i>Javier Torres Pereira, Elena Goicoechea Calderero y Mar Bravo Pérez</i>	83
Capítulo 7. Despertando emociones. Arteterapia para personas con Alzhéimer y otras demencias <i>M^a del Reposo Villadeamigo Becerro</i>	101
Capítulo 8. Programa de arteterapia “Promoción de la salud y terapias creativas como pilares para el desarrollo personal” <i>Sergio Cruz Pozuelo Cabezón</i>	115
Capítulo 9. El collage como proceso terapéutico en personas mayores <i>David López Ruiz y M^a Dolores López Martínez</i>	137

CAPÍTULO I

LA VEJEZ, EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI

Susana Menéndez Álvarez-Dardet

Dra. en Psicología

Javier Pérez Padilla

Dr. en Psicología

Resumen: Los cambios demográficos, sociales y científicos de las últimas décadas han modificado en profundidad la perspectiva sobre la vejez. En la actualidad, esta etapa se concibe como una fase muy prolongada y también muy variable de la vida, en la que conviven tanto el deterioro y los problemas como la estabilidad e, incluso, las ganancias y los nuevos aprendizajes. Por lo que sabemos, la mayoría de las personas mayores no sufren problemas graves y tienden a ser individuos autónomos, independientes y motivados hacia el aprendizaje. No obstante, conforme avanza la edad del anciano, pueden aparecer diversos problemas psicológicos, especialmente los asociados al estado del ánimo y al deterioro cognitivo. Las intervenciones en la vejez, tanto dependiente como no dependiente, deben caracterizarse por su rigurosidad en la planificación de objetivos, por contar con contenidos fundamentados, y por realizar una evaluación sistemática, así como adaptarse a las necesidades y fortalezas propias de cada anciano. La arteterapia surge como una modalidad de intervención que puede fomentar y promocionar el desarrollo tanto de la persona mayor sana como de la dependiente, revelándose de esta manera como un recurso de trabajo útil, fundamentado y flexible.

Abstract: The theoretical perspective on aging has been deeply modified because of demographic, social and scientific changes. Nowadays, this developmental stage is defined as variable and prolonged, where losses and problems coexist

with stability and even new earnings. To the best of our knowledge, most elderly people are characterized for their autonomy and their motivation to learn. Nevertheless, many men and women of advancing age could experience psychological problems, especially affective disorders or major or mild neurocognitive disorders. Aging interventions must be characterized by an adequate planning, objectives, contents and systematic evaluation. Moreover, these interventions must be able to adapt to elderly people's strengths and weakness. Art therapy may works as a creative method of expression which encourage the development of handicapped or healthy person, and as a useful and flexible source.

Introducción

La perspectiva profesional sobre el significado y el contenido de la vejez, así como acerca de las posibilidades de intervención en esta etapa, han cambiado de manera notable en las últimas décadas en el ámbito de diversas disciplinas socio-sanitarias. Aún a riesgo de simplificar, lo cierto es que la visión tradicional del desarrollo humano que dominaba el panorama científico entre los profesionales del ámbito académico y aplicado podría, en muchos sentidos, representarse como una U invertida (Villar, 2005), de manera que la infancia y la adolescencia se asociaban fundamentalmente al crecimiento y las ganancias en diversas áreas, la juventud y la adultez al acceso a logros, a la productividad y a la estabilidad en dichas áreas, y la vejez a la pérdida y el deterioro en esos ámbitos. La denominada "tercera edad" se concebía así como una etapa homogénea, caracterizada por el decremento generalizado de las diversas capacidades adquiridas a lo largo de la vida (en el ámbito físico, psicológico, social o productivo) y, en definitiva, como una fase definida muy mayoritariamente por la enfermedad, los problemas y la incapacidad, visión que, en gran medida, ha encontrado reflejo y ha contribuido a reforzar los numerosos estereotipos negativos con los que los profesionales sociosanitarios, y la sociedad en general, han considerado y tratado a los mayores (Fiske y Tablante, 2014; Hummer, 2011).

Los avances recientes de la investigación en diversas disciplinas ofrecen evidencias y conclusiones que permiten matizar, en gran medida, el perfil generalizado en forma de U invertida que acabamos de resumir, sobre todo en lo que respecta a la vejez. Así, siendo cierto que a partir de los 60-65 años tiende a producirse un decremento relevante en diversos ámbitos (sobre todo a nivel neuronal y sensorio-perceptivo), también es cierto que la vejez constituye una etapa muy prolongada y sobre todo muy heterogénea y variable de la vida, que está caracterizada por muchas diferencias entre unos individuos y otros (Fernández-

Ballesteros, 2009; Villar, 2005, 2011). Algunas personas ciertamente responden al perfil que se acaba de resumir, y experimentan un deterioro importante y bastante generalizado en la mayoría de sus capacidades y habilidades al llegar a la vejez. Pero en otras, y muy especialmente si no existen trastornos de importancia que comprometan el funcionamiento neurocognitivo, las pérdidas habituales en algunos ámbitos (especialmente a nivel sensorial y perceptivo, en cuanto a la resistencia frente a ciertas enfermedades, y lo que respecta a algunos aspectos de la atención, la memoria de trabajo o, más en general, la mecánica cognitiva) conviven con la estabilidad e, incluso, con las ganancias y el avance en otras áreas (especialmente en lo relacionado con el potencial de aprendizaje, la pragmática cognitiva, la estabilidad en los factores primarios de la personalidad, o la satisfacción con las relaciones sociales) (Fernández-Ballesteros, 2009; Villar, 2005, 2006, 2011), sobre todo si la persona ha sido y se mantiene activa a diversos niveles. Pero por lo que sabemos las diferencias no son sólo interindividuales (es decir, entre unos ancianos y otros) sino, lo que es más interesante, intraindividuales, de manera que en el mismo anciano pueden producirse pérdidas en unos ámbitos, estabilidad en otros, y crecimiento y ganancias en diversas áreas que permiten, además, compensar en cierta medida las pérdidas que se pueden producir en otros ámbitos (Fernández-Ballesteros, 2006, 2009; Villar, 2005, 2006; 2011). En definitiva, y a diferencia del dibujo sombrío y homogéneo que imperaba tradicionalmente sobre la “tercera edad”, la investigación más reciente perfila a las personas con 65 o más años como un colectivo muy numeroso pero además muy diverso y heterogéneo, caracterizado por una importante variabilidad inter e intraindividual, y dentro del cual existen además diferencias muy llamativas en relación con la edad, que están llevando a algunos especialistas a hablar de una “cuarta edad” para diferenciar tanto la realidad vital como las posibilidades de intervención a partir de los 80-85 años respecto a las dos décadas anteriores (Baltes y Smith, 2003).

Además de favorecer una perspectiva más matizada y optimista de la vejez, la investigación de las últimas décadas viene ofreciendo resultados con importantes implicaciones de cara a las posibilidades de intervención en esta etapa. Las evidencias científicas recientes no dejan de avalar que es mucho lo que se puede (y se debe) hacer profesionalmente con el colectivo de mayores, tanto para hacer frente a los problemas y patologías que con frecuencia se presentan en esta etapa (que ha sido el enfoque claramente mayoritario hasta hace poco), como de cara al fortalecimiento y el mantenimiento de capacidades aún funcionales para así prevenir su posible deterioro, e igualmente (y este es el enfoque más innovador) con objeto de promocionar y favorecer nuevas adquisiciones y aprendizajes. Las vías para desarrollar este tipo de intervenciones son además muy variadas y, dentro de ellas, las encuadradas en lo que

genéricamente se conoce como arteterapia constituyen un enfoque de trabajo interesante e innovador (Pérez, 2013).

El propósito de este capítulo es servir como introducción general al resto de los trabajos que se presentan en este libro, centrado en la arteterapia como método de intervención en la vejez. Para ello comenzaremos presentando al colectivo de mayores usuarios potenciales de estas intervenciones, tratando de dar cuenta sucintamente de la variabilidad que se acaba de señalar: en primer lugar se exponen distintos indicadores demográficos sobre este sector de la población y sus condiciones de salud, y a continuación se ofrece un breve perfil (en dos apartados diferenciados) tanto de los ancianos autónomos y sanos como de los dependientes. A continuación se describen las principales características de las iniciativas de intervención en la vejez, con el envejecimiento y/o con los mayores, destacando sus peculiaridades respecto a otras intervenciones en otras edades, y situando a la arteterapia dentro de este tipo de alternativas de trabajo con ancianos. El capítulo finaliza con unas breves conclusiones sobre las posibilidades y los retos generales que, en nuestra opinión, tiene la arteterapia como recurso de intervención en la vejez.

La vejez en cifras

Según los datos oficiales que proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015a), en el año 2015 el número de residentes censados en España con 65 o más años asciende a 8.257.210, cifra que supone un 19.66% de la población total de nuestro país. El peso de este sector no ha dejado de aumentar en las últimas décadas: en el año 1900 suponía escasamente un 5.20% y en 1950 un 7.23%, mientras que en 2001 había ascendido a un 17.03%. Las proyecciones del INE apuntan en la misma dirección (ver Tabla 1): se calcula que las personas de 65 o más años constituirán un 20.17% de la población en 2020, un 32.39% en 2040, y un 38.72% en 2064. Esta tendencia resulta particularmente llamativa en el caso de las personas de más edad: los mayores de 85 años suponen, en 2015, un 3.05% del total de residentes en España, pero según las proyecciones del INE (2015a) en las próximas décadas este sector va a incrementar su representación poblacional hasta un 6.39% en 2040 y un 15.05% en 2064. En la actualidad, el peso relativo de la población anciana es más elevado en el caso de las mujeres: en 2015, el 22.05% de las españolas tiene 65 o más años, mientras que en el caso de los varones el porcentaje es del 17.17%. Como puede apreciarse en la Tabla 1, las tendencias previsibles de futuro también indican que, en las próximas décadas, la población mayor (tanto en general como específicamente a partir de los 85 años) estará integrada en cierta medida más por mujeres que por hombres.

Tabla 1. Proyecciones de población de las personas con 65 o más años en España (Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos del INE, 2015a).

	≥ 65 años			≥ 85 años		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
2020	20.17%	17.92%	22.32%	3.52%	2.45%	4.55%
2025	22.55%	20.33%	24.68%	3.80%	2.69%	4.86%
2030	25.59%	23.35%	27.71%	4.42%	3.27%	5.51%
2035	28.93%	26.67%	31.06%	5.41%	4.13%	6.61%
2040	32.39%	30.12%	34.52%	6.39%	5.00%	7.69%
2045	35.71%	33.40%	37.87%	7.82%	6.26%	9.28%
2050	37.61%	35.18%	39.89%	9.60%	7.85%	11.25%
2055	38.39%	35.83%	40.78%	11.52%	9.58%	13.33%
2060	38.69%	36.07%	41.12%	13.49%	11.41%	15.43%
2064	38.72%	36.09%	41.16%	15.05%	12.86%	17.08%

NOTA: Los porcentajes se han calculado sobre el total poblacional estimado para cada año.

La relativa mayor presencia de mujeres en el sector de las personas con 65 o más años se relaciona con la mayor esperanza de vida que, en general, tienen las ancianas en comparación con los ancianos (en España, 85.6 años frente a 80 años respectivamente; INE, 2015b). No obstante, si se toma en consideración como indicador el número de años de vida previsible a los 65 años pero con salud y en ausencia de enfermedades o problemas de cierta importancia (*Healthy Life Years at Age 65*, Eurostats, 2015), el perfil resultante es en parte diferente. Así, para las mujeres este indicador tiene, en España, una media aproximada de 9 años, mientras que en el caso de los hombres la media es 9.7 años.

Por tanto, los datos y las previsiones disponibles llevan a concluir que las personas mayores vienen siendo (y van a ser) un sector cada vez más importante de la población española, especialmente en el caso de las personas con 85 o más años. En concreto, esta tendencia a una mayor presencia de los mayores en nuestra sociedad es especialmente resaltable en el caso de las mujeres: en nuestro país cada vez hay más (y va a haber más) ancianas y de más edad, aunque esta mayor longevidad en comparación con los ancianos no va asociada, necesariamente, a una mejor calidad de vida.

Estas primeras conclusiones conducen directamente a la reflexión de que (y parafraseando a Fernández-Ballesteros, 2009) probablemente la clave no es cuántos años dura la vida sino cuánta vida tienen los años, es decir, lo realmente interesante para los profesionales relacionados con la vejez y el envejecimiento es

cuáles son las condiciones de vida y de salud durante las últimas décadas de la vida, más que la duración de ésta. A este respecto, los indicadores oficiales provienen de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), que se viene realizando periódicamente en nuestro país desde 1993 por parte del Ministerio competente en materia de sanidad, por un lado, y el INE, por otro. Este estudio ofrece información sobre el estado de salud de la población, así como acerca de los principales factores que la determinan. Los resultados de la ENSE 2011-2012 (INE, 2013) indican que, en nuestro país, existe un porcentaje importante de personas de más de 65 años con limitaciones en diversas áreas (movilidad, cuidado personal, tareas domésticas...) que les llevan a ser funcionalmente dependientes, y que esa situación tiene una evidente relación con la edad del anciano (ver Tabla 2). No obstante estos mismos datos revelan que, en términos generales (y de nuevo con una muy evidente relación con la edad), la mayoría de las personas mayores no sufren problemas graves y, más allá de los posibles (y probables) achaques derivados de su edad, son individuos autónomos e independientes. De nuevo los indicadores resumidos en la Tabla 2 revelan importantes diferencias entre ancianos y ancianas, diferencias que perfilan (más allá de la mayor longevidad en las mujeres) una vejez con mejores condiciones de salud y autonomía en el caso de los hombres.

Tabla 2. Dependencia funcional en España según la ENSE 2011-2012 (Fuente: INE, 2013).

	No	Sí		
		Cuidado personal	Labores domésticas	Movilidad
Ambos sexos				
65-69 años	75.48%	14.06%	17.22%	16.19%
70-74 años	64.4%	24.91%	27.25%	25.46%
75-79 años	50.26%	35.23%	38.27%	38.24%
80-84 años	34.62%	51.23%	54.07%	54.07%
≥ 85 años	15.05%	72.18%	78.05%	77.82%
Hombres				
65-69 años	76.76%	12.05%	16.66%	13.8%
70-74 años	71.9%	18.36%	20.98%	15.59%
75-79 años	60.03%	27.42%	30.35%	27.75%
80-84 años	41.97%	43.88%	45.75%	45.16%
≥ 85 años	21.97%	64.78%	72.63%	68.87%
Mujeres				

65-69 años	74.27%	15.95%	17.75%	18.45%
70-74 años	58.54%	30.03%	32.14%	33.17%
75-79 años	43.67%	40.5%	43.61%	45.32%
80-84 años	29.32%	56.52%	60.06%	60.49%
≥ 85 años	11.35%	76.15%	80.96%	82.62%

Por tanto, las evidencias disponibles permiten concluir en términos generales que: a) lejos de la imagen generalizada que asocia necesariamente la vejez con deterioro severo, enfermedades y problemas, en la actualidad la mayor parte de los ancianos (sobre todo antes de los 80-85 años) son individuos con algunos achaques pero funcionalmente autónomos e independientes; y b) a pesar de lo anterior, una parte no generalizada pero sí importante de las personas mayores (especialmente a partir de los 80-85 años) experimenta problemas de diverso tipo que afectan, de manera notable, a su funcionamiento y a sus condiciones de vida y provocan que sean ancianos dependientes.

De acuerdo con los datos que se acaban de exponer, el retrato de la vejez en España a principios del siglo XXI se caracteriza por dos imágenes diferentes: la que, incorporando algunos achaques y problemas menores, está caracterizada por la autonomía y la independencia (integrada sobre todo, aunque no sólo, por personas de hasta 80-85 años), y la que viene definida por el deterioro importante y la dependencia (integrada sobre todo, aunque no solo, por personas con más de 80-85 años). Ambos prismas de la vejez y el envejecimiento no son incompatibles y evidencian la importante diversidad y heterogeneidad de esta etapa de la vida, al tiempo que guardan una notable relación con la edad que, sin ser estricta ni excluyente, permite suscribir la propuesta antes señalada de algunos especialistas (Baltes y Smith, 2003) en cuanto a diferenciar la “tercera” y la “cuarta” edad dentro de esta etapa. En cualquier caso, parece razonable asumir que hay al menos dos grandes perfiles de personas de mayores, y en torno a esas dos realidades se organizan los dos siguientes apartados.

Las personas mayores no dependientes

Como se acaba de señalar, en términos generales la mayor parte de los mayores de 60-65 años responden a un perfil en el que se combinan ciertas pérdidas y problemas con una realidad vital, personal y social que se aleja bastante de los estereotipos de enfermedad y deterioro generalizados con los que, con frecuencia, se ha caracterizado esta etapa de la vida (Fiske y Tablante, 2014; Hummer, 2011). Entendemos que no es este el contexto en el que exponer de manera pormenorizada los resultados de la investigación reciente que

permiten llegar a esta conclusión general pero, a modo de resumen, lo que revelan estos estudios es que, en ausencia de enfermedades o trastornos neurocognitivos de importancia, los cambios que de manera normativa tienden a producirse en la vejez (sobre la base de una muy relevante diversidad y variabilidad entre unos ancianos y otros, y mayoritariamente hasta antes de los 80-85 años) son los que se resumen a continuación (Fernández-Ballesteros, 2009; Villar, 2005, 2006, 2011).

- Con diferencia, la investigación sobre la vejez se ha orientado mayoritariamente al estudio de los cambios que se producen a *nivel cognitivo*. Más allá del ámbito específico (memoria, atención, inteligencia...) que se analice, los resultados y aportaciones más recientes e interesantes en el caso de la vejez no dependiente se basan en la distinción de Baltes (e. g. Baltes, 1993) entre la mecánica cognitiva (posibilidades de funcionamiento elemental y con una importante base neuronal y biológica de las capacidades cognitivas básicas: velocidad de procesamiento, precisión, coordinación intersensorial...) y la pragmática cognitiva (funcionamiento concreto y contextualizado con una importante base experiencial y vital de las capacidades cognitivas básicas: acumulación de conocimiento y de habilidades a lo largo de la vida, nivel de experiencia o de pericia en un ámbito concreto...). En el envejecimiento normativo ambas facetas de la cognición suelen tener perfiles evolutivos diferenciados, de manera que la mecánica cognitiva tiende a disminuir o a deteriorarse (y, de hecho, tiende a hacerlo desde antes de la vejez), mientras que la pragmática cognitiva suele permanecer estable e incluso puede mejorar bajo determinadas condiciones, especialmente relacionadas con la experiencia vital del anciano, su nivel de actividad en la vejez, su implicación en actividades cognitivamente estimulantes, y su actitud general ante la vida (seguir pensando, seguir aprendiendo, seguir enfrentándose a retos, etc.).
- En cuanto al *funcionamiento intraindividual*, durante la vejez los principales rasgos primarios de personalidad tienden a permanecer estables, y los cambios más habituales (aunque variables) a este nivel tienen que ver con la tendencia a una mayor introversión y una menor apertura a la experiencia (tendencia que, de nuevo, se observa ya a partir de los 50-55 años, es decir, antes de la vejez propiamente dicha), por un lado, y a un locus de control más externo (especialmente entre los ancianos de más edad), por otro. Los resultados de diversas investigaciones no avalan que, durante la vejez, sean mayoritariamente más frecuentes los sentimientos o emociones negativos, ni que se deteriore normativamente la autorregulación emocional, ni que la depresión sea un problema de mayor prevalencia general a estas edades (salvo

en contextos residenciales y/o ante situaciones vitales particularmente estresantes).

- En el ámbito de las *relaciones interpersonales*, las últimas décadas de la vida suelen caracterizarse por una disminución del tamaño de la red social y un descenso en la frecuencia de contactos sociales, aunque la satisfacción con los mismos tiende a permanecer estable y, en ocasiones, a aumentar. El decremento tanto del número de personas que componen la red social como de los contactos globales con dichas personas es resultado de algunas de las transiciones y cambios normativos propios de la vejez (jubilación, pérdida de la pareja, fallecimiento de familiares y amigos...), mientras que la mayor estabilidad o el aumento en la satisfacción con las relaciones sociales obedece, de acuerdo con los trabajos de Carstensen (e. g. Carstensen, Fung y Charles, 2003) a una selección selectiva de los contactos sociales en función de su cercanía emocional: durante la vejez, los mayores tienden a reducir su implicación en las relaciones interpersonales más accesorias y superficiales, pero mantienen (e incluso intensifican) las interacciones sociales más estrechas y con mayor carga afectiva.

Los ancianos dependientes: principales patologías asociadas a la vejez

Un cierto porcentaje de personas mayores, tal como se ha detallado más arriba, se caracterizan por la dependencia, especialmente en edades avanzadas. Concretamente, desde los dispositivos sanitarios se ha detectado un incremento en la demanda de cuidados especializados por problemas de dependencia y vulnerabilidad en el subgrupo de personas mayores de 80 años (Abades y Rayón, 2012). Si bien es cierto que, de acuerdo al ENSE 2011-2012 (INE, 2013), buena parte de los ancianos y ancianas presentan un estado de salud bueno o muy bueno, el porcentaje disminuye entre los de mayor edad. Así, esta situación viene condicionada, entre otras circunstancias (características personales del individuo, estatus socioeconómico o entorno del mayor), por la presencia de diversas patologías. En este apartado se expondrán los principales trastornos de corte psicológico que suelen encontrarse en las personas mayores.

- Las patologías asociadas a los *trastornos afectivos* son una de las alteraciones más comúnmente detectadas en la población mayor. En una reciente macroencuesta que evaluaba la prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años (Vives et al., 2013), se observó que existía una elevada prevalencia de trastornos asociados al estado del ánimo (33.8%), los trastornos somatomorfos (24.4%) y los de ansiedad (14.3%). Además, existe una alta comorbilidad entre los mismos (un

6.3% de los ancianos presentaron los tres tipos de patologías). Entre los trastornos del estado del ánimo destaca la depresión, una de las patologías mentales más relevante entre los muy mayores (Riquelme, Buendía y López, 2006). Los trabajos que se han centrado en su estudio en personas mayores apuntan a que existen varios factores que fomentan su aparición: el número de patologías físicas, la comorbilidad psicológica, el riesgo social y la soledad experimentada (Losada y Álvarez, 2014; Riquelme et al., 2006; Urbina, Flores, García, Torres y Torrubía, 2007; Vives et al., 2013). Estos trastornos en la vejez se encuentran asociados a una reducción significativa de la calidad de vida, por lo que es imprescindible considerar su temprana detección e intervención.

- Generalmente, cuando se reflexiona en torno a las patologías asociadas a la vejez o sobre los síndromes geriátricos clásicos, el *deterioro cognitivo* aparece en uno de los primeros lugares. Sin embargo debe diferenciarse entre el deterioro normativo de la mecánica cognitiva (Baltes, 1993), por un lado, y el deterioro cognitivo ligero (DCL) y la demencia, por otro. El DCL se encuentra asociado al envejecimiento patológico, por lo que está caracterizado por una mayor alteración de las funciones cognitivas (atención, memoria...) en comparación con las dificultades asociadas al envejecimiento normativo. Con respecto a la prevalencia del DCL, existe una alta variabilidad en los datos puesto que entre un 3% y un 26% de la población presenta este deterioro (Barroso, Correia y Nieto, 2009). Esto puede ser debido a que no existen todavía unos criterios definitivos para detectar el DCL. El grupo de trabajo internacional en DCL (Windbland et al., 2004) señala los siguientes: no cumple los criterios de demencia, existen quejas subjetivas del paciente o del entorno de la alteración en tareas cognitivas, presenta deterioro por cambios en la ejecución de tareas cognitivas a lo largo del tiempo, aún no hay una afectación de las actividades básicas de la vida diaria, y se observa una afectación mínima de las instrumentales. Actualmente se considera que el DCL, y específicamente el DCL de tipo amnésico, es un paso anterior a la demencia. En un estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el DCL en contextos clínicos (Baquero et al., 2004), la tasa de conversión a demencia fue del 10%.
- Por otra parte, la *demencia* se encuentra asociada a un deterioro cognitivo múltiple persistente, relacionado con el menoscabo de la memoria (incapacidad de aprender nueva información o de recordar la previamente aprendida), por estar acompañado por otros trastornos cognitivos (afasia, apraxia, agnosia, alteración de las funciones superiores...), y por cambios importantes en las relaciones sociales y/o familiares (*American Psychiatric Association*, 2013). Según Lázaro (2009) la prevalencia de la demencia varía de acuerdo con la edad, así si bien el 2% de mayores del grupo de entre 70-74 años presentan este trastorno, este dato alcanza el 13% en ancianos de entre

85-90 años. Las demencias más frecuentes en términos de práctica clínica son la demencia frontal, la vascular y la de tipo Alzheimer. La primera de ellas no está basada en la pérdida de la memoria sino más bien en cambios de carácter y comportamiento (apatía, falta de iniciativa, rigidez, escasa tolerancia a la improvisación...). La segunda, a diferencia de la mayoría de las demencias, puede presentar un inicio brusco (debido a infartos cerebrales y a la falta de irrigación de ciertas zonas del cerebro), así como múltiples síntomas, dependiendo de la/s zona/s donde exista alteración con la irrigación (Lázaro, 2009).

- Por su parte, el *Alzheimer* es considerado el tipo de demencia más frecuente (en concreto, supone el 50%-75% de los casos de demencia), y se caracteriza por un deterioro progresivo y total de las funciones cognitivas, acompañado por cambios en la personalidad y en el comportamiento del mayor (Gutiérrez, 2011). Concretamente, y de acuerdo con el DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013), la demencia tipo Alzheimer es un trastorno neurocognitivo mayor que incluye déficits en la memoria y al menos una de las siguientes manifestaciones clínicas: afasia, apraxia, agnosia y síntomas ejecutivos, perturbando de esta manera la vida social y familiar de la persona de manera significativa. Su pronóstico se encuentra influido por varios factores a tener en cuenta: la edad de comienzo, el retraso en el diagnóstico, la alteración del sueño, la alteración precoz del lenguaje y la asociación a cuadros depresivos (Sarasa, 2008). En cuanto a esto último, es posible confundir los inicios de la demencia tipo Alzheimer con trastornos del estado del ánimo y concretamente con la depresión. Se considera que su origen es multicausal en las personas mayores de 65 años, y tiende a estar más presente en la mujer (Lázaro, 2009).

La intervención con personas mayores

Existen iniciativas muy diversas de trabajo en relación con los mayores y el envejecimiento que, con frecuencia, no solo se plantean desde la mejor de las intenciones y con bastante sentido común, sino que, además, obtienen resultados interesantes: guías divulgativas (habitualmente difundidas como intervención primaria o secundaria, sobre todo a través de Internet), grupos de autoayuda, trabajos en el ámbito del voluntariado... No obstante, siendo interesantes y a veces eficaces, estas iniciativas no deben confundirse con programas de intervención propiamente dichos, que coincidimos con Villar y Solé (2006) en entender como *actuaciones profesionales que se llevan a cabo de manera intencional y que incluyen una planificación previa, unos objetivos explícitos, y una programación de contenidos y actividades a realizar en un tiempo y un espacio definidos y limitados*. En esta definición quedan recogidas algunas de las

principales características que, en nuestra opinión, debe tener todo programa de intervención: a) su carácter propositivo y no accidental ni improvisado, que en parte se traduce en b) unos objetivos flexibles y modificables pero claros y explícitos, y en c) una secuenciación clara (incluidos los aspectos temporales y espaciales) de acciones y actividades concretas, bien planificadas, explicadas y organizadas, aunque susceptibles de cambio y modificación pero dentro de un programa estable más general. Desde nuestro punto de vista, la definición anterior debería completarse con dos elementos adicionales: consideramos necesario que todo programa de intervención incorpore: d) una valoración previa y rigurosa de las principales *necesidades y fortalezas* de el o los usuarios del programa; y e) una planificación, igualmente previa y rigurosa, de la *evaluación de la eficacia, la efectividad y la eficiencia* de la intervención una vez que esta finaliza.

Por tanto, si se nos permite la simplificación, un programa de intervención no es hacer algo con buenas intenciones y buen criterio, de forma más o menos improvisada, y que permita obtener ciertos resultados. Un programa de intervención implica un trabajo científico, planificado y diseñado por profesionales formados y cualificados en la disciplina de que se trate, llevado a cabo por dichos profesionales (aunque puntualmente puedan recibir apoyo de voluntarios u otras personas), y de acuerdo con los estándares científicos y deontológicos de su disciplina que, necesariamente, debe implicar desarrollar con rigor y al mismo tiempo con flexibilidad las cuatro fases centrales de *valoración previa* de la situación, *planificación* de la intervención, *aplicación* de la misma, y *evaluación de sus resultados*.

Asumiendo lo anterior, lo primero que hay que precisar es que los programas de intervención con personas mayores son (o deben ser), sobre todo, programas de intervención. Es decir, se trata (o se debe tratar) de intervenciones diseñadas y llevadas a cabo por profesionales, que deben compartir con las desarrolladas con otros colectivos de otras edades los mismos criterios de planificación, sistematicidad y rigor que se acaban de señalar. Pero, al mismo tiempo, el trabajo profesional con mayores tiene ciertas peculiaridades que también hay que precisar, y que tienen que ver sobre todo con las especiales características (perceptivo-cognitivas y motivacionales) que tienen los ancianos y que es necesario tomar en consideración de cara al diseño y la implementación de estas intervenciones (Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón, 2009; López, 2009; Villar y Solé, 2006; Yanguas y Leturia, 2006). El Cuadro 1 ofrece una síntesis de las principales precauciones y consideraciones que hay que tener presentes cuando se planifica y/o se desarrolla un programa de intervención con personas mayores.

Cuadro 1. Los ancianos como usuarios de programas de intervención: principales consideraciones a tener en cuenta

Ámbito	Consideraciones
PERCEPCIÓN y COGNICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del <u>entorno físico</u> a las características perceptivas y motoras de los ancianos: iluminación, condiciones acústicas, materiales visualmente claros... • Adecuación de los <u>materiales y/o actividades</u> a las posibilidades de <u>atención</u> de los ancianos: evitar la sobrecarga de estímulos y la fatiga, no forzar la atención simultánea, cuidar el momento del día en el que se trabaja... • Adecuación de los <u>materiales y/o actividades</u> a las posibilidades de <u>memoria</u> de los ancianos: vincular claramente las sesiones, dejar tiempo suficiente para el recuerdo/repaso... • <u>Temporalización y ritmo de trabajo</u>: sesiones que no superen 1.5 horas, programación de descansos y pausas...
MOTIVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Objetivos</u> de cada sesión de trabajo explícitos, de corto alcance, concretos, y fácilmente evaluables por el propio anciano. • Actividades que consideren la especial <u>motivación para aprender</u> que suelen tener los ancianos (lo que se aprende/se hace, más que para qué se aprende/se hace). • Especial atención a la <u>retroalimentación</u> durante el proceso (fortalecimiento del autoconcepto y la autoestima).

En términos generales, existen muy diversos tipos de programas de intervención relacionados con la vejez, el envejecimiento y las personas mayores que, a su vez, pueden clasificarse de acuerdo con criterios muy distintos. Probablemente el más útil sea, siguiendo a Villar y Solé (2006), diferenciar a grandes rasgos entre las intervenciones destinadas a paliar deficiencias y problemas ya presentes, por un lado, y las encaminadas a mantener competencias funcionales y promocionar habilidades, por otro. Pero, más allá de esta útil distinción, los programas de intervención con personas mayores pueden organizarse y clasificarse según otros muchos criterios no incompatibles (ver Cuadro 2), que tienen que ver tanto con los destinatarios de la intervención, el lugar en el que se desarrolla, el formato de trabajo que se siga, o la metodología y enfoque desde el que se trabaje.

A este respecto, las intervenciones basadas en la arteterapia pueden servir a cualquiera de los dos grandes objetivos centrales que se acaban de señalar (aunque mayoritariamente se hayan utilizado sobre todo para el primero de ellos, y muy especialmente en el caso de las demencias seniles; Pérez, 2013) y, además, son susceptibles de implementarse en contextos diversos (residencias, centros de

día, asociaciones para mayores...), de manera tanto individual como grupal, solo con mayores o bien con ancianos junto a con personas de otras edades, y son perfectamente compatibles con el uso de nuevas tecnologías además del formato presencial. De algunas de estas muchas posibilidades se da cuenta en los trabajos descritos en este libro.

Cuadro 2. La intervención en la vejez: variabilidad y tipos de programas.

		Ámbito	Objetivos centrales			
		Enfermedad y déficit	Rehabilitación Compensación			
		Preservación y desarrollo	Capacitación Aprendizaje			
Alcance objetivos	Lugar	Implementación	Destinatario/s		Enfoque	
General Específico	Hogar Centro, consulta, residencia...	Presencial Virtual (NN. TT.)	Individual Grupal	Solo anciano/s Intergeneracional	Directivo Participativo	

No obstante, y de acuerdo con los criterios de clasificación recogidos en el Cuadro 2, los únicos elementos según los cuales la arteterapia es una modalidad de trabajo en principio menos útil tienen que ver, por un lado, con el ámbito de la intervención (es poco probable que, aisladamente, una intervención de arteterapia permita un abordaje generalizado e integral de la vejez), y por otro, con el enfoque de la intervención (es poco probable que estas intervenciones funcionen y sean eficaces con un planteamiento muy directivo y poco sensible a las aportaciones y las iniciativas de sus destinatarios). Al margen de estos dos elementos, las intervenciones basadas en la arteterapia se plantean en principio como un recurso de trabajo útil, interesante, fundamentado, flexible y muy diverso, aunque probablemente se enfrenta a ciertos retos relacionados con su estatus dentro del conjunto de recursos de trabajo profesional con mayores y en la vejez.

Conclusiones

Las personas mayores se han convertido en uno de los colectivos más numerosos de nuestro país, con una tendencia al alza, y por tanto se definen

como un grupo de trabajo muy relevante para los profesionales sociosanitarios. Sin embargo, los estereotipos imperantes en torno a esta etapa evolutiva no reflejan la heterogeneidad que define a los ancianos y ancianas, sino que más bien los señala como personas enfermas, pasivas e incapaces. De este modo, la atención de la investigación y de las intervenciones tradicionalmente se ha centrado en estudiar y atender a los ancianos muy mayores dependientes. No obstante, la mayoría de las personas que alcanzan los 65 años se caracterizan por ser mayores no dependientes, activos, y por una alta motivación hacia el aprendizaje. Es por ello que tiene sentido trabajar con ambos colectivos puesto que, tal como señala acertadamente Fernández-Ballesteros (2009: 23), “la enfermedad se puede prevenir, y el envejecimiento saludable y activo se puede promocionar”. El modelo de déficit que ha imperado hasta hace poco ha provocado que no se apoye a los mayores en el fomento de las fortalezas que presentan. Sin embargo, cada vez hay más acuerdo en la importancia de centrar el trabajo con mayores en la promoción y consolidación de las capacidades de los ancianos y ancianas. Así, hoy día nos podemos encontrar con múltiples recursos y líneas de trabajo disponibles, entre las que destaca la arteterapia.

La arteterapia es un tipo de intervención interesante para las dos realidades de la vejez mencionadas. Hasta ahora esta modalidad de trabajo, dentro del marco de intervención con mayores centrado en los aspectos negativos y patológicos del ser humano, se ha dirigido a personas dependientes, con diversos síntomas geriátricos como la demencia. No obstante, las técnicas e intervenciones que caracterizan a este recurso pueden ponerse al servicio del fomento y la promoción de la persona mayor sana, puesto que la arteterapia se nutre de la creatividad, los afectos, la motivación y las sensaciones que fluyen desde el sujeto. En ambos casos, la intervención a través de la arteterapia debe enmarcarse dentro de la sistematicidad que debe caracterizar una intervención planificada y estructurada. La presencia de una evaluación previa de necesidades y fortalezas de los usuarios, la planificación de contenidos y actividades ligados a los objetivos de intervención y una evaluación rigurosa de la experiencia debe ser la tónica imperante a la hora de fomentar el positivo desarrollo de las personas mayores. Finalmente, la arteterapia puede acompañar de manera coordinada a otras intervenciones que los ancianos y ancianas puedan recibir, apoyando así un trabajo integral y multidisciplinar.

Referencias

- Abades, M. y Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151-155.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ªed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M. y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38, 323-326.
- Barroso, J., Correia, R. y Nieto, A. (2009). Neuropsicología del envejecimiento. En P. J. Castañeda (coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 77-88). Madrid: Pirámide.
- Carstensen, L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123.
- EUROSTATS (2013). *Healthy Life Years and Life Expectancy at Age 65* (consultados el 1/09/2015). Recuperados de <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). Geropsychology: An applied field for the 21st century. *European Psychologist*, 11(4), 312-323.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). La psicogerontología, una nueva disciplina de la psicología aplicada. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp. 19-33). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., y Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp. 35-96). Madrid: Pirámide.
- Fiske, S. T., & Tablante, C. B. (2014). Stereotyping: Processes and content. In E. Borgida & J. A. Bargh (eds.), *APA Handbook of Personality and Social Psychology (vol.1): Attitudes and Social Cognition* (pp. 457-507). Washington, DC: APA.
- Hummer, M. L. (2011). Age stereotypes and aging. In K. W. Schaie & S. L. Willis (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging, 7th edition* (pp. 249-262). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.

- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. (consultada el 01/09/2015). Recuperada de <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2015a). *INEBASE (Cifras de población y Proyecciones de población)* (consultados el 1/09/2015). Recuperado de <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2015b). *Mujeres y hombres en España* (consultado el 1/09/2015). Recuperado de <http://www.ine.es>.
- Lázaro, M. (2009). Síndromes geriátricos. En P. J. Castañeda (coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 27-36). Madrid: Pirámide.
- López, M. D. (2009). El asesoramiento psicogerontológico. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp. 97-113). Madrid: Pirámide.
- Losada, A. y Álvarez, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología*, 1(1), 48-62.
- Pérez, M. S. (2013). Evaluación de un programa de arteterapia en atención geriátrica. En Esteban, A. y Garrido M. R. (coords.), *Arteterapia en el ámbito de la Salud Mental* (pp. 199-229). Sevilla: Asanart.
- Riquelme, A., Buendía, J. y López, A. I. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288- 292.
- Sarasa, E. (2008). *Terapia ocupacional y enfermedad de Alzheimer*. Zaragoza: Mira Editores, S.A.
- Urbina, J. R., Flores, J. M., García, M. P., Torres, L. y Torrubias R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.
- Villar, F. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez (dirs.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-181). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Villar, F. (2006). Inteligencia y sabiduría. En C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 141-168). Madrid: Alianza.
- Villar, F. (2011). La psicología del envejecimiento. Entre el declive y el éxito. En S. Pinazo (dir.), *Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social* (pp. 135-156). Valencia: Universitat de València.
- Villar, F. y Solé, C. (2006). Intervención psicoeducativa con personas mayores. En C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 423-450). Madrid: Alianza.

- Windblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L. Wahlund, L. O. et al. (2004). Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240-246.
- Vives, M. C., García-Toro, M., Armengol, S., Pérez, M., Fernández, J. y Gili, M. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Española de Psiquiatría*, 41(4), 218-226.
- Yanguas, J. y Leturia, F. J. (2006). Intervención psicosocial con personas mayores. En C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 389-421). Madrid: Alianza.