



MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

RELACIONES INTERGENERACIONALES Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ALZHEIMER EN FASE LEVE Y MODERADA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2012-2013

ESPECIALIDAD: Ámbito Cultural

Román Martínez, Raquel

Marzo

TUTOR: Jose Sixto Olivar Parra

Departamento de psicología. Facultad de Educación y Trabajo Social.

Universidad de Valladolid

"Hace falta mucho tiempo para aprender a ser joven,
lo bueno es que cuando se consigue, es para siempre."

Pablo Ruiz Picasso

Índice paginado

| | |
|---|----------------|
| Resumen | Pág. 4 |
| 1. Introducción | Pág. 5 |
| 1.1. Relación entre las competencias del máster y la investigación..... | Pág. 5 |
| 2. Estado de la cuestión | Pág. 6 |
| 2.1. Educación y museos..... | Pág. 6 |
| 2.1.1. Evolución histórica de los museos..... | Pág. 6 |
| 2.1.2. Departamentos de Educación y Acción Cultural..... | Pág. 8 |
| 2.1.3. Educación en el museo..... | Pág. 11 |
| 2.2. Alzheimer..... | Pág. 16 |
| 2.2.1. Criterios diagnósticos..... | Pág. 17 |
| 2.2.2. Deterioro cognitivo leve y moderado..... | Pág. 21 |
| 2.3. Relaciones intergeneracionales..... | Pág. 22 |
| 2.4. Características generales de los niños entre 10 y 12 años..... | Pág. 27 |
| 3. Preguntas, Objetivos e Hipótesis de Investigación | Pág. 28 |
| 3.1. Preguntas de investigación..... | Pág. 28 |
| 3.2. Objetivos de la investigación..... | Pág. 29 |
| 3.3. Hipótesis de la investigación..... | Pág. 29 |
| 4. Metodología | Pág. 29 |
| 4.1. Participantes..... | Pág. 29 |
| 4.2. Diseño..... | Pág. 30 |
| 4.3. Variables..... | Pág. 30 |
| 4.4. Instrumentos..... | Pág. 31 |
| 4.5. Propuesta de Intervención..... | Pág. 34 |
| 4.6. Análisis estadístico..... | Pág. 37 |
| Referencias Bibliográficas | Pág. 38 |

Resumen

Pese a la extensa investigación realizada en torno a la figura del cuidador principal de personas con Alzheimer, se ha relegado a un segundo plano la relación que tiene el abuelo con demencia con sus nietos, especialmente en edad infantil. Se han realizado más estudios con adolescentes. En cambio, es ampliamente estudiado el vínculo entre los nietos y sus abuelos que no sufren demencia. La revisión de la literatura es optimista al respecto del trabajo intergeneracional con estos colectivos y el museo contemporáneo nos da la oportunidad del mismo desde la educación no formal. El nexo común es el trabajo a través de la educación artística. Este proyecto de investigación propone un diseño cuasi-experimental con medidas pre-test y post-test de instrumentos normalizados. El objetivo principal de la investigación es evaluar los efectos cognoscitivos y emocionales obtenidos tras la aplicación del programa “Con mi nieto en el museo” en 20 personas con Alzheimer en estadio leve o moderado y uno de sus nietos cuya edad esté comprendida entre 10 y 12 años. No existe grupo de control.

Palabras clave: Educación artística para la inclusión social, Alzheimer, abuelo/a, nieto/a, intergeneracional, museo.

Summary: Despite extensive research conducted around the figure of the primary caregiver of people with Alzheimer's disease (AD), the relationship that a grandparent with dementia has with his/her grandchildren, especially in childhood, is relegated to the background. More studies have been undertaken with adolescents. On the contrary, the bond between grandchildren and grandparents who do not suffer dementia is widely studied. The review of literature is optimistic about intergenerational work with these groups and the contemporary museum gives us this opportunity from non-formal education. The common link is work through artistic education. This research project proposes a quasi-experimental design with pretest and post-test measures of standardized instruments. The main objective of the research is to evaluate the cognitive and emotional effects obtained after the application of the program “With my grandchild in the museum” for 20 persons suffering from Alzheimer's disease in mild or moderate states each with a grandchild aged between 10-12 years old. There is no control group.

1. INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación se encuadra dentro de la Modalidad 1 del trabajo fin de máster (TFM) del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Con él, se pretende plantear una futura investigación orientada a realizar mis estudios de doctorado.

Antes de continuar, me gustaría aclarar que durante la redacción de este trabajo se ha utilizado el género masculino genérico para referirse tanto a hombres como a mujeres. Así, cuando se recogen términos como nieto o abuelo, nos estamos refiriendo a nietos y nietas o abuelos y abuelas. La razón principal de esto es poder agilizar la lectura.

1.1. Relación entre las competencias del máster y la investigación planteada.

El objetivo principal de este trabajo es afianzar todas las competencias planteadas desde el máster.

Gracias a este proyecto he podido alcanzar las competencias relacionadas con la investigación. Especialmente, la investigación aplicada al objeto de estudio propio del ámbito de la educación artística, a través de herramientas metodológicas específicas. Como son la capacidad de formular preguntas de investigación, de aplicar diseños metodológicos y de plantear el análisis de los datos obtenidos, todo ello en el campo de la educación artística para la inclusión social.

Esta planificación plantea la interacción entre la investigación y la práctica en búsqueda de la promoción de la inclusión social. Es decir, se propone investigar los efectos que tiene para personas con Alzheimer participar en un programa práctico realizado en el contexto de un museo de arte contemporáneo. Por tanto, se contempla el trabajo de un grupo en riesgo de inclusión social en un contexto cultural a través de la educación no formal.

En este trabajo tiene especial relevancia la revisión de diversas fuentes para conocer las características y realidad social del colectivo en cuestión, elaborar los objetivos de investigación y plantear la metodología adecuada.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN:

Para recoger todos los aspectos que se contemplarán durante la investigación se ha realizado una revisión bibliográfica de los siguientes temas: Educación en museos, Alzheimer, relaciones intergeneracionales y características generales de los niños entre 10 y 12 años.

2. 1. Educación y Museos

Para comenzar es de obligatoriedad definir museo. Según el Consejo Internacional de Museos, ICOM, "Un museo es una institución permanente, sin fines de lucro, al servicio de la sociedad y abierta al público, que adquiere, conserva, estudia, expone y difunde el patrimonio material e inmaterial de la humanidad con fines de estudio, educación y recreo" 22º Conferencia general de Viena (Austria) en 2007.

2.1.1. Evolución histórica de los museos:

La historia del museo como institución es larga. Podemos encontrar sus antecedentes en la época de expansión romana en el mediterráneo (De Salas, 1980). Sin embargo, en este apartado, me referiré a una revisión histórica más contemporánea, a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Los cambios en los museos a partir de este acontecimiento mundial según Marcuse (1973), vienen dados por dos factores:

- Nueva actitud social hacia los museos, ahora considerados como instituciones que deben ser accesibles, comprensibles, apreciadas y disfrutadas por toda la población.
- Aparición de público nuevo, con nuevas opiniones y de nuevas procedencias, que es un producto del desarrollo político, social y económico que se produce tras la reconstrucción y expansión.

La educación se convirtió en motivo de preocupación y objeto de estudio por parte de muchos profesionales del museo, así como de otros profesionales de instituciones sociales y culturales que, durante esta época, evidenciaron un creciente interés hacia las cuestiones educativas.

Podemos hablar de dos logros principales en esa época (Pastor, 2011: 31):

- El cambio de una política museística centrada en el objeto a una política centrada en el público, que se traduce en una atención preferente al montaje de exposiciones comprensibles, adoptando unos criterios didácticos y no exclusivamente estéticos.
- El incremento notable de la oferta educativa proporcionada a través de servicios educativos a los visitantes y la intensificación de los aspectos vinculados a la publicidad y a las relaciones públicas (Wengen, 1982-1983)

La suma de estos dos logros marcará el futuro de la pedagogía museística como hoy la conocemos, dentro de la educación no formal (Pastor, 1999). Más adelante, dentro de esta revisión bibliográfica, retomaré la educación no formal en el museo.

El primer impulso en España hacia la institución museística lo encontramos en la Ley General de Educación de 1970, en su artículo 12, apartado 3, que contemplaba que las bibliotecas, archivos y museos tuvieran el acceso gratuito. Este hecho hace accesible el museo dando el primer paso hacia la integración social en los mismos.

Hay que tener en cuenta que, en esos años, en nuestro país, tan sólo se iniciaban los primeros intentos de pedagogía museística. En otros países (especialmente anglosajones), la tradición educativa se remontaba a comienzos del siglo XX e, incluso al s. XIX (Pastor, 1992).

La evolución que ha seguido la institución museística está relacionada con la transformación de sus objetivos y concepción filosófica. Ha evolucionado desde el museo tradicional, cuyas funciones principales eran la adquisitiva, la investigadora y la expositiva; pasando por los museos modernos, cuya finalidad es la expositiva, comunicativa y difusora; hasta los postmuseos, cuyas funciones son la social, la educativa y la interpretativa (Calaf, Fontal y Valle, 2007; Díaz, 1994; Hooper-Greenhill, 2000; Juanola y Colomer, 2005 y Pastor, 2011).

Es decir, partimos del museo contenedor para pasar al museo comunicador, hasta aproximarnos al museo educador, en el que se incorpora la intencionalidad y sistematización de la acción educativa, propias del ámbito no formal de la educación, y que abarcaría funciones de mediación, didáctica y educación (Calaf, Fontal y Valle, 2007).

Este trabajo de investigación se puede realizar gracias a que los museos han asumido su función social y se consideran a sí mismo como agentes educadores.

Así, estamos hablando de un museo socializador y educador. Socializador en cuanto y en tanto cumple un papel dinamizador e integrador de diferentes colectivos sociales (Calaf, Fontal y Valle, 2007). Su papel educador está íntimamente relacionado con la educación crítica. Los museos son generadores de conocimiento que reivindican el poder productor de los visitantes y organizan exposiciones y programas que integran distintas voces, más allá de los profesionales del museo (Padró, 2005). Podemos entender el museo como vínculo educativo para la inclusión social (Juanola, Calbó y Vallès, 2005).

2.1.2. Departamentos de Educación y Acción Cultural (DEAC):

La relación educación-museos es bastante próxima a nuestro tiempo. El primer país en incorporar proyectos educativos en los museos fue en Estados Unidos en los años 20 y 30. Se considera que este hecho se debe al carácter privado de la mayoría de ellos, ya que estos observaron que este tipo de proyectos pedagógicos atraían a mayor y más variado público.

La educación museística se relaciona con la necesidad de acercar y hacer accesible el museo a los diferentes públicos. El museo se esforzará en hacer atractivo y accesible a todo el mundo las nociones de una ciencia infinitamente compleja (Rivière, 1993).

La educación en los museos empieza a cobrar importancia a mediados del siglo pasado junto con la difusión y la comunicación, conformando la visión actual que hoy tenemos de estas instituciones. En 1963 se creó la Comisión Internacional para la Educación y la Acción Cultural (CECA) en el marco del ICOM donde tienen cabida profesionales como: museólogos, maestros, pedagogos, psicólogos, artistas, etc. y promueve reuniones y conferencias para debatir temas sobre la educación en el museo (Pastor, 2011).

En ese momento existía, a su vez, una revolución en la educación con la aparición de la Escuela Nueva (finales de los 70') (García, 2005 y Pastor, 2011). Los rasgos principales de esta escuela educativa eran las fuentes de información diferentes a las tradicionales, estar en contacto con la realidad de la que se hablaba en los libros y el aprendizaje a través del descubrimiento por uno mismo de los conocimientos (Montañés, 2001). Se redactaron guías didácticas para descubrir ciudades, pueblos y naturaleza. El museo se convertía en un nuevo espacio

potencial como recurso didáctico por lo que se comenzaron a realizar visitas dentro del curso escolar y actividades en el propio museo.

Por su parte, el museo variaba su concepto y trataba de aproximar los fondos al público general y dentro de este, al escolar. Los museos dejaron de ser almacenes organizados y pasan a tratar de exponer con criterios de unidad temática, temporal o funcional, eligiendo piezas y sacrificando a veces el número a la calidad y el espacio disponible (Montañés, 2001).

Un informe británico sobre los museos provinciales (Department of Education and Science, 1973) ponía especial atención en el estatus de los departamentos de educación y afirmaba que debían tener paridad con los otros departamentos del museo.

En sus estatutos, el ICOM (adoptados por la 11ª Asamblea General, Copenhague, Dinamarca, 14 de junio de 1974) aconsejó que la educación y la comunicación debían incorporarse a los museos y recomendó la creación de departamentos de educación y acción cultural (DEAC). El objetivo principal de estos era la ampliación de la pluralidad de los públicos y acercar los fondos a los alumnos de forma comprensible.

En España hubo que esperar hasta la década de los 80 para la creación de los primeros departamentos de educación. Destacan el Museo Arqueológico de Álava, los museos municipales de Barcelona, el Museo de Zaragoza, el de Tarragona y el Museo Arqueológico Nacional.

En la misma década comienzan a celebrarse las Jornadas de los Departamentos de Educación y Acción Cultural (DEAC). Esto manifestó la necesidad de crear departamentos encargados específicamente de trabajos cuyo destinatario no era un colectivo especializado en arte, sino el público en general. Estas jornadas son punto de encuentro para profesionales de distintos museos, desde los que se aborda la problemática que genera la actividad de estos departamentos al comentar casos prácticos. Poco a poco, se fueron creando departamentos en todos los museos y pudieron ir concretando actividades para distintos tipos de público, atendiendo a diversos criterios: edad, nacionalidad, nivel cultural, etc.

García (1978: 6) afirma que “la función de tales departamentos es la de divulgar el contenido cultural del fondo del museo, adaptándolo a las necesidades

según la edad y los intereses de los visitantes, sin que por ello se vea degradada la información”. De este modo, ya estamos hablando de educación artística para la inclusión social. Una de las tareas fundamentales del departamento consistirá en la organización constante de cursillos y conferencias, dentro y fuera del museo, así como la elaboración de material didáctico.

Las “Primeras Jornadas de Difusión de Museos” (Barcelona) recogen las necesidades de crear servicios de pedagogía en los museos o zonas museísticas, además, el reconocimiento o institucionalización de las que ya funcionaban, dotándolas de personal y presupuesto (Montañés, 2001). Las II Jornadas (Zaragoza, 1981) recogen en sus comunicaciones el interés de los museos por acercar los contenidos a los alumnos y al público con ponencias como “Problemas de difusión en los museos”, “Repercusión de los montajes en la labor educativa”, “Aprender en el museo” o “Una experiencia educativa” (Montañés, 2001).

No obstante, seguía existiendo controversia entre los conservadores que no querían que los niños usaran el museo y sus recursos como parte de su sistema de aprendizaje. Sin embargo, se dieron cuenta de que los alumnos que visitan estos espacios serán asiduos a los mismos y las experiencias educativas se sucedieron. Este hecho está íntimamente relacionado con la promoción desde los museos de la educación patrimonial. Los sujetos que participan activamente en las actividades pasan a considerar el museo y su contenido como propio, como patrimonio personal y cultural.

En las “III Jornadas de Difusión de Museos” (Bilbao, 1983) se presentaron diferentes experiencias educativas. Estos proyectos crecieron en número y se diversificaron, apareciendo material didáctico. Las conclusiones de las jornadas recogen asumir la educación y la difusión cultural como una de las funciones básicas del museo, para conseguir el hecho cultural llegue a toda la sociedad y se propone, a fin de posibilitar la interacción museo-sociedad, se establecerán los canales de participación necesarios a las entidades e instituciones sociales y culturales.

En las siguientes jornadas (Madrid, 1985) se llegó a una denominación común para los departamentos: Departamentos de Educación y Acción Cultural (DEAC). Este nombre coincide con el usado por el Consejo Internacional de Museos (ICOM) (Geshe-Konihg, 1998). Estos departamentos obtienen un respaldo legal en la Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español (BOE del 29 de junio de

1985), que se hace eco de la definición del ICOM y especifica que “son museos las instituciones de carácter permanente que adquieren, conservan, investigan, comunican y exhiben para fines de estudio, educación y contemplación conjuntos y colecciones de valor histórico, artístico, científico y técnico o de cualquier otra naturaleza cultural” (art. 59.3). Ambas coinciden en hacer una definición de lo que entendemos como patrimonio o bienes culturales, en enumerar una serie de funciones de los museos y en señalar que la finalidad última de estos centros es el ofrecimiento al público de los resultados obtenidos.

El reconocimiento pleno lo obtienen el 4 de agosto de 1985. Se hizo pública, a través del BOE, la oferta para cubrir una plaza en el gabinete pedagógico del Museo de Bellas Artes de Bilbao.

Un paso más se dio con la creación de un área de Difusión como área básica de los museos de titularidad estatal, recogida en el Reglamento de Museos de Titularidad Estatal y del Sistema Español de Museos, aprobado por Real Decreto 620/1987, de 10 de abril (BOE del 13 de mayo):

“El área de difusión atenderá todos los aspectos relativos a la exhibición y montaje de los fondos en condiciones que permitan el logro de los objetivos de comunicación, contemplación y educación encomendados al Museo. Su actividad tendrá por finalidad el acercamiento del Museo a la sociedad mediante métodos didácticos de exposición, la aplicación de técnicas de comunicación y la organización de actividades complementarias tendentes a estos fines” (art. 19).

En las XVI Jornada Estatal DEAC Museos se justifica la existencia de los DEAC al tomar conciencia del elemento del espectador en el contexto del museo y la demanda de este que va en consonancia con la sociedad, cada vez más dinámica, compleja y exigente,

2.1.3. La educación en el museo:

En el año 2000 MacKay enunció los siguientes propósitos dentro de la institución museográfica (Mackay, 2000: 22):

- Los museos juegan un papel vital en la promoción del bienestar educativo.
- Los servicios del museo deberían enfocarse tanto hacia las necesidades de los actuales usuarios como de los potenciales.
- Los servicios deberían promover la inclusión física y social, así como la diversidad cultural.
- El trabajo conjunto y la cooperación con otras instituciones son componentes esenciales del éxito de las empresas y proyectos que se planteen.

Esto se traduce en la persona como centro del trabajo de los museos, con el objetivo de la integración social utilizando, como herramienta la educación artística.

Más tarde Pastor (2001) concretó los servicios de educación de los museos:

- La formación y constante perfeccionamiento en materia educativa de los miembros de los servicios de educación museística.
- La necesaria colaboración interna en el seno del propio museo, en una línea de trabajo interdisciplinar y multiprofesional.
- En cuanto a la programación de las actividades didácticas, avanzar en el sentido de dar un servicio lo más personalizado posible, elaborando diversidad de programas y adaptando los existentes a las necesidades y expectativas de los distintos grupos de visitantes, algo que exige una selección suficientemente amplia de actividades algo que exige una selección suficientemente amplia de actividades y temas para responder adecuadamente a la demanda del público.

La efectividad pedagógica de los centros culturales vendrá determinada por las condiciones de (Alonso, 1999):

- Respeto a los modos y formas culturales de cualquier comunidad.
- Sensibilización previa del público al que se dirige la experiencia del museo.
- Posibilita que sea el público el que decida cómo el museo se relaciona con su comunidad y no tanto los técnicos y especialistas.

A estos principios me gustaría añadir:

- Conexión entre el museo y el contexto.

La educación en los museos se caracteriza por incluirse dentro del ámbito no formal, promover la educación permanente y trabajar con la educación artística.

a) Incluirse dentro del ámbito no formal.

La educación no formal es definida por primera vez como “cualquier actividad educativa organizada fuera del sistema formal establecido que se dirige a unos destinatarios identificables y tiene unos objetivos de aprendizaje definidos” (Coombs, Prosser y Ahmed, 1973: 11).

Una definición más completa la encontramos en Pastor (2011: 541):

Todo proceso educativo diferenciado de otros procesos, organizado, sistemático, planificado específicamente en función de unos objetivos educativos determinados, llevado a cabo por

grupos, personas o identidades identificables y reconocidos, que no forme parte integrante del sistema educativo legalmente establecido y que, aunque esté de algún modo relacionado con él, no otorgue directamente ninguno de sus grados o titulaciones.

Entre las finalidades de los programas de educación no formal podemos encontrar:

1. El conocimiento y la comprensión del valor del patrimonio cultural.
2. La formación integrada para un uso más enriquecedor creativo diversificado y autónomo del tiempo libre.
3. La formación artístico-creativa y artesanal.
4. La formación relacionada con la vida social.

La educación no formal responde a necesidades educativas orientadas al desarrollo social y cultural.

b) Promover la educación permanente.

Debemos entender la institución museística como una organización dinámica y multicultural a favor de la educación permanente dentro de la sociedad (Colom y Orte, 2001).

El principal promotor de la educación permanente es el informe de la Unesco elaborado por Delors, según el cual, la educación a lo largo de la vida tiene una dimensión pluridisciplinar, basada en los pilares de aprender a hacer, aprender a conocer, aprender a ser y aprender a convivir (Delors, 1996).

Faure (1973) popularizó el término educación permanente entendida como:

- “Una finalidad a la que debe aspirar todo proceso educativo” (1972: 38)
- “Proceso global y permanente al que todo individuo tiene derecho” (1972: 265)

Moody (1976) caracterizó a la educación para toda la vida, de naturaleza permanente y continua, sin barreras temporales, ni siquiera espaciales.

En cuanto al concepto de gerontología educativa, podemos definirla como una educación que, partiendo del conocimiento de la problemática del colectivo de mayores, contribuya a promover sus potencialidades, mejorar su calidad de vida y aumentar sus niveles de autoestima e integración y participación comunitaria en una sociedad que tiene una concepción negativa de la vejez. Dicha educación debería incidir en el resto de colectivos sociales para cambiar dichas imágenes negativas

(Pastor, 2011). Por eso se considera adecuado investigar en torno a las relaciones intergeneracionales.

La incorporación de estos conceptos viene producida por el progresivo envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza y calidad de vida que ha hecho aumentar las demandas educativas de los mayores, la mayor preocupación por la calidad de vida y por el aspecto personal.

Las personas mayores demandan oportunidades, bienes y servicios, no solo de índole económica y social, sino también de carácter cultural y educativo. La educación para la utilización creativa y enriquecedora a todos los niveles del tiempo de ocio de los mayores debe ser una prioridad fundamental en nuestra sociedad (Midwinter, 1995).

La relación entre la salud mental y física de los mayores y el disfrute de una educación para el ocio tendente a potenciar sus habilidades, establecer contactos sociales, fomentar sus capacidades de autonomía personal y tomar conciencia de la propia valía para consigo mismos y para con los demás, tanto con los de su propia generación como con las restantes, ha quedado claramente establecido en los estudios de Coleman y Iso-Ahola, 1993 y Kelly y Freysinger 2000 (Pastor, 2011).

Históricamente, la oferta educativa en museos para personas mayores comenzó en Estados Unidos y Canadá, a partir de la década de los 70, a raíz de la promulgación de la Rehabilitation Act de 1973 que favoreció la accesibilidad para los discapacitados, incluyendo los mayores con problemas físicos (Strand, 1992). Titmuss (1969-1970) aseguraba la existencia de una relación de subordinación de las personas mayores con respecto a los demás grupos sociales y, consecuentemente, una situación de marginación social.

A mediados de los 80' se produce un aumento significativo de las actividades educativas para mayores en los museos tras la publicación del informe The Arts and Older Americans (USS Congress, 1980). En la década de los 90' se publicaron la Americans With Disabilities Act de 1990 (Strand, 1992) y la edición por parte de la Asociación Americana de museos de The Accessible Museum (Strand, 1992) donde se presentaban diversos programas modélicos de trabajo con visitantes mayores. Por tanto, se puede vincular la educación permanente a lo largo de la vida a las funciones educativas de los museos.

Desde la educación permanente y, especialmente en el contexto de un museo, se hace necesario ofrecer a los mayores la oportunidad de compartir y enseñar a otras personas, de su misma edad o de otras edades, las habilidades que han ido acumulando a lo largo de su vida (Jones, 1976).

Midwinter (1995) afirma que dichas instituciones han de aprovecharse del tiempo extra de los mayores en la planificación de su oferta educativa. Mantiene que se ha de superar la tradicional asociación entre personas mayores y falta de dinero, enfermedad, problemas sociales, etc. ya que la tercera edad equivale a ocio.

Es preciso que se les ofrezca una programación educativa diferenciada, en función no sólo de sus posibles dificultades físicas, sino también, de sus necesidades psicológicas y sociales (Pastor, 2011). Necesidades como: mantener una identidad propia, sentirse útiles socialmente, romper con los estereotipos culturales de signo negativo (Aranguren, 1991), mantenerse física y mentalmente, relacionarse con los demás, etc.

Cada vez se van extendiendo más los museos con programación específica para personas con Alzheimer: The Museum of Modern Art (MoMA) de Nueva York, Museo de arte Contemporáneo Unión FENOSA (MACUF), Kreeger en Washington D.C, Museo Etnológico Ribadavia, etc. Es especialmente interesante para esta revisión, el proyecto del Metropolitan Museum of Art (MET) por involucrar en el mismo a los familiares. El Museo de Bellas Artes de Murcia y el Patio Herreriano de Valladolid incorporan las relaciones intergeneracionales con universitarios en sus respectivos proyectos. Es necesario promover programas intergeneracionales para abuelos y nietos, para familias para adultos jóvenes y mayores basados en el intercambio de experiencias, informaciones, puntos de vista, etc. (Pastor, 2011).

c) Trabajar con la educación artística.

Los museos trabajan con la educación artística entendiendo que desarrolla la autoexpresión, la sensibilidad, la empatía y la comprensión de las emociones (Tamminiem, 2006). Throsby y Ginsburg (2006) afirman que la educación artística mejora incluso aspectos económicos.

Las capacidades que intervienen en el proceso artístico y que se trabajan a través de la educación artística son la capacidad perceptual, cognitiva y psicosocial (Moody, 1992).

Piñero (2002) trabaja con obras de arte para el desarrollo de las habilidades cognitivas ya que el pensamiento estético opera en un nivel cognitivo que incluye la crítica y la creatividad.

A su vez, en la XXX Conferencia General de la Unesco se consideró que la educación artística (Calaf, Fontal y Valle, 2007: 64):

- Contribuye al desarrollo de su personalidad, en lo emocional, y en lo cognitivo.
- Tiene una influencia positiva en su desarrollo general, en el académico y en el personal.
- Inspira el potencial creativo y fortalece la adquisición de conocimientos.
- Estimula las capacidades de imaginación, la expresión oral, la habilidad manual, la concentración, la memoria, el interés personal por los otros, etc.
- Incide en el fortalecimiento de la conciencia de uno mismo y de su propia identidad.
- Dota de instrumentos de comunicación y autoexpresión.
- Contribuye a la formación de audiencias de calidad favoreciendo el respeto intercultural.

Actualmente, la educación artística, en el contexto del arte contemporáneo, nos permite estudiar un invento, una teoría, una tendencia, etc., casi en el mismo tiempo real en el que se está produciendo (Pastor, 2011). La producción creativa contemporánea debería ser una terapia de autoexpresión; un medio de desarrollo de la identidad cultural (Freedman, 2006).

2.2. El Alzheimer

El número de personas mayores ha aumentado de 46 a 69 millones en las tres últimas décadas en la Comunidad Europea y se espera un crecimiento mayor a los 80 millones de personas en el 2020. En España, la población mayor a 65 años es de 7,2 millones y esta sufriendo un aumento superior al 6% en los últimos años. Estos datos reflejan que es el país más longevo de Europa con una alta progresión en el número de personas que situará al país en el año 2050 como el segundo más longevo del mundo detrás de Japón (Mayán y Fernández, 2008).

Se ha aumentado la esperanza de vida, los casos de octogenarios han aumentado un 53% en la última década frente al 9% de la población (Mayán y Fernández, 2008). Visto de otro modo, mientras la población total se ha doblado, el número de mayores se ha multiplicado por siete.

Este envejecimiento de la población produce un incremento notable de deterioro progresivo que afecta a las capacidades cognitivas y a la aparición de

ciertos déficits, problemas para recordar algunos detalles, nombres, recados, etc. Esto les preocupa de gran modo e influye en el desarrollo de su calidad de vida. El envejecimiento está asociado a pérdida cognitiva en diversas áreas, que influyen en la fluidez intelectual, los procesos de atención, la capacidad visoespacial y ciertas formas de razonamiento abstracto y de resolución de problemas.

Por tanto, el envejecimiento, en cuanto a proceso biológico, puede ser definido como todas las causas irreversibles dependientes del tiempo, que llevan una pérdida progresiva de la capacidad funcional (la pérdida de la función respiratoria, de la función visual, etc.) después de madurez. Estos cambios degenerativos son intrínsecos al cuerpo, no son inducidos por el ambiente externo y suceden en un patrón que es característico de cada especie (Moody, 1998).

Este aumento de población envejecida se traduce en un crecimiento del número de personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, ya que el principal factor de riesgo para padecerla es la edad.

El Alzheimer es un proceso neurodegenerativo irreversible del sistema nervioso central caracterizado por una muerte neuronal progresiva en ciertas zonas del cerebro de etiología desconocida y cuya consecuencia son alteraciones en el carácter, cognición, conducta y personalidad y, por tanto, provoca un grave deterioro de la vida social, laboral y cotidiana de la persona afectada. Se trata de la demencia más común que afecta a 15 millones de personas en todo el mundo. Su prevalencia aumenta exponencialmente con la edad, de esta forma el porcentaje estimado para una edad poblacional de 65 a 69 años (en torno al 1%), se incrementaría de manera exponencial a un 40-50% para una edad de 95 años (Nussbaum y Ellis, 2003).

2.2.1 Criterios diagnósticos:

En el Cuadro 1 se presentan los criterios diagnósticos de esta enfermedad, publicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) publicado por la American Psychiatric Association (2002: 179-180), por considerar que son los más extendidos:

Cuadro 1**A. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por**

A.1. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y

A.2. una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia
- Apraxia
- Agnosia
- Alteración de funciones ejecutivas

B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.

C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.

D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:

D.1 Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).

D.2 Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ej. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)

D.3 Intoxicaciones

E. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.

F. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar

Cuadro 1: Criterios diagnósticos. DSM-IV-TR APA (2002: 179-180).

Deví (2012) analiza diferentes sistemas de clasificación, los cuales coinciden en dividir el cuadro en dos grupos sintomáticos diferentes. Por un lado, los síntomas cognitivos (deterioro de la memoria, afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones ejecutivas) y por otro lado la pérdida de la capacidad funcional producida por dichos déficits. Deví denuncia la ausencia de otro tipo de síntomas conocidos como SPDC. En 1996 la IPA (International Psychogeriatric Association) propuso denominar "Síntomas Psicopatológicos y Conductuales de las Demencias" (SPDC) a las alteraciones de la percepción, del contenido de pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que pueden presentar pacientes con demencia (Finkel, Costa, Silva, Cohen, Miller y Sartorius, 1996).

A su vez, Deví (2012: 149) afirma que "Los SPCD deterioran las relaciones familiares y sociales del enfermo, dificultan el correcto cuidado del paciente y

empeoran la evolución natural de la enfermedad". Para desarrollar esta investigación es necesario ser consciente de esta sintomatología. Merrian (1998) indica que el 80% de las personas con Alzheimer pueden manifestar depresión y Klosweska (1998) encontró que la frecuencia de aparición de la demencia aumenta a medida que evoluciona la enfermedad hasta un GDS 4 de Reisberg y, posteriormente, disminuye a medida que agrava.

Rubin, Morris y Berg (1987) descubrieron que el 75% de personas con Alzheimer sufren cambios de personalidad relacionados con el desinterés, dejadez, desinhibición social, apatía e irritabilidad. Los SPCD influyen negativamente en el entorno del usuario pues muchas veces los cuidadores no saben como enfrentarse a ello y les resulta desagradable. Por eso creo necesario realizar esta investigación que trabaja con la familia, con los nietos, que muchas veces no se les tiene en cuenta en este difícil proceso.

Existen trabajos que demuestran que personas con Alzheimer mejoran cognitiva y funcionalmente después de un tratamiento de psicoestimulación (Baines, Saxby y Ehlert, 1987; Tárraga, 2000; Yanguas, Buiza, Etxeberria, Gadona, González, Arriola, López y Urdaneta, 2006). Se ha venido comprobando repetidamente que la demencia leve-moderada (el 75% de los casos) se puede beneficiar de otro tipo de estrategias terapéuticas en beneficio del enfermo y su familia (Tárraga, 1991). Estas son las razones principales por las que se ha planteado esta investigación para personas en estadio leve o moderado.

El enfoque terapéutico de todas estas investigaciones está orientado hacia la prevención de la progresión de la enfermedad (Winblad y Poritis, 1999). Según Fernández Ballesteros (2008) los objetivos de la rehabilitación cognitiva y conductual son mejorar la capacidad de las personas para procesar e interpretar la información dotándolas de una mejor aptitud para funcionar en la vida familiar y comunitaria.

En el inicio de la demencia tipo Alzheimer existe un grado significativo de plasticidad cerebral y reubicación cognitiva que hace evidente la capacidad de aprender de los mayores, al menos en estados iniciales de la enfermedad (Calero, Navarro, Arrendó, Berben y Robles, 2000; Fernández-Ballesteros y clbres, 2003). Debemos tener en cuenta que la plasticidad del funcionamiento cognitivo es la respuesta del cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y así restablecer el

equilibrio alterado (Gshwind, 1985). Estudios que utilizan la tomografía por emisión de positrones han encontrado que las personas con Alzheimer tienen mayor activación que las personas sin demencia en las áreas cerebrales relacionadas con las tareas mnésicas y en los lóbulos centrales (Becker, Mintum, Aleva, Wiseman, Nichols y DeKosky, 1996; Herbster, Nichols, Wiseman, Mintum, DeKosky y Becker, 1996). Otros estudios (Dekosky y Scheff, 1990) comprobaron, a través de las biopsias, en estadios leves y moderados, un incremento de las conexiones sinápticas.

Es esencial establecer programas de apoyo y programas psico-educativos precoces dirigidos a los familiares y las personas afectadas por Alzheimer con el objetivo de disminuir el malestar emocional que comporta un diagnóstico de demencia y otros posibles trastornos que se derivan del mismo (Zunzunegui, del Ser, Rodríguez, García, Domingo y Otero, 2003). Es en este punto donde se quiere incidir especialmente durante la investigación, involucrando a los familiares y dando un papel activo a los niños, investigando los efectos que tiene un programa intergeneracional.

Una de las conclusiones a las que ha llegado un grupo de neurólogos, geriatras y psiquiatras de distintos centros públicos de España (Madrid y Barcelona) y Estados Unidos (NY), en un estudio dirigido por la Fundación María Wolf realizado con 84 pacientes en los estadios 3, 4 y 5 de la escala de Reisberg (Reisberg, 1982) (que equivalen al deterioro cognitivo ligero, a la demencia ligera y a la primera fase de la demencia moderada) para valorar los efectos de la estimulación cognitiva y motora en los pacientes con Alzheimer, es que deben recibir en fases iniciales, estimulación cognitiva y motora como terapia de primera línea.

De los 84 pacientes incluidos en este estudio, 44 fueron seleccionados por sorteo para participar en un programa de estimulación cognitiva y motora que se realizaría en dos sesiones semanales de 3,5 horas de duración cada una.

Los resultados del estudio mostraron que al cabo de un año, los pacientes que habían acudido a las sesiones de estimulación cognitiva y motora, presentaban una situación afectiva más positiva (Calero, *et al.* 2000).

Esta investigación hace referencia a las “terapias no farmacológicas” (TNF) que se traduce en la intervención no química, estructurada y replicable que, sobre

una justificación teórica, proporciona un beneficio al paciente o cuidador. No obstante, no se rechazan los tratamientos farmacológicos, simplemente, se derivan al personal cualificado (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.).

Las actividades están basadas en el uso directo o indirecto de los procesos de aprendizaje, el manejo de las implicaciones psico-afectivas para mantener nuestras capacidades mentales, y la preservación de las capacidades de comunicación (García y Carro, 2011). Son actividades cognitivas tales como leer, escribir, participar en grupos de discusión, realizar juegos de mesa, tocar un instrumento musical o hacer puzzles y crucigramas. Son de los pocos elementos que parecen disminuir el riesgo de demencia y paliar el rápido desarrollo de la enfermedad (Verghese, Lipton, Katz, Hall, Derby, Kuslansky, Ambrose, Sliwinski y Buschke, 2003). Diversos estudios demuestran que jugar al dominó y las cartas es equivalente a la lectura.

Estas técnicas tienen como soporte terapéutico básico la comunicación a través de los diferentes órganos sensoriales con nuestro proceso cognitivo: Lenguaje, sensaciones visuales, auditivas, motoras, táctiles, olfativas; estímulos internos de la memoria semántica, olfativa, auditiva, etc. además de las relaciones sociales, emocionales y motivacionales (García y Carro, 2011). A tal efecto, se ve engrandecida la labor del Arteterapia y la educación artística para la inclusión social, cuestión a corroborar en esta investigación.

2.2.2. Alzheimer, deterioro cognitivo leve y moderado:

Esta investigación está planteada para realizarse con personas que sufren Alzheimer y otras demencias en un estadio leve o moderado correspondiente al nivel 3 y 4 respectivamente de la Escala de Deterioro Global (GDS) (Reisberg y cols, 1982). Los primeros defectos cognitivos claros aparecen en el GDS 3. El GDS 4 se caracteriza por defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa.

Debemos tener en cuenta que la progresión de la enfermedad es heterogénea, no afecta del mismo modo a todas las personas. Los sujetos con mayor capacidad cognitiva natural y adquirida (cociente intelectual, cultura, estudios académicos, participación en actividades intelectuales y de esparcimiento como juegos de mesa, baile, etc.) presentan la enfermedad más tarde que los sujetos con menor reserva

cognitiva, a igual cantidad de lesiones histopatológicas (Martínez, 2009). Por esta razón no podemos hablar de índices de edad para su estandarización.

La reserva cognitiva es el intento del cerebro para compensar activamente la histopatología. Además, estas personas son capaces de “tapar” durante más tiempo las primeras deficiencias cognitivas del proceso, (buscando sinónimos, palabras comodín, etc.).

En este rango específico (GDS 3 y GDS 4) nos encontramos a muchas personas que hace poco que se les ha comunicado el diagnóstico. La primera reacción ante la noticia es abrumadora y deriva en una fase de negación y de rechazo del diagnóstico que puede ir acompañado de rabia. En ocasiones se tiende a buscar una segunda opinión médica que, una vez que corrobora el diagnóstico, lleva a comenzar a aceptar la realidad. Esta aceptación se hace de forma traumática con episodios depresivos que incrementan el déficit cognitivo (Martín, 2012). Acompañando esta negatividad, debemos enfrentarnos al “exceso de incapacidad” que puede definirse como un nivel de funcionamiento de la persona en el desempeño de las actividades necesarias para la vida cotidiana inferior al que puede ser explicada por sus condiciones de salud (Kahn, 1975).

Se debe tener en cuenta el gradiente temporal en la afectación de la memoria (Deví, 2012). Es decir, la dificultad de recordar acontecimientos cercanos en el tiempo (memoria episódica autobiográfica) frente a recuerdos antiguos (la memoria procedimental y la memoria semántica).

Los déficits visoespaciales y de percepción visual no son relevantes (Deví, 2012) lo que propicia el trabajo con el arte. Pueden presentar anomia (alteración de la denominación de los nombres comunes). Sin embargo, otros déficits del lenguaje se producen en fases más avanzadas como la comprensión y el lenguaje escrito (Deví, 2012).

2. 3. Relaciones intergeneracionales

El año 2012 ha sido el año europeo del envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. En las últimas décadas, la estructura familiar a sufrido cambios sustanciales. Se ha verticalizado, es decir, menor número de miembros por generación, debido al descenso de natalidad, pero más generaciones conviviendo juntas, producido por el aumento de la calidad de vida (Celdrán, 2004; González y

de la Fuente, 2009 y Rico, Serra y Viguer, 2001). Esta esperanza de vida aumenta el tiempo que una persona ejercerá el rol de abuelo (Celdrán, 2004; González y de la Fuente, 2009; Meil, 2003 y Rico, Serra y Viguer, 2001) pero, como he comentado con anterioridad, crece el riesgo de padecer algún tipo de demencia.

Las demencias no afectan sólo a la persona en cuestión sino a toda la familia (Celdrán, Trilladó y Villar, 2009). Generalmente, la familia sobrelleva las siguientes fases, una vez les han comunicado el diagnóstico (Martín, 2012):

- Negación acompañado de un sentimiento de irrealidad.
- Rechazo y búsqueda de una segunda opinión.
- Negociación, tienen un comportamiento ejemplar buscando una menor gravedad de la situación.
- Tristeza y pena por la persona afectada.
- Aceptación y búsqueda de soluciones.

Existen múltiples estudios entorno a la figura del cuidador principal, sin embargo, es más escasa la literatura dedicada a otros familiares, especialmente, los nietos (Celdrán, 2004).

Las escasas investigaciones sobre abuelos con demencia proceden, en su mayoría, del ámbito anglosajón. El primer estudio que encontramos al respecto es realizado por Creasey, Myers, Epperson y Taylor (1989). Aplicaron instrumentos psicométricos como la "Family Environment Scale" de Moos y Moos (1981) y la "Network of Relationships Inventory" de Furman y Buhrmester (1985) a un grupo de 58 nietos cuyos alumnos padecían demencia. Los resultados señalan que la relación se ve afectada negativamente por la demencia. Se reduce el contacto, las actividades de ocio y la intimidad en las interacciones.

Orel y Dupuy (2002) afirman que los nietos experimentan sentimientos gratificantes y de satisfacción al ayudar a su abuelo o al cuidador principal. Los nietos del estudio se sentían más maduros y solicitaban la involucración en las decisiones familiares implicadas en algún aspecto de su abuelo. Además, les facilita el aprendizaje de habilidades de afrontamiento:

- Conductuales: Por ejemplo, apartar al abuelo, conocer cuales son las limitaciones del abuelo para predecir su comportamiento y actuar en

consecuencia, evitación, involucración en tareas ajenas o hablar con los amigos.

- Cognitivas: Negación del pensamiento, focalizar su atención en recuerdos positivos, definir su rol de forma positiva o el uso del humor entre otros.
- Emocional: Como empatía o ideas religiosas.

Las habilidades de afrontamiento están íntimamente ligadas a la capacidad resiliente de cada persona. Trabajar la resiliencia en el ámbito familiar es una gran oportunidad porque, como afirman Werner y Smith (1983), la autoestima y la eficacia personal son promovidas, principalmente por relaciones sustentadoras.

Beach (1997) estudia adolescentes que conviven en el hogar con una persona con demencia. Destaca cuatro aspectos de esa relación:

- Aumenta la relación entre los hermanos.
- El nieto desarrolla una mayor empatía hacia las personas mayores.
- Acercamiento hacia la cuidadora principal.
- Los nietos eligen a sus amigos según el apoyo y la comprensión que les aportan.

En 1998 Foss publicó su estudio de tres grupos (abuelo sano, con problemas físicos o con problemas cognitivos) y concluyó que los nietos adolescentes cuyos abuelos tenían problemas cognitivos, percibían una pérdida significativa de la relación, del rol de confidente de su abuelo o el interés en las actividades que realizan conjuntamente. Werner y Lowenstein (2001) ratifican el anterior estudio y añaden que no observan una merma en los aspectos emocionales y simbólicos de la relación.

En un estudio realizado por George (2011) con niños de 5 a 6 años y de 11 a 14 años junto con personas con demencia moderada, se demostró que, tras 20 horas de intervención, disminuyó significativamente el nivel de estrés. No contempló mejoras significativas en el estado depresivo ni en las funciones cognitivas.

Celdrán (2004: 264) afirma que “es importante resaltar que el impacto emocional y el comportamiento posterior del nieto a la entrada de la demencia en su vida estarán influidas por una serie de factores”:

- Personales:

- Estrés del nieto: el estado de estrés pasa desapercibido por los padres y depende de las estrategias de afrontamiento de cada uno. Howard y Singleton (2001) enunciaron los siguientes factores por lo que se producía el estrés en estos casos:
 - Problemas en la interacción social debido al comportamiento imprevisible de su abuelo.
 - Sentimientos de vergüenza, frustración y culpa.
- La edad del nieto: los padres esperan que sus hijos de entre los 10 y 12 años sean más tolerantes y autosuficientes. Sus reacciones ante la demencia puede reflejarse en lloros, problemas escolares, dificultad para hacer amigos, insomnio, etc. Ayudar en el cuidado del abuelo le ayuda a desarrollar su independencia, compasión y responsabilidad.
- Factores externos:
 - Si el cuidador principal es el padre o la madre del nieto reduce la atención dedicada a él en pro de los cuidados (Howard y Singleton, 2001).
 - En ocasiones los padres apartan a los niños de lo que sucede en la familia como forma de protección y porque, en ocasiones, no saben cómo ni qué explicar a sus hijos y se sienten incómodos al hablar del tema (Richards, Buckwalter, y Crowe, 1990).

Acontece un cambio en los roles, el cuidador pasa a ser cuidado (Dellman-Jenkins y Britain, 2003). Según Celdrán “los nietos tienen un papel de cuidador invisible y no reconocido y eso hace que aumente el estrés al que están expuestos” (Celdrán, 2004: 264).

Existen multitud de estudios que analizan los factores que influyen en la relación abuelo-nieto en situaciones normativas: la edad, el sexo, el orden del nacimiento del nieto, número de hermanos del nieto y la familia de origen del abuelo (Creasey y Koblewsky, 1991; González y de la Fuente, 2009; Hoffman, 1978; Rico, Serra y Viguer, 2001; Rico, Serra, Viguer y Meléndez, 2000 y Uhkenberg y Hammil, 1998).

Kahana y Kahana (1970) señalan que la calidad de la relación abuelo-nieto y la visión del nieto de su abuelo son la base de estereotipos relacionados con el

envejecimiento y en sus actitudes sobre las personas mayores. Gázquez, Pérez-Fuentes, Fernández, González, Ruiz y Díaz (2009) tras un estudio de una muestra de 806 sujetos, concluyen que la educación es muy relevante para evitar estereotipos relacionados con la vejez.

Albuerne y Juanco (2002) realizaron una intervención intergeneracional con 45 personas mayores de 70 años y 80 niños de 5º de primaria (10-11 años), contrastaron que el programa intergeneracional ayudaba a:

- Reforzar la interacción entre ambas generaciones.
- Mejorar el sentimiento de utilidad en el mayor.
- Beneficiar la autoestima del mayor.
- Establecer lazos emocionales mutuos.
- Favorecer el aprendizaje de conocimientos a través de la interacción y la experiencia, particularmente en los niños.
- Servir de vía para el desarrollo de la transversalidad al fomentar en los escolares actitudes positivas hacia las personas mayores.

(Albuerne y Juanco 2002: 87)

González y de la Fuente (2009) recogen los beneficios de la relación abuelos-nietos:

- Ventajas que obtienen los nietos:
 - Los abuelos proporcionan una gran ayuda en épocas de crisis de la familia, configurando estabilidad en ella.
 - Contribuyen al desarrollo de la socialización del niño, le aporta ayuda emocional y financiera.
 - El cariño que reciben los nietos de sus abuelos fortalece su autoestima y autoeficacia.
 - Relación a largo plazo.
- Ventajas que obtienen los abuelos:
 - Los abuelos que se identifican en ese rol, desarrollan un sentido creciente del bienestar y de la moral.
 - Estimula su sentido de utilidad.
 - Disminuir la autoobservación centrada en las enfermedades.
 - Actualizar sus competencias y recuerdos, potenciar su memoria, sus capacidades psicomotrices y físicas.

Las relaciones vitales y significativas entre abuelos y nietos continúan a lo largo de la vida. Cuando se ha formado una relación cercana durante la infancia del niño, ésta se desarrolla y consolida a lo largo de la vida de cada uno. Según González y de la Fuente (2009: 57):

El hecho de experimentar una unión emocional positiva puede dar lugar, en las personas implicadas, al desarrollo de un sentido de la afectividad que le capacita para afrontar comportamientos de tomar riesgos, incluso para la aventura creativa a través de la vida. Todo esto puede definitivamente ensalzar y engrandecer la calidad de vida, tanto para los abuelos como para los nietos.

Me gustaría destacar el trabajo de Bergua y Sala con la publicación de “La abuela necesita besitos” (Bergua y Sala, 2010) y posteriores intervenciones en el ámbito intergeneracional entre personas con demencia y sus nietos. Actualmente mantienen activo un blog donde comentan sus experiencias: <http://abuelanecesitabesitos.blogspot.com.es/>

Para terminar esta revisión de la literatura, Jarrot y Bruno (2003) concluyeron tras su trabajo de investigación, con niños y adultos con demencia, que “los programas intergeneracionales son apropiados y efectivos para personas con demencia” (Jarrot y Bruno, 2003: 31).

2.4. Características Generales de los Niños entre 10 y 12 Años

A continuación expongo las características más relevantes para la investigación.

Se ha seleccionado este momento evolutivo considerado como "el periodo de madurez infantil" cuyo rasgo principal es la autonomía y el desarrollo intelectual. Además, la actitud de los niños en esa edad, está dirigida hacia el exterior, hacia el conocimiento del mundo. Este conocimiento se adquiere a través del grupo en el que participan de forma solidaria convirtiendo la responsabilidad en un rasgo importante.

Con relación a sus abuelos, entre los 10 y 12 años, en general, expresan distancia y ven a los abuelos en términos egocéntricos y los valoraba como compañeros de juegos prefiriendo los abuelos indulgentes.

Los niños de entre siete y ocho años de edad hasta los once o doce van adquiriendo la capacidad de generalizar, sacar conclusiones, consensuar, discutir y llegar a resultados acerca de las cuestiones o problemas que se le plantean.

Empiezan a desarrollar la habilidad para manipular las cosas mentalmente, pero esa habilidad se limita a los objetos y materiales que pueden ser explorados físicamente en el presente.

Al respecto de las actividades educativas más aceptadas, el Castle Museum de York (Ingle, 1994) realizó un estudio, concluyendo que las tareas que más les gustaban a los niños son:

- La manipulación de los objetos
- Las actividades relacionadas con disfrazarse, simular ser un personaje, hacer una dramatización, etc.
- Participación activa.

3. PREGUNTAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Preguntas de Investigación

Tras el análisis de la revisión de la literatura del apartado anterior, nos planteamos las siguientes cuestiones:

- ¿La participación en el programa “Con mi nieto en el museo” del colectivo de enfermos de Alzheimer y sus nietos influye a nivel cognitivo y emocional de las personas mayores?
- ¿La fase de la enfermedad influye en los resultados obtenidos?
- ¿La asistencia a las actividades influirá en el nivel de depresión de las personas mayores participantes?
- ¿El colectivo, tanto personas mayores como sus nietos, percibe un aumento de su calidad de vida?
- ¿Las relaciones interpersonales del colectivo han variado a partir de la aplicación del programa?
- ¿Puede convertirse el museo en un lugar de encuentro intergeneracional que potencie relaciones significativas?

3.2. Objetivos de la Investigación

3.2.1. Objetivo general:

OG1. Evaluar los efectos cognoscitivos y emocionales obtenidos tras la aplicación del programa “Con mi nieto en el museo” para personas con Alzheimer en estadio leve o moderado y sus nietos.

3.2.2. Objetivos específicos:

OE1. Comprobar las modificaciones en la autopercepción de la calidad de vida de los mayores y sus nietos que han participado en el estudio.

OE2. Detectar cambios en las habilidades relacionales de los participantes.

OE3. Favorecer la mejora en los estados de ánimo (depresión) de las personas mayores participantes tras la aplicación del programa.

3.3. Hipótesis de Investigación

H1. Los participantes mejorarán su autopercepción de la calidad de vida tras la aplicación del proyecto “Con mi nieto en el museo”.

H2. Las habilidades de relación interpersonal se verán aumentadas en el grupo de personas mayores.

H3. Con la aplicación del programa, se reducirán los síntomas depresivos en las personas mayores.

H4. La intervención retrasará el deterioro cognitivo de las personas mayores participantes.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Participantes

La muestra será de 20 personas mayores con demencia tipo Alzheimer en fase leve o moderada y 20 niños (de entre 10 y 12 años).

La selección de la muestra se llevará a cabo a través de un muestreo no probabilístico intencional. Esto se debe a que me interesa que la muestra esté formada por sujetos con determinadas características:

Criterios de inclusión en el estudio:

- Personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer en un estadio leve o moderado medido a través de la escala de deterioro global (GDS) de

Reisberg, (1982). El deterioro cognitivo de las personas participantes corresponderá al nivel 3 y 4 de la citada escala.

- Deben mantener unas condiciones físicas razonables para hacer ejercicios moderados.
- Tienen que tener al menos un nieto cuya edad esté comprendida entre los 10 y 12 años. En caso de que tenga más de un nieto de esa edad, se seleccionará aleatoriamente a uno de ellos.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Imposibilidad de desplazarse al museo de forma independiente.
- No participar de todas las sesiones planteadas.
- Participar en otro tipo de terapia cognitiva o de similares características.

Los grupos quedarán distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo A: 10 personas mayores con Alzheimer en fase GDS 3 y sus nietos
- Grupo B: 10 personas mayores con Alzheimer en fase GDS 4 y sus nietos.

4.2. Diseño

Se plantea un diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes con medidas pre-test y pos-test (León y Montero, 1996).

4.3. Variables

a) Variables dependientes:

a.1. De los mayores con Alzheimer:

- Autopercepción de la calidad de vida.
- Relaciones de ayuda y confianza.
- Depresión.

a.2. De los niños:

- Autopercepción de la calidad de vida.

b) Variable independiente:

- El programa "Con mi nieto en el museo".

c) Variable de excluyente:

- Participación en otro tipo de terapia cognitiva.

d) Variable de agrupamiento:

- Nivel de deterioro cognitivo.

4.4. Instrumentos

a) Deterioro Cognitivo.

- *Mini examen cognoscitivo de Lobo, Ezquerria, Gómez, Sala y Seva (1979) (MEC).*

Este test, dada su sencillez, no requiere más de diez minutos para su aplicación. Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein, Folstein y McHugh (1975) (MMSE), el más difundido de todos los test diseñados para detección del deterioro cognoscitivo, a pesar de sus críticas por el elevado índice de falsos positivos y por su clara correlación negativa con el nivel de instrucción previo (Duch, Ruiz y Gimeno, 1999). Ha sido adaptado y validado en nuestro país por Lobo en 1979, con aportaciones propias, al observar notables diferencias de rendimiento con el MMSE entre ambas culturas por motivos educacionales. Desde entonces, el MEC ha demostrado su alta fiabilidad, validez y poder discriminativo, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%, que en pacientes geriátricos ascienden. Aún así, en personas con bajo nivel cultural, alta senilidad, depresión y déficits sensoriales, se producen sobreestimaciones de los resultados como ocurre con su homólogo anglosajón.

El MEC consiste en la exploración de las áreas cognitivas más importantes, con una puntuación máxima global de 35, y se establecen como punto de corte, para el diagnóstico del deterioro cognitivo, puntuaciones inferiores o iguales a 27 o 23, según se trate de adultos menores de 65 o mayores de dicha edad.

- *Escala Deterioro Global de Reisberg (GDS) (1982).*

La escala GDS está compuesta por las descripciones clínicas detalladas de siete estadios que van desde la cognición normal a la demencia muy grave. El deterioro cognitivo se evalúa a través de un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico. El Cuadro 2 recoge las características de los niveles GDS 3 y GDS 4, constantemente referenciados en este trabajo, y la puntuación que obtendrían en el MEC.

| Cuadro 2. | |
|---|--|
| ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (Global Deterioration Scale, GDS) (Reisberd, Ferris, de Leon y Crook, 1982) | PUNTUACIÓN DEL MEC (Lobo de Ezquerria, <i>et al.</i> 1979) |
| GDS 3 (defecto cognitivo leve) | 20-27 |
| <p>Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar. b. Sus compañeros de trabajo son conscientes de su escaso rendimiento laboral. c. Su dificultad para evocar palabras y nombres se hace evidente para las personas más próximas. d. El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material. e. El paciente puede mostrar una capacidad disminuida para recordar el nombre de las personas que ha conocido recientemente. f. El paciente puede haber perdido un objeto de valor o haberlo colocado en un lugar equivocado. g. En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. <p>Solo en una entrevista intensiva se observa evidencia objetiva de defectos de memoria.</p> <p>Los rendimientos del paciente en actividades laborales y sociales exigentes han disminuido.</p> <p>El paciente niega estos defectos o manifiesta desconocerlos.</p> <p>Los síntomas son acompañados por una ansiedad de discreta a moderada.</p> | |
| GDS 4 (defecto cognitivo moderado) | 16-23 |
| <p>Déficits manifiestos en las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes. b. Cierta déficit en el recuerdo de su historia personal. c. Defecto de concentración, que se manifiesta en la sustracción seriada. d. Disminución de la capacidad para viajar, controlar la propia economía... <p>Con frecuencia, no se da defecto alguno en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Orientación en el tiempo y la persona. b. Reconocimiento de las personas y caras familiares. c. Capacidad para viajar a lugares familiares. <p>El paciente es incapaz de realizar tareas complejas.</p> <p>La negación es el mecanismo de defensa dominante.</p> <p>Se observa una disminución del afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes.</p> | |

Cuadro 2. GDS. Reisberd, Ferris, de Leon y Crook, (1982)

b) Depresión

- *Geriatric Depression Scale (GDS) (Brink, Yasavage, Lum, Heersema, Adey y Rose, 1982).*

Evalúa el estado afectivo de los ancianos a través de 30 ítems de respuestas dicotómicas (sí/no). Perlado F. (1987) realizó la primera traducción al castellano. Existen estudios de validación con muestra de población saludable y deprimida y la comparación con otros instrumentos con índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84%, especificidad 95%, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100% y 80%, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11) (Yesavage, Brink y Rose, 1983). El marco temporal es el momento actual o la semana anterior. Es autoadministrado, aunque puede heteroadministrarse, leyendo las preguntas al paciente, el entrevistador no debería realizar interpretaciones.

c) Relaciones de Ayuda y Confianza

- *Escalas de relaciones sociales de Lubben (1988)*

Contiene 14 preguntas divididas en tres subescalas: red familiar, red de amigos y relaciones de ayuda y confianza. A su vez, esta última contiene tres aspectos: recibir ayuda, dar ayuda y conducta prosocial. Esta subescala, relaciones de ayuda y confianza, será la que más nos interese en la investigación. El cómputo de la subescala relacionada con los amigos es complicado debido a que tiene dos preguntas de respuesta abierta. Las respuestas de la muestra de procedencia rural difieren significativamente de la urbana. No existen diferencias producidas por la edad o el nivel educativo.

d) Autopercepción de la Calidad de Vida.

- *Cuestionario WHOQOL- BREF*

(The World Health Organization Quality of Life Questionnaire; The WHOQOL Group, 1993): Es una versión abreviada del original WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996. El instrumento abreviado ha demostrado validez en una correlación de 0.9 con respecto a la versión original (O' Carroll, Smith, Couston, Crossar y Halles, 2000).

Contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: Calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: Salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. (Noerholm, Groenvold, Watt, Bjorner, Rasmussen y Bech, 2004)

Este cuestionario produce un perfil de la CV según la propia percepción de la persona evaluada. La calificación de este instrumento consiste en una escala sumatoria, de dirección positiva (a mayor resultado, mayor CV).

El tiempo de referencia que contempla es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

- *CVI Escala de vida infantil* (Sabeh, Verdugo, Prieto y Cotini, 2009).

Su finalidad es evaluar el nivel de calidad de vida percibida por niños y niñas de educación primaria. Una amplia revisión bibliográfica de aspectos teóricos, aplicados e instrumentos de evaluación procedió al diseño del cuestionario (Sabeh, 2004). A su fundamentación también contribuyó un estudio cualitativo (Verdugo y Sabeh, 2002) en que se consultó a niños y niñas acerca de sus experiencias de satisfacción o insatisfacción.

Consta de 53 ítems con 4 opciones de respuestas: Casi nunca, pocas veces, muchas veces o casi siempre. Incluye cinco aspectos relacionados con la calidad de vida y bienestar infantil: Bienestar emocional, relaciones impersonales, bienestar físico, desarrollo personal y actividades, y bienestar material.

Está diseñado para edades comprendidas entre 8 y 11 años aunque esta edad puede ser ampliada, como ocurrirá en este caso, en el que se aplicará también a niños de 12 años. Es de administración individual o colectiva (en este caso se optará por individual) y autoadministrable con una duración de 20 a 40 minutos.

4.5. Propuesta de intervención:

El programa “Con mi nieto en el museo” es un programa de educación artística para la inclusión social, cuyas características principales son el museo como entorno y su carácter intergeneracional.

En el programa participarán 40 personas:

- 20 personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, de las cuales, 10 se encontrarán en un estadio leve y las otras 10 en un estadio moderado. Este programa es muy atractivo para estas personas porque el crecimiento personal que se asume por parte del arte se aleja de la obligatoriedad y la recomendación médica de ciertos talleres de memoria y, por tanto, mayor aceptación del mismo.
- 20 niños de 10 a 12 años cuyos abuelos pertenezcan al grupo anterior.

Sus objetivos generales son:

- Crear un lugar de encuentro, un espacio físico que posibilite la relación equitativa entre niños y personas mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- Aumentar la autopercepción de la calidad de vida de todos los destinatarios.

Los objetivos específicos son:

- Incrementar la actividad social.
- Relacionarse con naturalidad con el resto de participantes con independencia de que pertenezcan a un grupo de edad u otro.
- Mejorar el bienestar psíquico y físico.
- Provocar la necesidad de crear un grupo de trabajo estable que se extienda más allá de este proyecto y pueda seguir colaborando.

Este programa tiene como ejes temáticos el Arte Contemporáneo, la relación intergeneracional, la pérdida de memoria, la autorepresentación y autoconocimiento, la vejez como valor y las habilidades sociales, centradas en la comunicación (empatía).

Las actividades se planificarán en función de la exposición temporal que se exhiba en ese momento en el museo. Estarán basadas en las técnicas artísticas empleadas por artistas contemporáneos y que podrán descubrir en el museo: fotografía, vídeo, cómic, arte en acción, etc.

Las propuestas serán flexibles, abiertas, que propicien diversidad de respuestas y buscando los intereses, demandas, necesidades de la persona, del grupo.

La metodología de este proyecto plantea el arte como una herramienta cultural de transformación social y se basa en la idea de producción cultural crítica.

Por tanto, y siguiendo esta idea de cultura crítica, el modelo metodológico que se empleará es el modelo crítico o emancipador que plantea que la intervención debe servir para transformar la realidad. Transformar la realidad y someterla a crítica se conseguirá a través del análisis de las propias experiencias artísticas que cada usuario realizará en este proyecto.

Modificar la realidad, en este caso, supone conseguir los dos objetivos generales del proyecto:

- Crear un lugar de encuentro, un espacio físico que posibilite la relación equitativa entre niños y personas mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- Aumentar la autopercepción de la calidad de vida de todos los destinatarios.

Transformar el contexto hace referencia tanto a la producción de objetos como a los procesos de los que emerjan y las nuevas maneras de relacionarse con el arte que surjan.

Por todo esto, para llevar a cabo el proyecto se seguirán los siguientes principios:

- Globalización: Se han pensado las actividades de forma que se relacionen y que unas deriven a otras. También las actividades buscan la intervención de diferentes puntos de vista y la interdisciplinaridad.
- Sujeto: Se plantea la actividad como medio para aprender pues el sujeto aprende haciendo; haciendo arte. Es esencial la participación voluntaria de todas las personas implicadas.
- Individualización: Las actividades son globales pero buscamos la originalidad de cada persona con el objetivo de que cada uno aporte sus opiniones y punto de vista. A su vez, es necesario adaptar las situaciones

a las propias circunstancias de cada persona.

- Socialización: Se proponen actividades en grupo ya que las personas aprenden en relación con un colectivo. Este principio está estrechamente ligado a los objetivos como aumentar la actividad social o crear un grupo.
- Dialéctica y dialógica: Con el objetivo de que los usuarios expresen sus necesidades e inquietudes.
- Autopoiético: Se retroalimenta, los errores que vayan apareciendo pueden solucionarse.
- Continuidad: Se debe garantizar la estabilidad del proyecto, la continuidad del profesional y que se desarrollará, al menos, el tiempo estipulado.

La programación “Con mi nieto en el museo” tendrá una duración de un curso escolar (9 meses) y una hora y media por sesión semanal. El horario será de 17:45 a 19:15.

Debido al gran número de participantes, el grupo se dividirá en cuatro, de modo que, cada día, de lunes a jueves, se reunirá un grupo diferente. Los grupos se formarán según dos criterios: el grado de deterioro cognitivo y la disponibilidad de la persona mayor y su nieto. Se dispondrán de tal manera que las personas con Alzheimer leve y con Alzheimer moderado no coincidan.

En las primeras sesiones, cada grupo realizará una primera toma de contacto y preparación para el resto de modo que no tendrá lugar la intervención intergeneracional hasta el segundo mes de trabajo. Se realizará una ficha de registro por cada participante y sesión, además de registro videográfico de todas las sesiones.

4.6. Análisis estadísticos:

Tras la recogida de datos a partir de los instrumentos ya mencionados se procederá a realizar su análisis estadístico. Se utilizará el SPSS.20 para el análisis cuantitativo con funciones de comparación: Prueba U de Mann-Whitney para comparar los dos grupos (A y B, correspondientes a GDS 3 y 4) de manera independiente y prueba W de Wilcoxon.

[Versión electrónica]

REF. BIBLIOGRÁFICAS

- Albuerne, F. y Juanco, A. (2002). Intergeneracionalidad y escuela: "Trabajamos juntos, aprendemos juntos" [Versión electrónica], *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 77-88.
- Alonso, L. (1999). *Museología y museografía*. Barcelona: Serbal.
- American Psychiatric Association. (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. rev.: DSM-IV-TR. Washington, D.C.: Autor.
- Aranguren, J. L. (1991): *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Baines, S., Saxby, P. y Ehler, K. (1987). Reality Orientation and Reminiscence Therapy: a controlled crossover study of Ederly Confused People [Versión electrónica], *British Journal of Psychiatry*, 151, 222-231.
- Barreto, M. P., Pérez, M., Molero, M., y Gómez, M. J. (2011). Bienestar y convivencia intergeneracional: necesidades y recursos del anciano y su familia [Versión electrónica], *Apuntes de Psicología*, 29, 107-121.
- Beach, D. (1997). Family caregiving: The positive impact on adolescent relationships [Versión electrónica], *Gerontologist*, 37, 233-238.
- Becker, J. T., Mintum, M. A., Aleva, K., Wiseman, M. B., Nichols, T. y DeKosky, S. T. (1996). Compensatory reallocation of brain resources supporting verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 692-700.
- Bergua, A. y Sala, C. (2010). *La abuela necesita besitos*. Barcelona: Proteus.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M. y Rose, T. L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- Calaf, R., Fontal, O. y Valle, R. E. (Coords.). (2007) *Museos de Arte y Educación. Construir patrimonio desde la diversidad*. Gijón: Trea.
- Calero, M. D., Navarro, E., Arrendó, M. L., G^a Berben, T. M. y Robles, P. (2000) Estimación del potencial de rehabilitación en ancianos con y sin deterioro cognitivo asociado a demencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35: 44-50.
- Celdrán, M. (2004). Relaciones intergeneracionales no normativas: la relación de los nietos con sus abuelos afectados por una enfermedad neurodegenerativa [Versión electrónica], *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14, 262-268.

- Celdrán, M., Triadó, C. y Villar, F. (2009). Nietos adolescentes con abuelos con demencia: ¿La enfermedad cambia la naturaleza de la relación? *Anales de psicología*, 25, 172-179.
- Colom, A. J. y Orte, C. (Coords.). (2001). *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Coombs, Ph. H., Prosser, R. C. y Ahmed, M. (1973). *New Paths To Learning: For Rural Children and Youth*. Connecticut: International Council for Educational Development Publications.
- Creasey, G. L. y Jarvis, P. (1989). Grandparents with Alzheimer's disease: Effects of parental burden on grandchildren. *Family Therapy*, 16, 79-85.
- Creasey, G. L., Myers, B. J., Epperson, M. J. y Taylor, J. (1989). Grandchildren of grandfathers. *Journal of Adolescence*, 14, 373-387.
- De Salas, F. (1980). *El museo, cultura para todos*. Ministerio de Cultura.
- Dekosky, S. T. y Scheff, S. W. (1990). Synapse loss in frontal cortex biopsies in Alzheimer's disease: correlation with cognitive severity. *Annals of Neurology*, 27, 457-464.
- Dellman-Jenkins, M. y Britain, L. (2003). Young adults' attitudes toward filial responsibility and actual assistance to elderly family members [Versión electrónica], *The journal of Applied Gerontology*, 22, 214-229.
- Delors, J. (1996.). Los cuatro pilares de la educación. En *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana/UNESCO.
- Department for Education and Science. (1973). *Provincial Museums and Galleries*, London: HMSO.
- Deví, J. (2012). *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Barcelona: Herder.
- Díaz, I. (1994). *Miscelánea museológica*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Duch, F. R., Ruiz, L., y Gimeno, D. (1999). *Recursos psicométricos utilizables en atención primaria*. Barcelona: Novartis.
- Faure, E. (1973). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza.
- Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2008). *Psicología de la vejez. Una psicología aplicada*. Madrid: Psicología Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Tárraga, L., Moya, R. e Iñiguez, J. (2003). Cognitive plasticity in healthy, mild cognitive impairment (MCI) subjects and Alzheimer's disease patients: A research project in Spain. *European Psychologist*, 8: 148-159.
- Finkel S. I., Costa, E., Silva, J., Cohen G., Miller, S. y Sartorius, S. (1996). Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatric Association*, 8, 497-500.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of the American Geriatrics Society*, 12, 189-198.
- Foss, J. W. (1998). *Impact of cognitively and functionally impaired grandparents on the psychosocial functioning of adolescent grandchildren*. Tesis doctoral. Universidad de Nueva Orleans: Nueva Orleans.
- Freedman, K. (2006, Marzo). *Leading Creativity: Responding to Policy in Art Education*. Comunicación presentada en la UNESCO World Conference on Arts Education. Lisboa, Portugal.
- Furman, W. y Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal nature of their social networks. *Developmental Psychology*, 56, 448-461.
- García, A. (1978). Museo y escuela. *Cuadernos de pedagogía*, 42.
- García, A. A. (2005). Los departamentos de educación y acción cultural. En Huerta, R. y de la Calle, R. (eds.). *La mirada inquieta. Educación artística y museos* (41-58). Valencia: Universitat de València.
- García, J. J. y Carro, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID)*. Madrid: Imserso.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. y Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study [Versión electrónica], *European Journal of Education ans Psychology*, 3, 263-273.
- George, D. R. y Singer, M. E. (2011). Intergenerational Volunteering and Quality of Life for Persons With Mild to Moderate Dementia: Results From a 5-Month Intervention Study in the United States [Versión electrónica], *American Journal Griatric Psychiatry*, 19, 392-396.

- Geshe-Konihg, N. (1998). Museos y enseñanza de las ciencias sociales. *Perspectivas de futuro. Iber: Didáctica de las ciencias sociales, geografía e historia*, 15, 7-14.
- Geshwind, N. (1985). Mechanism of change after brain lesions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 457: 1-12.
- González, J. y de la Fuente. (2009). *Preparados para escuchar, dispuestos a contar: los abuelos*. Madrid: ICCE.
- Herbster, A. N., Nichols, T., Wiseman, M. B., Mintun, M. A., DeKosky, S. T. y Becker, J. T. (1996). Functional connectivity in auditory verbal short-term memory in Alzheimer's disease. *Neuroimage*, 4, 67-77.
- Hooper-Greenhill, E. (2000). *Museums and the Interpretation of Visual Culture*. Londres/Nueva York: Routledge.
- Howard, K. y Singleton, J. F. (2001). The forgotten generation: the impact a grandmother with alzheimer's disease has on a granddaughter. *Activities, adaptation y aging*, 25, 45-58.
- Ingle, M. (1994): Pupil's perception of museum education sessions, en Hooper-Greenhill, E.: *The educational Role of the Museum* (pp. 316-324). Londres: Routledge.
- Jarrott, S. E. y Bruno, K. (2003). Intergenerational activities involving persons with dementia: An observational assessment [Versión electrónica], *American Journal of Alzheimer's and Related Diseases*, 18, 31-38.
- Jones, S. (ed.) (1976). *The Liberation of the Elders*. Beth Foundation Publications y Department of Adult Education, University of Keele.
- Juanola, R. y Colomer, A. (2005). Museos educadores: perspectivas y retos de futuro. En Huerta, R. y de la Calle, R. (eds.). *La mirada inquieta. Educación artística y museos* (21-39). Valencia: Universitat de València.
- Juanola, R., Calbó, M. y Vallès, J. (2005). *Educació del patrimoni: visions interdisciplinars*. Girona: Documenta Universitaria.
- Kahana, B. y Kahana, E. (1970). Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild. *Developmental Psychology*, 3, 89-105.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, A. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185: 914-919.

- Klosweska, I. (1998). Incidence and relationship between behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 785-792.
- León, O. G. y Montero, I. (1996). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M. y Seva, A. (1979) El mini examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas DE Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7, 189-202.
- Lubben, N. (1988). Assessing Social Networks Among Elderly Population. *Family and Community Health*, 11, 42-52.
- Mackay, N. (2000). The role of Resource in Lifelong Learning. En *Proceedings of GEM Conference 2000*.
- Marcousée, R. (1973). Changing museums in a changin worl. *UNESCO: Museums, imagination and education*. París: Unesco.
- Martín, M. (2012). *Comprender la Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Amat editorial.
- Martínez, A. (2009). *¿Qué sabemos de? El Alzheimer*. Madrid: Catarata.
- Mayán, S. y Fernández, M. (2008). *Mente activa. Ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica*. Madrid: Pirámide.
- Meil, G. (2003), La figura del abuelo en las familias españolas de la actualidad. *Portularia. Revista de Trabajo Social*, 3, 33-47.
- Merriam A. E., Arosón, M. K., Gaston, P., Wey, S. L. y Katz K. (1998). The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *American Journal Geriatric Psychiatry*. 36, 7-12.
- Midwinter, E. (1995). Age and wisdom. *Museum Journal*, 9, 39.
- Montañés, C. (Coord). (2001). *El museo. Un espacio didáctico y social*. Zaragoza: Mira editores.
- Moody, H. R. (1976). Philosophical presuppositions of education for old age. *Educational Gerontology*, 1, 1-16.
- Moody, H. R. (1998) *Aging: concepts and controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

- Moos, R. H. y Moos, B. S. (1981). *Family environment scale: manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Noerholm, V. M., Groenvold, M., Watt, T., Bjorner, J. B., Rasmussen, N. A. y Bech, P. (2004). Quality of life in the Danish general population-normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models [Versión electrónica], *Quality of Life Research*, 13, 531-540
- Nussbaum, R. L. y Ellis, C. E. (2003) Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. *The New England Journal of Medicine*, 348: 1356-1364.
- O'Carroll R. E., Smith K., Couston, M., Cossar, J. A. y Hayes, P. C. (2009). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Orel, N. A. y Dupuy, P. (2002) Grandchildren as auxiliary caregivers for grandparents with cognitive and/or physical limitations: coping strategies and ramifications. *Child Study Journal*, 32, 193-213.
- Padró, C. (2005). Educación artística en museos y centros de arte. En Huerta, R. y de la Calle, R. (eds.). *La mirada inquieta. Educación artística y museos* (137-152). Valencia: Universitat de València.
- Pastor, M. I. (1992). *Los museos y la educación en la comunidad*. Barcelona: Ceac.
- Pastor, M. I. (1999). Ámbitos de intervención en educación no formal. Una propuesta taxonómica. *Teoría de la Educación. Revista Universitaria*. Universidad de Salamanca, 11, 183-215.
- Pastor, M. I. (2004 y 2011). *Pedagogía museística. Nuevas perspectivas y tendencias actuales*. Barcelona: Ariel.
- Perlado F. (1987). *Tests mentales en geriatría*. Zaragoza: Heraldo de Aragón.
- Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.
- Piñero, R. (2002). *La teoría estética en el desarrollo de las habilidades cognitivas*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. D. y Crook, T. (1982). The global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal Psychiatry*, 139: 1136-1139.

- Richards, G., Buckwalter, K. C. y Crowe, J. (1990). Children and memory loss. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 5, 37:43.
- Rico, C., Serra, E. y Viguer, P. (2001). *Abuelos y nietos. Abuelo favorito, abuelo útil*. Gran Canaria: Pirámide.
- Rico, C., Serra, E., Viguer, P. y Meléndez, J. C. (2000). Las relaciones abuelos-nietos al final del milenio: la visión de los niños [Versión electrónica], *Geriátrica*, 16, 329-336.
- Rivière, G. (1993). *Curso de museología*. Madrid: Akal.
- Rubin E. H., Morris J. C. y Berg L. (1987). The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 721-725.
- Sabeh, E. N, Verdugo M. A., Prieto, G. y Cotini, N. (2009). *CVI-CVIP: Cuestionario de evaluación de la calidad de Vida en la infancia*. Madrid: CEPE
- Sabeh, E. N. (2004). *Calidad de vida en niños de educación primaria*. Tesis inédita de doctorado. Universidad de Salamanca.
- Strand, J. (Ed.). (1992). *The Accesible Museum*. Washington D. C.: American Association of Museums.
- Tamminiem, T. (2006). *It's all in the Mind: The Social and Psychological Impact of Arts*, UNESCO.
- Tárraga L. (2000). El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35, 51-64.
- Tárraga, L. (1991). Programa de Psicoestimulación Integral (PPI). Tratamientos de psicoestimulación. En: Fernández-Ballesteros, R. y Nicolás, J. *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- The WHOQoL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQoL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Throsby, D. y Ginsburg, V. (2006). *Handbook of the Economics of Art and Culture*. Amsterdam: Elsevier.
- Titmuss, R. (1968). *Commitment to Welfare*. London: Allen y Unwin.
- Titmuss, R. (1970). *The Gift Relationship*. London: Allen y Unwin.

- Uhlenberg, P. y Hammil, B. G. (1998). Frequency of grandparent contact with grandchild sets: Six factors that make a difference [Versión electrónica], *The Gerontologist*, 38, 276-285.
- USS Congress. (1980). *The Arts and The Older Americans*.
- Verdugo, M. A., y Sabeh, E. N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose A. F., Sliwinski, M. y Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348: 2508-2516.
- Wengen, G. W. (1982-1983). The Relationship between Museums Display and Educational Activities. *ICOM-Education*, 10, 3-5.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1982): *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Werner, P. y Lowenstein, A. (2001). Grandparenthood and dementia. *Clinical Gerontologist*, 23, 115-129.
- Winblad, B. y Poritis, N. (1999). Memantine in severe dementia: results of the 9M-Best Study (Benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with mwmatine. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 135-146.
- Yanguas, J. J., Buiza, C., Etxeberria, I., Galdona, N., González, M. F., Arriola, E., López, A. y Urdaneta, E. (2006). *Eficacia de las terapias no farmacológicas. Estudio longitudinal Donostia*. Caja Madrid y Ediciones Témpera.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L. y Rose, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatry Research*, 17, 37-49.
- Zunzunegui, M., del Ser, T., Rodríguez, A., García, M. J., Domingo, J. y Otero, A. (2003). Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Atención Primaria*, 31, 581-586.