



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID



**Universidad de Valladolid**



## MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

### **El Arteterapia como recurso terapéutico para el bienestar psicológico frente a los trastornos psicológicos de la Enfermedad de Alzheimer**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2015-2016

**Especialidad: Ámbitos culturales**

**Alumna: Escalera Maribel**

**NIE: Y3600087A**

Septiembre, 2016

**Tutora Académica: Dra. Alicia Peñalba Acitores**

Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y  
Corporal. Facultad de Educación y trabajo Social.  
Universidad de Valladolid.

# Índice

Resumen .....	5
<b>1. Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Preguntas y objetivos de investigación .....</b>	<b>8</b>
2.1. Pregunta de investigación.....	8
2.2. Hipótesis.....	9
2.3. Objetivos .....	10
2.3.1. Objetivo general .....	10
2.3.2. Objetivos específicos .....	10
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>10</b>
3.1. Enfermedad de Alzheimer.....	10
3.1.1. Descripción situacional de la Enfermedad de Alzheimer .....	10
3.1.2. Qué es la Enfermedad de Alzheimer .....	12
3.1.3. Alteraciones a nivel psíquico en la Enfermedad de Alzheimer .....	17
3.1.4. Principales características de las intervenciones dirigidas a personas con Enfermedad de Alzheimer .....	22
3.2. Bienestar en personas con Enfermedad de Alzheimer .....	23
3.2.1. Bienestar .....	24
3.2.1.1. Bienestar subjetivo .....	25
3.2.1.2. Bienestar psicológico.....	26
3.2.2. Bienestar psicológico como parte de la Calidad de Vida.....	29
3.2.3. El autoconcepto en personas con Enfermedad de Alzheimer .....	34
3.3. Arteterapia.....	38
3.3.1. ¿Qué es Arteterapia? .....	38
3.3.2. Arteterapia y Enfermedad de Alzheimer.....	40
3.3.3. Arteterapia como intervención para el bienestar psicológico en la Enfermedad de Alzheimer .....	46
3.3.4. Fotografía como recurso arteterapéutico para el bienestar psicológico .....	47
<b>4. Metodología.....</b>	<b>50</b>
4.1. Diseño de la investigación.....	50
4.2. Muestra .....	51
4.3. Variables .....	52
4.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos .....	52
4.5. Disciplinas en las que se enmarca la investigación.....	56

<b>5. Desarrollo de la propuesta de intervención y resultados esperados.....</b>	<b>59</b>
5.1. Diseño previo de la propuesta de intervención.....	59
5.2. Posicionamiento arteterapéutico.....	60
5.3. Encuadre y metodología arteterapéutica .....	61
5.4. Destinatarios .....	61
5.5. Objetivos de la intervención arteterapéutica.....	62
5.5.1. Objetivo general .....	62
5.5.2. Objetivos específicos .....	62
5.6. Temporalización.....	62
5.7. Estrategia de intervención.....	62
5.8. Resultados esperados .....	64
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>65</b>
<b>7. Bibliografía .....</b>	<b>68</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>73</b>
Anexo 1. Experiencia base para la propuesta de investigación (Prácticas del Master) .....	73
Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos.....	100

## Índice de tablas y figuras

<b>Tabla 1.</b> Prevalencia de la demencia en España.....	11
<b>Tabla 2.</b> Pautas de características diagnósticas de la Enfermedad de Alzheimer según la CIE-10 y el DSM-5.....	14
<b>Tabla 3.</b> Evaluación integral en la demencia.....	16
<b>Tabla 4.</b> Trastornos psicológicos y del comportamiento en la Enfermedad de Alzheimer....	20
<b>Tabla 5.</b> Indicadores y descriptores de la dimensión de bienestar emocional.....	30
<b>Tabla 6.</b> Área psicológica de la Calidad de Vida, de acuerdo a la OMS.....	31
<b>Tabla 7.</b> Instrumentos de evaluación de CV en personas con demencia validados para España.....	33
<b>Tabla 8.</b> Diferencias semánticas entre autoconcepto y autoestima.....	36
<b>Tabla 9.</b> Áreas que integran el Autoconcepto.....	37
<b>Tabla 10.</b> Experiencias de Arteterapia en espacios clínicos y culturales.....	42
<b>Tabla 11.</b> Resumen del diseño de investigación.....	56
<b>Tabla 12.</b> Cronograma.....	57
<b>Tabla 13.</b> Conformación de los grupos de intervención.....	61
<b>Figura 1.</b> Modelo de evaluación integral del estado funcional.....	16
<b>Figura 2.</b> Modelo de ajuste para representar las relaciones entre el bienestar psicológico y bienestar subjetivo.....	27
<b>Figura 3.</b> Modelo de acción de intervención.....	64

## Resumen

La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurocognitivo degenerativo, que de acuerdo al informe del Instituto Nacional de Estadística (2015) es la séptima causa de muerte en el país.

La Enfermedad de Alzheimer, si bien produce el deterioro en la salud y en la calidad de vida de los afectados directos, también causa un impacto psicológico, físico y socioeconómico en las personas allegadas. Asimismo, a nivel social también significa un impacto en los recursos socioeconómicos, por tanto, como profesionales del servicio social debemos ser consecuentes y contribuir con tratamientos eficaces, aplicados con el rigor del método científico para validar nuestra práctica profesional. Esto significa que si bien las terapias no farmacológicas producen resultados favorables en los pacientes, como profesionales igualmente debemos ocuparnos de demostrar y comprobar la eficacia de las terapias aplicadas, respaldándonos en el método científico, cuya práctica es más valorada por la sociedad para evaluar la eficacia de los tratamientos.

Hoy en día existen diversidad de terapias no farmacológicas que aportan bienestar a las personas afectadas. Sin embargo, muchas de ellas no han comprobado su eficacia científicamente, como bien encontraremos en la amplia bibliografía respecto a su aplicación, muchas de ellas son aplicadas en diversos Centros, no obstante, pocos cuentan con una evaluación de corte científico que validen las prácticas profesionales.

El presente trabajo es una propuesta para la futura investigación y comprobación, de la eficacia de la intervención arteterapéutica para el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer. Nos concentramos en el área psicológica ya que las áreas cognitiva y funcional, ya son atendidos de manera eficiente por diferentes terapias, sin embargo, muy pocas terapias se centran en la intervención directa a nivel psicológico.

**Palabras clave:** Enfermedad de Alzheimer, Arteterapia, trastornos psicológicos, bienestar psicológico.

## **Abstract**

Alzheimer 's disease is a degenerative neurocognitive disorder, according to the Report of the National Institute of Statistics ( 2015) is the seventh leading cause of death in the country .

Alzheimer's disease, but causes deterioration in health and quality of life of those directly affected, it also causes a psychological, physical and socio-economic impact on related persons. In addition to, social level also means an impact on socioeconomic resources, therefore as social service professionals must be consistent and contribute to effective treatments, applied with the exactitude of the scientific method to validate our practice. This means that although non-pharmacological therapies produce favorable outcomes in patients, as professionals likewise, we must be deal with demonstrate and check the efficacy of the therapies, to stand with the scientific method, whose practice is more valued by society to assess the effectiveness treatments.

Today there are various non-drug therapies that provide comfort to those affected. However, many of them have not proven effective scientifically, as we find in the wide bibliography related to their application, many of which are applied in various centers, however, few have an assessment of scientific character to validate professional practices.

This paper is a proposal for future research and verification of the effectiveness of art therapy intervention for psychological well-being of people with Alzheimer's disease. We focus on the psychological field due to the cognitive and functional field, they are already attended efficiently by different therapies, however, very few therapies focus on direct intervention on a psychological level.

**Keywords:** Alzheimer's disease, art therapy, psychological disorders, psychological well-being.

# 1. Introducción

La presente propuesta de investigación se enmarca, dentro del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social y surge de la experiencia de prácticas<sup>1</sup> realizadas en la Asociación de Familiares de Alzheimer Valladolid (AFAVA)<sup>2</sup>, específicamente en el Centro encargado y especializado en brindar terapias cognitivas a los afectados directos por la enfermedad. Un periodo de prácticas que no solo ha aportado una experiencia académica, sino también una de vida.

El acercamiento a esa realidad, generó el análisis profundo de la formación académica, hasta llegar a comprender y valorar el Arteterapia como un recurso terapéutico, que debe modificarse y adecuarse en base a las personas con quienes se trabaja, porque como profesionales al servicio social nuestro mayor objetivo es garantizar su bienestar. De esta forma, el trabajo de campo puede ser menos complejo de lo que se podría esperar, porque el camino está guiado por los participantes, por ello la base para toda intervención son y deben ser sus motivaciones y capacidades. Más allá de las técnicas o actividades que se realicen, está la relación que se establece entre las personas y el terapeuta, porque las actividades van surgiendo y se van adecuando a los intereses y capacidades de los participantes.

La experiencia de base sirvió para apreciar que el Arteterapia, es capaz de producir efectos terapéuticos en el estado psicológico, ya que los participantes advierten motivación, alegría e interés al realizar las actividades arteterapéuticas, a la vez que el espacio posibilita la socialización entre los participantes a partir de las obras y el proceso.

De esta experiencia y aprendizaje, nace la necesidad de la comprensión profunda del proceso terapéutico y la verificación de la efectividad de la misma, porque si bien con esta experiencia se observó un cambio en el estado psicológico de las personas en las sesiones, no se logró aplicar instrumentos de medición para respaldar la validez objetiva de la intervención, debido al tiempo y el tamaño de los grupos.

---

<sup>1</sup> Véase Anexo 1, para mayor información de la experiencia base de esta investigación.

<sup>2</sup> Asociación de Familiares de Alzheimer Valladolid, institución sin fines de lucro que brinda atención tanto a familiares, como afectados directos de la enfermedad Alzheimer. Para los mismos ofrecen un servicio especializado a través de terapias cognitivas.

Si bien los efectos del Arteterapia pueden ser asumidos a priori como plausibles (considerando la experiencia particular que cada persona experimente con el arte), como profesionales tenemos el deber de verificar, validar y defender nuestra práctica en el ámbito científico, por ello en este trabajo se presenta la propuesta de un marco teórico-metodológico de análisis e intervención, para comprobar la validez de la intervención arteterapéutica sobre el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Antes de continuar, es importante aclarar que en la redacción de esta investigación se ha recurrido a usar el género masculino genérico para referirse tanto a mujeres como hombres, con el fin de agilizar la lectura. Así, cuando se menciona el cuidador, los afectados o los participantes, se hace referencia a cuidador, hombre y mujer; los afectados (hombres) y a las afectadas (mujeres).

## **2. Preguntas y objetivos de investigación**

### **2.1. Pregunta de investigación**

Tras la experiencia del período de prácticas del Máster de Arteterapia con personas con Enfermedad de Alzheimer en AFAVA, se logró percibir el potencial transformador de los lenguajes artísticos en el bienestar psicológico.

En Arteterapia partimos del supuesto de que la actividad artística en sí, genera bienestar en la persona, favorece la expresión de emociones, ayuda al sujeto a sublimar su realidad, enfrenta a la persona con sus propias capacidades, autoexigencias, límites y/o sentimientos de frustración. Frente a este panorama surge el interés y necesidad personal y profesional de fundamentar la efectividad del enunciado: “el Arteterapia conlleva al bienestar psicológico”, con este fin se elabora la propuesta de un estudio “metodológicamente riguroso” de tipo cualitativo; por una parte para contribuir en el reconocimiento profesional del Arteterapia y por otra, para comprender y evaluar el trabajo de campo como una práctica profesional seria y no solo como un pasatiempo o manualidad, como puede llegar a ser considerado en ocasiones en los centros de servicios sociales y de promoción de la salud; a la vez se espera que la intervención contribuya al bienestar psicológico y calidad de vida de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

Como se ha expresado en anteriores líneas el presente trabajo, parte de supuestos basados en una experiencia previa en la que se observaron los beneficios que el Arteterapia puede aportar a las personas con Enfermedad de Alzheimer, sin embargo, de la misma nace la necesidad de comprobar los resultados obtenidos. Tras la experiencia, surge la incertidumbre y misión como arteterapeuta, que se sintetiza en la siguiente pregunta.

### **¿El Arteterapia puede ser un recurso terapéutico válido para favorecer el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer?**

De esta pregunta genérica surgen otras específicas:

- ¿El Arteterapia y en particular el uso de la fotografía, puede ser una intervención válida para reducir trastornos psicológicos en personas con Enfermedad de Alzheimer?
- ¿La participación en sesiones de Arteterapia influye en la mejora de los trastornos psicológicos de las personas con Enfermedad de Alzheimer?
- ¿Cuáles son los factores psicológicos sobre los que influye la práctica de lenguajes artísticos con personas con Enfermedad de Alzheimer?
- ¿La práctica de capacidades creativas contribuye a generar relaciones interpersonales?
- ¿Puede el autoconcepto de los participantes mejorar a partir del uso de la fotografía como un recurso transversal-constante en las sesiones del Arteterapia?

## **2.2. Hipótesis**

- El Arteterapia es un recurso terapéutico válido que favorece el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer, a través del descubrimiento, expresión y práctica de capacidades creativas.
- La participación en sesiones arteterapéuticas reduce los síntomas de trastorno psicológico presentes en personas con Enfermedad de Alzheimer.
- Las relaciones interpersonales se incrementan mediante la práctica de capacidades creativas en un espacio arteterapéutico.
- El uso de la fotografía como recurso arteterapéutico transversal-constante contribuye a la autoevaluación positiva del autoconcepto de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

## **2.3. Objetivos**

### **2.3.1. Objetivo general**

- Comprobar la eficacia de la intervención arteterapéutica sobre el bienestar psicológico en personas con Enfermedad de Alzheimer.

### **2.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar los síntomas de trastornos psicológicos que presentan las personas con Enfermedad de Alzheimer.
- Diseñar un programa arteterapéutico para favorecer el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer
- Especificar las dimensiones del bienestar psicológico que favorece la práctica del Arteterapia en personas con Enfermedad de Alzheimer.
- Identificar los elementos específicos del Arteterapia que favorecen el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer.
- Analizar si el visionado audiovisual del registro fotográfico de las sesiones de Arteterapia favorece a la autoevaluación del autoconcepto de las personas con Enfermedad de Alzheimer.

## **3. Marco teórico**

En el presente epígrafe se desarrolla la revisión bibliográfica en relación a la Enfermedad de Alzheimer, el Arteterapia y el Bienestar Psicológico, para encontrar su relación y relevancia en relación a la investigación que nos concierne.

### **3.1. Enfermedad de Alzheimer**

#### **3.1.1. Descripción situacional de la Enfermedad de Alzheimer**

Hoy en día la esperanza de vida se va ampliando a nivel mundial, paralelamente a este incremento la población mayor de 65 años está en riesgo de padecer enfermedades crónicas,

entre ellas podemos destacar la Enfermedad de Alzheimer (EA)<sup>3</sup>, al tratarse de un trastorno neurodegenerativo del cual la edad es el principal factor de riesgo.

Para dar cuenta de la magnitud de la población en riesgo recurrimos a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, (2015), el cual indica que “el porcentaje de población mayor de 64 años, que actualmente se sitúa en el 18,1% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064” (p. 8), tomando en cuenta que la cifra total es de 46,5 millones de habitantes a 1 de enero de 2014. Del mismo modo indica que la Enfermedad de Alzheimer es la séptima causa de muerte en el país.

En cuanto al porcentaje relacionado directamente con la EA, la Federación Alzheimer España (Fundación Alzheimer España, 2015), nos indica que el 0,5% de la población mundial es decir 36,5 millones de personas padecen de demencia, cada 4 segundos surge un caso. En la tabla 1 se exponen cifras de la prevalencia de la demencia en España.

**Tabla 1. Prevalencia de la demencia en España.**

<b>Edades</b>	<b>Sexo</b>	<b>Prevalencia</b>
65 y 74 años		4,2 %
75 a 84 años		12,5 %
Más de 85 años		27,7 %
	Mujeres	11,1 %
	Varones	7,5 %

Nota. Datos recogidos de la página web de la Federación Alzheimer España (actualizado en marzo 2015).

Fuente. Elaboración propia.

Ante este panorama de incremento de población diagnosticada con demencia, encontramos que los servicios de atención se van especializando a medida que la medicina, la tecnología y los paradigmas de intervención avanzan, de este modo no solo encontramos Centros de atención especializada, sino que hallamos desde viviendas hasta villas creadas y adaptadas a

---

<sup>3</sup> Se recurrirá al uso de la abreviatura EA, para hacer referencia a la Enfermedad de Alzheimer, en caso de que la redacción lo requiera, se usará la frase completa.

los estilos de vida de la época de la población afectada con demencia y sus necesidades específicas.

Entre las formas de intervención especializada tenemos a Hogeweyk<sup>4</sup> en Holanda, que desde el año 2009 sus creadores adaptaron una villa para que sus usuarios vivan una vida de calidad en un entorno que les es familiar.

A pesar de que este tipo de intervención causa polémica debido a que se ha creado y adaptado un ambiente simulado dentro de otro, desde el lado positivo se rescata y valora la adaptación del entorno para que la persona se sienta cómoda, porque lo más importante es garantizar el bienestar y alivio de la ansiedad de las personas afectadas y de su familia. El concepto sobre el que se funda Hogeweyk (s.f.) es “Living a lifestyle, just like before. Residents recognize each other based on their activities, life experiences and interests” (párr. 1).

Este modelo de atención se expande, y está siendo usado en más de 100 residencias del Reino Unido, en Suiza e Italia se va construyendo este modelo de villa, en el caso de España se sabe de proyectos en marcha para la creación de urbanizaciones y edificios, con apartamentos exclusivos para la acogida de la población jubilada, como una alternativa a las residencias tradicionales.

### **3.1.2. Qué es la Enfermedad de Alzheimer**

Revisando la literatura en referencia a la EA, encontramos que hasta el año 2012 dentro de la clasificación del DSM-IV, fue catalogada en la categoría de demencias, con la publicación del DSM-5 en el 2013 y la versión traducida al español en 2014, se oficializa la denominación y catalogación como un Trastorno Neurocognitivo (TNC), aclarando que el uso de ambos términos sigue siendo válido.

Volviendo a la denominación de la EA, encontramos que en la clasificación del DSM-5 está ubicada dentro de la categoría de Trastornos Neurocognitivos (TNC), junto al delirium y los síndromes de TNC mayor, el TNC leve y sus subtipos etiológicos, donde la EA es clasificada como uno de los subtipos del TNC mayor y leve, como TNC debido a la Enfermedad de Alzheimer.

---

<sup>4</sup> *Hogeweyk*, literalmente traducida del Holandés como Villa demencia.

Si bien, es importante conocer la denominación y categorización de la enfermedad en las diferentes clasificaciones, como profesionales al servicio social, debemos profundizar nuestro conocimiento sobre las características de la enfermedad y las formas de mejorar el estado y calidad de vida de las personas afectadas.

De acuerdo a la CIE-10 la EA se encuentra dentro del grupo de clasificación de trastornos mentales, orgánicos, incluidos los sintomáticos, conceptualizándola como “una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años” (CIE-10, 1992, p. 68). Como bien nos indica la CIE-10 la enfermedad es progresiva, el daño es irreversible y puede ser de inicio precoz, sin embargo la mayor incidencia es al final del ciclo vital, por ello el diagnóstico está estrechamente ligado a la edad avanzada.

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2014) “la categoría de TNC engloba los trastornos en que el déficit clínico principal es de la función cognitiva y que son adquiridos y no del desarrollo” (p. 591).

La característica esencial del TNC debido a la EA es el declive cognitivo adquirido en una o más áreas, el inicio insidioso y progresión gradual tanto de los síntomas cognitivos como comportamentales.

Observamos que al igual que la CIE-10 y el DSM-5, la característica principal en esta enfermedad es la disfunción cognitiva, que se manifiesta como un declive del funcionamiento previamente adquirido, a diferencia del trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en edades tempranas.

Para conocer más acerca de la EA, en la tabla 2 se sintetiza las principales características de diagnóstico que proponen tanto la CIE-10 y el DSM-5, las cuales se basan fundamentalmente en síntomas cognitivos, comportamentales y funcionales.

**Tabla 2. Pautas de características diagnósticas de la Enfermedad de Alzheimer según la CIE-10 y el DSM-5.**

CIE-10	DSM-5
Presencia de un cuadro demencial.	Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
Comienzo insidioso y deterioro lento, difícil de precisar el momento de inicio, aunque los cercanos suelen referir un comienzo brusco.	Inicio insidioso y progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos.
Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia.	<p>Se cumplen criterios de la EA probable o posible, se diagnostica la EA probable tanto en el TNC mayor como en la leve, si hay indicios de una mutación genética causante de la enfermedad, caso contrario se diagnostica como posible.</p> <p><b>TNC Mayor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declive de la memoria y el aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo.</li> <li>- Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.</li> <li>- Sin evidencias de una etiología mixta.</li> </ul> <p><b>TNC leve</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declive de la memoria y el aprendizaje.</li> <li>- Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.</li> <li>- Sin evidencias de una etiología mixta.</li> </ul>
Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad.	La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, efectos de sustancias o algún trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota. Información basada en las características diagnósticas tanto de la CIE-10 (1992, p. 70) y el DSM-5 (2014, p. 611).

Fuente. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 2, los criterios que comparten ambas clasificaciones son el inicio insidioso y progreso gradual de los síntomas cognitivos y comportamentales, por ello es recomendable actuar de manera inmediata, para ralentizar los efectos de la enfermedad tanto a nivel cognitivo y comportamental, así como también tratar la ansiedad y depresión que posiblemente presenten tanto los afectados directos como la familia.

Podemos definir la EA, como un trastorno neurocognitivo degenerativo que afecta a gran parte a la población mayor de 60 años, se manifiesta mediante el declive del funcionamiento cognitivo que la persona ha adquirido en el transcurso de su vida, la evolución de la enfermedad es progresiva e irreversible, los efectos recaen tanto en la cognición y el estado emocional de los propios afectados, a la vez que la incertidumbre y alteración emocional afecta a sus allegados.

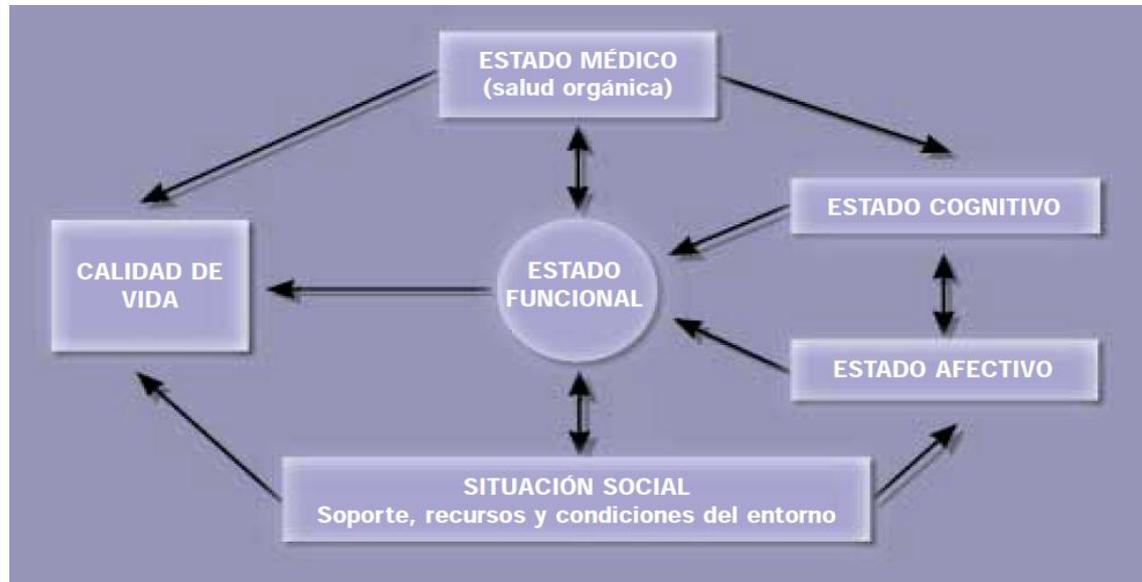
Como bien indica Peña-Casanova (1999), “aunque muchas demencias son irreversibles, ello no significa que no se pueda hacer nada para modificar su evolución y para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes” (pp. 73-74). Con este enfoque, el autor propone una evaluación integral para las propuestas de terapia, indicando que una evaluación estructurada aporta eficacia para alcanzar mayor exactitud diagnóstica, incrementa la supervivencia, disminuye la medicación y mejora el uso de recursos médicos y sociales.

En la tabla 3 y figura 1 se expone la propuesta de diagnóstico integral de Peña-Casanova (1999), como él indica, basado en criterios de diferentes autores.

**Tabla 3. Evaluación integral en la demencia.**

Modificado a partir de Mace y colaboradores, 1991	
1	Diagnóstico: definición de la naturaleza exacta de la enfermedad.
2	Irreversibilidad o no del cuadro: posibilidades específicas de tratamiento.
3	Determinación de la incapacidad cognitiva y funcional: naturaleza y alcance de los trastornos neuropsicológicos y de las discapacidades (dependencia) en la vida diaria.
4	Determinación de las capacidades cognitivas y funcionales preservadas: áreas en las que el paciente es capaz de desenvolverse más o menos adecuadamente.
5	Existencia de otras enfermedades que puedan estar influyendo en la demencia y su posibilidad de tratamiento.
6	Necesidades sociales y psicológicas y recursos disponibles por parte del paciente y de su familia o de quien se haga cargo de él.
7	Pronóstico: cambios que se pueden esperar en el futuro.

**Figura 1. Modelo de evaluación integral del estado funcional.**



**Figura. 1.** Evaluación integral de las personas con demencia. La calidad de vida es el resultado de un conjunto de factores, basado en Baztan y colaboradores: «Escala de actividades de la vida diaria», en T. del Ser y J. Peña- Casanova (eds.): Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous Science, 1994.

Fuente: Tabla 3 y fig. 1 extraídos de Peña-Casanova (1999, p. 74).

De tal forma los diferentes autores hacen hincapié en el conocimiento profundo de las características de la enfermedad, las áreas afectadas y la intervención integral para garantizar la calidad de vida de los afectados directos y de su círculo más próximo.

Como nos indica Del Río (2009, p. 131).

Los efectos de la enfermedad son devastadores. A su deterioro implacable hay que añadir el causado por el natural envejecimiento del organismo; al menoscabo social que entraña la vejez se suma la dependencia que origina la enfermedad; a la delicada situación emocional que se deriva de la edad: cercanía de la muerte, fallecimiento de los seres queridos, sentimientos de improductividad, desvalorización, empobrecimiento de la autoestima, etc., se añade la pérdida imparables de referentes vitales: desorientación espacial y temporal, dificultad para reconocer situaciones, rutinas y rostros.

Por ello más allá de las diferentes denominaciones y categorizaciones de la enfermedad o las críticas a los diferentes tipos de intervención hacia esta población, lo primordial es trabajar por el bienestar de las personas, ya sea desde la adaptación de todo un entorno y/o comunidad, la ralentización de los efectos cognitivos, la disminución de alteraciones psicológicas como son la depresión o la ansiedad, en fin garantizar su calidad de vida, debido a que como describe Del Río, estamos frente a una población en situación de riesgo, no sólo por los efectos de la enfermedad, a estos se añaden aspectos inevitables del ciclo vital tanto a nivel físico como social.

### **3.1.3. Alteraciones a nivel psíquico en la Enfermedad de Alzheimer**

La EA, siendo una enfermedad neurodegenerativa afecta de manera integral en el “Ser” de las personas, debido a que los efectos no solo recaen en el nivel cognitivo, el daño también perturba el estado físico y psicológico de las personas afectadas.

La International Psychogeriatric Association (IPA) propuso en (1996) lo siguiente:

Emplear la expresión de Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias para definir una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas afectadas de demencia, y que constituyen parte de la expresión de la

enfermedad. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, 2010, p. 12).

Del mismo modo Peña-Casanova (1999), indica que “los trastornos psicológicos y del comportamiento constituyen una de las consecuencias más discapacitantes de las demencias y una de las mayores amenazas para la convivencia y estabilidad de la familia” (p. 97).

De esta manera al realizar un estudio en relación a la EA, debemos tomar en cuenta estos síntomas a nivel psicológico que afectan de manera intrínseca a la persona.

Carretero y Mendoza (2012) exponen que "la alteración de la morfología y el funcionamiento del hipocampo y, por consiguiente, del sistema límbico produce una tendencia a la labilidad emocional que desajusta las emociones asociadas a las situaciones vividas por la persona con demencia” (p. 18).

Es así que incluso, antes de que se confirme el diagnóstico de EA, la persona puede experimentar alteraciones en el estado de ánimo, presentando ansiedad o depresión como reacción ante la situación de pérdida de capacidades, las mismas pueden manifestarse a través de conductas de apatía o desmotivación en áreas de interés de la persona.

Sin embargo no se debe asociar, la idea de que toda persona con EA presente un síndrome depresivo-ansioso, debido a que los síntomas psicológicos presentan una amplia variabilidad en su manifestación y etiología, por ello se deben considerar varios factores que generen la aparición de los mismos, desde factores genéticos, neuroquímicos, la personalidad, la interacción con el entorno, el dolor físico hasta efectos de algunos fármacos.

Para tener una visión objetiva y ética en la intervención con este colectivo, se debe evitar asumir que imprescindiblemente presenten síntomas depresivos, sin embargo las diferentes obras dirigidas a la EA destacan la presencia de episodios de alteraciones psicológicas, por tanto no se debe dejar de lado esta cuestión, toda intervención hacia este colectivo ha de ser integral, para tratar y/o prevenir la manifestación de alteraciones psicológicas que afecten la calidad de vida de la persona con EA.

Esta visión también es compartida por Mace y Rabins (2004, p. 223) que afirman.

Cuando un paciente con una enfermedad incurable está deprimido parece lógico pensar que la causa de su depresión es la enfermedad crónica. Pero no todas las personas con

enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades crónicas se encuentran deprimidas. Parece que algunas no son conscientes de sus problemas. Es natural y comprensible que exista cierto desánimo relacionado con la situación personal, pero un abatimiento profundo o una depresión continuada ni son naturales ni necesarios.

Es así que nos encontramos con personas que en primer lugar pueden quejarse de la pérdida de memoria, sin embargo también son capaces de percibir los cambios en su desempeño de capacidades, sus fracasos y también el trato de los demás, lo que puede llevarles a padecer “depresiones reactivas” como nos indican Junqué y Barroso (2009). Siguiendo a estos autores encontramos las siguientes afirmaciones en relación a los cambios de personalidad en el progreso de la enfermedad.

Los síntomas de depresión ocurren comúnmente, especialmente en fases iniciales, y van asociados al fracaso en tareas cotidianas. Debe añadirse además un decremento en la actividad, un desinterés y abandono de sus aficiones y una actitud cada vez más callada, que hace que los familiares confundan la pérdida intelectual con elementos depresivos. Los síndromes depresivos clásicos son, sin embargo, muy raros. (Junqué y Barroso, 2009, p. 241).

De tal forma insistimos, en lo importante que es atender los trastornos psicológicos que se presentan en la EA, que si bien se indica que son efectos de la enfermedad que se presentan en fases iniciales, estos deben ser tratados. Además estas afirmaciones nos sugieren que, para las propuestas de intervención, debemos tener en cuenta que las actividades a proponer, pueden generar a la vez, sentimientos de frustración y autoexigencia que se deben manejar de manera adecuada.

Si se trabaja con recuerdos, es importante situar las actividades en y con el aquí y ahora de la persona, conectar con recuerdos que le es posible evocar, ya que si bien la memoria a largo plazo es la que se mantiene mejor, no todos los casos son iguales, se deberá tener especial atención con los temas que se trabaje. “La prevención y el tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento tendrá un impacto fundamental en los rendimientos cognitivos y funcionales del paciente y se reflejará en la calidad de vida global de la familia” (Peña-Casanova, 1999, p. 97).

La propuesta terapéutica debe tener en cuenta el carácter heterogéneo e individual de la sintomatología en las personas. Para considerar los síntomas psíquicos frecuentes podemos basarnos en los indicados por Lerín (2013) y Peña-Casanova (1999).

**Tabla 4. Trastornos psicológicos y del comportamiento en la Enfermedad de Alzheimer.**

<b>Lerin (2013)</b>	<b>Peña-Casanova (1999)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anosognosia: Ausencia de la consciencia o negación de la enfermedad.</li> <li>• Alteraciones de la personalidad: La persona puede mostrarse irritable, agresiva o desinhibida.</li> <li>• Agitación y agresividad: El estado de emoción desagradable y excitación extrema puede ser dañino tanto para la propia persona, como las personas de su entorno.</li> <li>• Alteraciones del estado de ánimo: Entre un 40-50% de los casos presenta depresión y aproximadamente un 40% ansiedad.</li> <li>• Alteraciones de la función neurovegetativa: Abarca alteraciones de sueño, ritmo diurno, conducta alimentaria y sexual.</li> <li>• Alteraciones psicomotrices: En especial en la fase avanzada se puede manifestar como deambulación errática, imitación y repetición de actos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo.</li> <li>• Delirios</li> <li>• Alucinaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auditivas, visuales, otras</li> <li>○ Identificación inadecuada</li> </ul> </li> <li>• Cambios en el humor: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depresión</li> <li>○ Labilidad emocional, reacciones catastróficas y enfados (enojos)</li> <li>○ Ansiedad</li> </ul> </li> <li>• Agitación/agresión</li> <li>• Alteraciones de personalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indiferencia/apatía</li> <li>○ Irritabilidad</li> </ul> </li> <li>• Alteraciones de la función neurovegetativa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alteraciones del sueño y alteraciones del ritmo diurno</li> <li>○ Cambios en el apetito y conducta alimentaria</li> <li>○ Cambios en la actividad sexual</li> <li>○ Síndrome de Klüver-Bucy</li> </ul> </li> <li>• Alteraciones de la actividad psicomotora: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Paseos e inquietud</li> <li>○ Deambulación errante</li> <li>○ Seguimiento persistente del cuidador</li> <li>○ Actos y manipulación</li> </ul> </li> </ul>

	repetidos
--	-----------

Nota. Ambas columnas describen síntomas equivalentes, salvo que en la segunda columna se pone mayor énfasis descriptivo.

Fuente: Lerín (2013) y Peña-Casanova (1999, p. 42).

En la tabla 4 podemos observar, que por un lado se enfatiza en la descripción de la sintomatología y por el otro, las diferentes manifestaciones observables de las mismas. Podemos sintetizar que la EA altera el estado psicológico de las personas, tanto a nivel emocional y comportamental, causando inestabilidad en la propia persona y las personas cercanas a él, los mismos síntomas se agravan a medida que avanza la enfermedad.

Es necesario conocer las características de la evolución de la enfermedad, para tener un criterio razonable para adaptar y planificar las actividades de una propuesta terapéutica, por ello a grandes rasgos recurrimos a los aportes que realiza Lerín (2013, pp. 45-46), en relación a las fases de la enfermedad. Las fases desarrolladas por la autora en su libro, se sintetizan en los siguientes puntos:

- Fase leve: Puede manifestarse como déficit de atención, dificultades en la evocación, también puede acompañarse de una sintomatología ansioso-depresiva.
- Fase Moderada: Se incrementa el déficit cognitivo, cambios conductuales más acusados (egocentrismo, desinhibición, creer que les han robado), desorientación fuera o dentro de su propio domicilio y dificultad en la realización de actividades de la vida cotidiana.
- Fase avanzada: Deterioro severo tanto a nivel cognitivo como neuropsiquiátrico y pérdida de autonomía.

Diferentes autores como Fernández-Merino (2013); Lerín (2013); Peña-Casanova (1999) en las recopilaciones que realizan acerca de la EA, señalan que es recomendable intervenir desde fases tempranas de la enfermedad, estimulando el entrenamiento de las capacidades cognitivas, para ello conviene saber que en la fase leve se conserva la memoria (inmediata, semántica, episódica, instrumental y afectiva), el lenguaje verbal y escrito, por ello es importante intervenir en los estadios iniciales de la enfermedad en los tres campos sintomáticos: cognitivo, conductual y funcional.

En la demencia “no está alterada la conciencia, así que las personas que padecen esta enfermedad se dan cuenta de lo que les está pasando, sobre todo en los primeros momentos y sufren por ello” (Fernández-Merino, 2013, p. 26).

Es así que en la EA se ve necesario el trabajo no sólo del área cognitiva, también es importante el área emocional, en especial el autoconcepto porque ser consciente de la pérdida de capacidades, recae en la percepción de un Yo que se va empobreciendo, lo cual puede generar labilidad emocional, frustración e irritabilidad, por eso es importante trabajar a partir de sus motivaciones y capacidades conservadas para potenciar las mismas.

Los síntomas a nivel psíquico presentes en las personas afectadas, además de ser criterios de diagnóstico, deben de servir como información del funcionamiento psicológico para diseñar y desarrollar estrategias de intervención psicoterapéutico o reeducativo, la manifestación de los mismos se debe a una diversidad de factores y nos informan del malestar en la persona, por ello es importante realizar un análisis del estado psicológico a partir de los síntomas observables y las propias expresiones del afectado, y los señalados por los cuidadores.

### **3.1.4. Principales características de las intervenciones dirigidas a personas con Enfermedad de Alzheimer**

Una de las principales pautas de intervención que debemos tener en cuenta ante una población con EA, es que, estamos frente a personas que más allá de la enfermedad, son personas con historia de vida, necesidades específicas, reacciones y comportamientos individualizados.

Como nos indica García (2015) la EA “es heterogénea y no hay dos enfermos iguales, especialmente en las primeras fases de la enfermedad” (p. 27). Ante este diverso panorama que se nos presenta García<sup>5</sup> (2015), nos sugiere tener presente los siguientes principios generales para la toma de decisiones en el desarrollo de una intervención:

- La intervención debe ser terapéutica.
- Deberá adaptarse a las características del paciente.

---

<sup>5</sup> El listado, es una síntesis de la propuesta de García (2015) en las páginas 27-29, se pone énfasis en los puntos que refieren a aspectos emocionales.

- Utilizar y elegir aquellas pruebas idóneas para medir las capacidades que se va a intervenir.
- Identificar las fortalezas y capacidades funcionales preservadas y las debilidades o capacidades más alteradas.
- Evaluar el estilo de afrontamiento del paciente a la terapia así como sus respuestas emocionales a las tareas que se le imponen o respuesta al fracaso.
- Conocer las capacidades de aprendizaje del paciente y adaptarse a sus modos de aprendizaje.
- Fomentar el trabajo conjunto del terapeuta, de la familia y, principalmente, de la persona afectada.
- Ser una terapia específica, permite evaluar los cambios en las funciones sociales relacionadas con la intervención.
- Ser una intervención motivadora y positiva (tener en cuenta el aspecto emocional y afectivo del paciente y de los cuidadores).
- La intervención debe tener en cuenta de forma clara las alteraciones psicológicas más graves (ansiedad, depresión, delirios) y las alteraciones del comportamiento (agresividad, deambulación, apatía).

Como podemos observar el autor nos sugiere adecuar la intervención de acuerdo a las necesidades, capacidades y potenciales específicas de las personas, poseer una visión integral de la persona tanto como ser individual (mente-cuerpo-espíritu) y como ser social (familia-grupo).

Si bien se van realizando investigaciones en el campo de la medicina para encontrar respuestas a la EA, también es importante que nos centremos en la mejora de las estrategias terapéuticas para el beneficio de las personas afectadas directamente y sus familiares, por ello debemos procurar que las propuestas de intervención sean lo más serias posibles, tanto a nivel teórico y práctico sin dañar la integridad de las personas.

### **3.2. Bienestar en personas con Enfermedad de Alzheimer**

Como se ha ido mencionando ya, una de las características sintomatológicas en la EA es la alteración del estado de ánimo, como indica la American Psychiatric Association (2014) la depresión es común al inicio de un cuadro clínico en el TNC debido a la EA y la enfermedad de Parkinson, por ello vemos conveniente trabajar el área psicológica-emocional de las

personas afectadas, el bienestar psicológico, que es el constructo conceptual que ahora desarrollaremos.

### **3.2.1. Bienestar**

Desde el surgimiento de la Psicología Positiva la atención deja de partir desde el enfoque de la enfermedad, se va enfatizando los aspectos positivos como son el bienestar, la satisfacción, el optimismo, el flujo, la esperanza y la felicidad a partir de los potenciales y virtudes personales, promoviendo así las intervenciones desde un enfoque de salud, bienestar y/o calidad de vida, más allá de enfocar las intervenciones desde la enfermedad.

Sin embargo el interés por el estudio del bienestar se remonta a estudios realizados por filósofos griegos como Aristóteles, que en sus reflexiones en torno a la felicidad, propone su estudio desde una doble perspectiva, siendo estas la visión eudaimónica<sup>6</sup> y la visión hedonista.

A partir de esta doble perspectiva, investigadores como Ryff (1989); Ryan y Deci (2001) recurren a esta doble visión para el estudio del bienestar:

- Visión hedonista, relaciona el bienestar con la experiencia subjetiva de la felicidad y la satisfacción vital, está ligado a sentimientos de placer, es decir, es el resultado de un balance global entre las situaciones de placer y displacer, resultando ser un placer transitorio. Consiste en la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, en esta perspectiva prima la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (bienestar subjetivo).
- Visión eudaimónica, asocia el bienestar con la consecución de los potenciales personales y la realización de aquello que se puede Ser, es decir el desarrollo de su potencial innato, se trata de un bienestar estable, a largo plazo y que no depende de la presencia de un estímulo para experimentarlo (bienestar psicológico).

---

<sup>6</sup> En los últimos años en torno al debate e interés académico en relación al bienestar, se ha recurrido a orientaciones filosóficas, con aproximaciones científicas para comprender su esencia. El Hedonismo tiene como su máximo representante a Epicuro, esta corriente propone la consecución del placer como objetivo, en tanto la Eudaimonía se asocia a la teoría ética de Aristóteles, según él, la consecución de la felicidad o la plenitud del ser humano es el resultado de la acción, es decir se puede acceder a ella a través de la práctica de las virtudes.

### **3.2.1.1. Bienestar subjetivo**

Profundizando en ambos términos, Ryff (1989), indica que el bienestar subjetivo empezó a ser usado en investigaciones en los años 50 y 60, como un indicador del efecto de ciertos cambios sociales o la efectividad de programas de diversa naturaleza aplicados en ciertas comunidades.

Siguiendo esta línea de aportaciones Triadó (2003), sintetiza los componentes del bienestar subjetivo en:

Un componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona. Este sería un componente sujeto a cambios a corto y medio plazo (semanas, incluso días) si las circunstancias de la persona también cambian.

Un componente de carácter más cognitivo referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital. En contraste con el anterior, este componente sería mucho más estable y poco sujeto a cambiar en cortos o medios periodos de tiempo. (p. 54).

De tal forma en el bienestar subjetivo distinguimos un componente emocional con una duración menos constante y sujeto a las circunstancias, por otro lado un componente cognitivo de cierto carácter constante. La misma autora en su investigación en relación a investigaciones en torno a los cambios del bienestar en personas mayores encuentra que el afecto negativo y la satisfacción se mantienen, en tanto el afecto o emociones positivas tienden a declinar con la edad.

Siguiendo con estas afirmaciones Remor y Amorós (2013) indican que “los investigadores han observado que aquellas personas que conocen y utilizan sus recursos psicológicos, presentan mejor bienestar subjetivo, más satisfacción con la vida informan de mejor salud.” (p. 22).

De esta manera vemos cómo el trabajo sobre el bienestar subjetivo es un componente esencial para la salud, desde un enfoque arteterapéutico, consideramos que uno de los objetivos principales con esta población es garantizar su bienestar, es decir centrarnos y orientarnos en trabajar la dimensión afectiva, a partir del potencial creativo para su valorización personal.

El estudio del bienestar se refiere al grado en que los propios individuos manifiestan que están subjetivamente satisfechos con sus vidas o con algunos aspectos de ellas (familia, trabajo o uno mismo) y no tiene por qué estar refrendado necesariamente por la opinión de los demás. (Avia y Vázquez, 1998, p.33).

Como bien indican los autores el bienestar es la manifestación de satisfacción que tiene la persona sobre su vida, siendo esta una valoración personal en relación a varios aspectos de su vida, además que las investigaciones demuestran que esta apreciación personal en relación a su bienestar tiene efectos positivos en su salud, lo cual es un objetivo transversal en toda intervención terapéutica.

### **3.2.1.2. Bienestar psicológico**

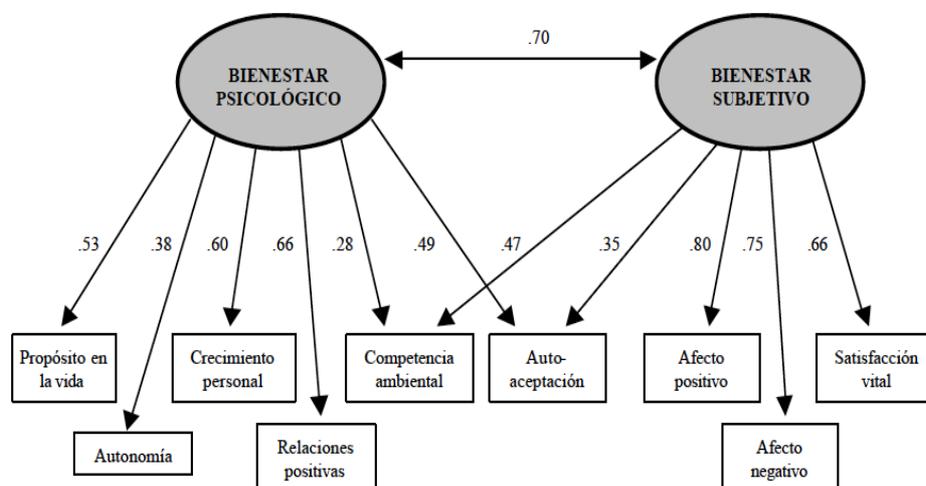
La visión eudaimónica está relacionada con el bienestar psicológico, así denominada y estudiada por autores como Ryan y Deci (2001); Ryff (1989); Triadó (2003). El bienestar es considerado psicológico por ser concebido como la capacidad y potencial innato-adquirido del ser humano capaz de gestionar su propia experiencia vital, es decir una capacidad de autocuidado y crecimiento personal, más allá de experimentar situaciones que produzcan placer o displacer. Siguiendo esta línea George (2000) contribuye que el bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo del ser, más allá de los sentimientos positivos.

Tal como indica Ryff (1995) “una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial” (p. 100).

Es decir, el bienestar psicológico trasciende la reacción emocional inmediata, el estado de ánimo como tal a la capacidad de autorrealización y desarrollo personal.

Como se puede observar en el estudio realizado por Keyes, Shmotkin, y Ryff (2002), en el esfuerzo de establecer una clara diferencia entre la percepción del bienestar psicológico y subjetivo, encontraron que el modelo que más se ajustaba a los datos que obtuvieron es que ambos constructos (bienestar subjetivo y bienestar psicológico), estaban relacionados de una manera global, sin embargo pese a ello cada uno poseía dimensiones únicas como ser en el caso del bienestar psicológico, las dimensiones únicas son: el propósito en la vida y el crecimiento personal (indicadores y objetivos más altruistas).

**Figura 2. Modelo de ajuste para representar las relaciones entre el bienestar psicológico y bienestar subjetivo.**



**Figura 2.** El modelo de ajuste, fue creado para representar las relaciones entre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. Comparten gran parte de los indicadores, solamente las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal son exclusivos del bienestar psicológico.

Nota. Los números indican la magnitud de la relación.

Fuente: Adaptación de la propuesta original de Keyes et al. (2002, p.1014).

Si bien gracias al análisis y enfoque desde la filosofía podemos diferenciar tanto bienestar subjetivo y psicológico, en tanto al nivel de análisis que se puede tener de ellos, lo que rescatamos gracias a estas aportaciones, es que más que diferentes, estas conceptualizaciones son complementarias, y así lo asumiremos desde este trabajo pero centrándonos como fin último el bienestar psicológico, debido a que el bienestar subjetivo puede y será experimentado a través de las actividades.

Considerando que la persona es un ser holístico biopsicosocial, seguimos profundizando en el bienestar psicológico, como indica Avia y Vázquez (1998) “bienestar psicológico o satisfacción implica un juicio o valoración subjetiva que está apoyado en una estimación global que las personas hacen a partir del predominio relativo de estados afectivos placenteros sobre los desagradables” (p. 34).

En tanto Maganto y Maganto (2011) hacen referencia a los estudios realizados por Ley et al. y Taylor et al. (2002) afirmando que se ha demostrado que las personas con una visión y actitud

más positiva y optimista de la vida mejoran su calidad de vida, dichos estudios “informan sobre las ilusiones positivas como motor de progreso efectivo en las enfermedades graves” (Maganto y Maganto, 2011, p. 98).

Estas afirmaciones contribuyen a reflexionar que las ilusiones positivas recaen en la convicción de poder realizar algo, denominándolo como “intentos de eficacia”, es decir que dichas creencias van más allá de solo evaluar los límites del problema, lleva a la acción.

Como indican Verdugo, Arias, Gómez, y Schalock (2009) “bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos” (p. 18).

De esta manera observamos como a medida del tiempo y los diferentes enfoques, el concepto de bienestar psicológico va englobando acepciones del constructo subjetivo, pero manteniendo como esencia el fin del autocuidado y la autorrealización para conseguir y mantener una buena calidad de vida, diríamos un “estado de salud”, concibiendo este estado como bienestar subjetivo, psicológico o emocional.

En tanto, persiguiendo el mayor conocimiento en relación al bienestar psicológico, Ryff (1989) identifica seis dimensiones de las que constaría, las mismas son revisadas por Keyes et al. (2002); C. Ryff (1989); C. Ryff (1995), a continuación se sintetiza las dimensiones propuestas por estos autores:

- Autoaceptación, es considerada el criterio central del bienestar, hace referencia a la actitud positiva hacia sí mismo. “La persona reconoce y acepta la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos” (Triadó, 2003, p. 58).
- Relaciones positivas con los demás, siendo la capacidad de amar, el afecto a los otros y la empatía componentes centrales de la salud mental positiva.
- Autonomía, relacionada con la autodeterminación e independencia de criterios ajenos, con la capacidad de sostener su propia individualidad en diferentes contextos, manteniendo su independencia y poder personal.
- El dominio del entorno, es la sensación de control e influencia sobre el ambiente a través de la habilidad personal de elegir o crear entornos favorables para la satisfacción de deseos y necesidades propias.

- Propósito en la vida, concebido como el dar sentido a la vida, determinando así la búsqueda y consecución de objetivos vitales, llegando a integrar tanto experiencias pasadas, presentes y futuras con el fin de dar un significado a la vida.
- Crecimiento personal, hace referencia al empeño por desarrollar el potencial personal, llevar al máximo sus capacidades en la búsqueda constante de autosuperación y experimentar nuevas experiencias que enriquezcan la vida y el bienestar.

Habiendo realizado la distinción-complementaria entre bienestar subjetivo y psicológico nos disponemos a posicionarnos en la utilización del término de bienestar psicológico. Debido a que el trabajo versa sobre la intervención terapéutica acerca de los efectos psicológicos en la EA, por lo cual se ajusta más a nuestros intereses de investigación, sin embargo debemos recalcar que consideramos que el bienestar subjetivo está integrado en el bienestar psicológico, debido a que a través del placer transitorio que se consigue se va forjando mayor bienestar. Ya en sus estudios Ryan y Deci (2000, 2001) consideraron a la teoría de la autodeterminación, como una forma de cerrar este debate sobre la aparente antítesis entre el bienestar subjetivo y psicológico, argumentando que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta el bienestar subjetivo además del bienestar eudaimónico, en este sentido, podemos considerar a ambos, como diferentes “vías hacia la felicidad”.

### **3.2.2. Bienestar psicológico como parte de la Calidad de Vida**

Desde el enfoque de la Psicología Positiva con las propuestas de Seligman y otros autores que siguen esta orientación, se ha ido promoviendo modelos de intervención centrados en los factores de protección, la promoción de la calidad de vida y el bienestar.

En tanto, los servicios de atención hacia las personas con EA están transversalmente dirigidos a mantener la Calidad de Vida (CV)<sup>7</sup> de los mismos, sin embargo este concepto depende de múltiples factores tanto ambientales como personales, que influyen al comportamiento de las personas, y en un intento por profundizar este concepto Schalock y Verdugo (2003) proponen las siguientes dimensiones para delimitar la CV a nivel de análisis de microsistema:

---

<sup>7</sup> De aquí en adelante se empleará la abreviatura CV para hacer referencia a la Calidad de Vida, en caso de ser necesario se usará la frase completa.

1. Bienestar emocional
2. Relaciones personales
3. Bienestar material
4. Desarrollo personal
5. Bienestar físico
6. Autodeterminación
7. Inclusión social
8. Defensa los derechos

En la tabla 5 se recoge los principales indicadores que corresponden a la dimensión del bienestar emocional, que es la denominación que dan los autores al bienestar psicológico.

**Tabla 5. Indicadores y descriptores de la dimensión de bienestar emocional.**

<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Descriptores</b>
<b>Bienestar emocional</b>	Alegría	Satisfacción (actividades de la vida) Humor (Frustración, feliz, triste) Funcionamiento físico y/o mental Placer, disfrute
	Autoconcepto	Identidad Valía personal Autoestima Imagen corporal
	Ausencia de estrés	Entorno seguro Entorno predecible y seguro Mecanismos de afrontamiento/manejo del estrés

Fuente: Extracto de tabla propuesta por Schalock y Verdugo (2003, pp. 204-205), para las dimensiones e indicadores por dimensiones centrales de Calidad de Vida.

Rescatando los descriptores de Schalock y Verdugo (2003) el bienestar emocional se manifiesta a través de la vivencia expresión y manejo de emociones, el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, el logro de objetivos personales, la valoración de las habilidades y competencias propias.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un instrumento genérico para evaluar la CV, que se ha desarrollado simultáneamente en diferentes países, lenguas y culturas. “El Proyecto WHOQOL<sup>8</sup> es parte de un objetivo mayor hacia la «Salud para Todos» y de la promoción del bienestar mental, social, y físico” (Fernández, Touriño, Benítez, y Abelleira, 2010, p. 241).

El WHOQOL-Bref es la versión actual del instrumento final y validado, para evaluar la CV percibida por la persona, produce un perfil desde cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

De acuerdo a la OMS el área psicológica de la CV, está compuesta por varios indicadores los mismos se exponen en la tabla 6.

**Tabla 6. Área psicológica de la Calidad de Vida, de acuerdo a la OMS.**

<b>Área</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Psicológica</b>	Sentimientos positivos Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración Autoestima Imagen corporal y apariencia Sentimientos negativos Espiritualidad, religión, creencias personales

Fuente. Elaboración propia basada en los indicadores de WHOQOL-Bref.

Debemos considerar que a nivel macro el bienestar psicológico forma parte de la CV de las personas, y a nivel micro está integrado por factores personales emocionales y cognitivos que afectan a la valorización de la percepción del sí mismo.

Observamos que la propuesta desarrollada por Schalock y Verdugo (2003) y la OMS, son instrumentos genéricos pero complementarios entre sí, también destacamos la frecuencia de algunos indicadores en ambos, como ser la autoestima, el autoconcepto, la imagen personal y los estados de ánimo. Por otra parte si bien la propuesta de la OMS está recomendada para la evaluación de la CV en la demencia, señalamos la existencia de otros instrumentos más específicos.

---

<sup>8</sup> The World Health Organization Quality of Life.

Revisando los instrumentos de medida de la CV específicos en demencia, encontramos los aportes de Lawton (1997) que argumenta que la evaluación de la CV debe incluir factores subjetivos y objetivos, identifica que las dimensiones a tomar en cuenta en la CV en demencia son: el bienestar psicológico, la competencia del comportamiento, el medio ambiente y la calidad de vida percibida.

En tanto León-Salas y Martínez-Martín (2010, p. 70) nos indican que:

La CV en la demencia se ha definido como el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales referentes al bienestar psicológico, al nivel de competencia (social, físico y cognitivo) y a la interacción con el medio.

Desde la perspectiva de que sólo el individuo determina, subjetivamente, cuáles son los aspectos de su vida más importantes que componen su CV, cabe preguntarse hasta qué punto dicho juicio es posible en demencia. Existen tres aproximaciones al estudio de la CV de personas con demencia: autoevaluación por el paciente, evaluación a través de un informante y observación de la conducta.

Es por esta razón que uno de los aspectos más debatidos en relación a la evaluación de la CV en demencia, tiene que ver con la naturaleza subjetiva e individual del término y la propia afección que produce la enfermedad a la capacidad de juicio, sin embargo a pesar de estos obstáculos es necesario conocer y comprender la realidad subjetiva de los afectados.

Como Ayala et al. (2015, p. 26) muy bien refieren:

En el campo de la demencia el aspecto multidimensional de la calidad de vida es importante, habiendo sido recogido por diversos autores (Brod, Stewart et al. 1999; Keating y Gaudet 2012; Lawton 1994; Venturato 2010), y puede integrar los mismos atributos que la evaluación de la calidad de vida en población general (físico, mental y cognitivo, familiar, social, laboral, ocio, recursos económicos) (Birren y Dieckmann 1991). No obstante, al igual que ocurre con la calidad de vida en población general, puede confirmarse la falta de acuerdo en los dominios que mejor representan la calidad de vida en demencia (Bond 1999), siendo así que la elección de unos u otros dominios dependerá de la gravedad del trastorno.

Si bien las escalas genéricas de CV abarcan múltiples dimensiones, tanto el contenido como la extensión de estos pueden no ser adecuados para valorar y reflejar la CV en casos de demencia, por lo que se han desarrollado cuestionarios específicos, los mismos se detallan en la tabla 7.

**Tabla 7. Instrumentos de evaluación de CV en personas con demencia validados para España.**

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Evaluador</b>	<b>Fase de la enfermedad</b>
<b>European Quality of Life Instrument (EQ-5D).</b>	Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión Estado de salud actual y comparada con los 12 meses anteriores.	Paciente/cuidador	Demencia leve-grave
<b>World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL 100/BREF).</b>	Función psicológica, estado físico, autonomía, relaciones sociales, religión, ambiente Movilidad,	Paciente	Demencia leve-moderada
<b>Nottingham Health Profile (NHP).</b>	Movilidad física, aislamiento social, reacciones emocionales, dolor, sueño y energía.	Paciente/cuidador	Demencia leve-grave
<b>Alzheimer Disease Related Quality of Life (ADRQL)</b>	Interacción social, autopercepción, sentimientos y humor, actividades e interacción con el medio.	Cuidador	Demencia leve-grave
<b>Quality of Life in Alzheimer's Disease Scale (QOL-AD)</b>	Condición física, humor, memoria, capacidades funcionales, relaciones interpersonales, capacidad para participar en actividades, situación financiera y valoración de la CV global.	Paciente/cuidador	Demencia leve-grave
<b>Dementia Quality of Life Scale (DQoL)</b>	Afecto positivo y negativo, autoestima, sentimientos de pertenencia y estética	Paciente	Demencia leve-moderada
<b>Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID).</b>	Comportamientos observables sobre actividad y estado emocionales	Cuidador	Demencia grave

Fuente: Basado en León-Salas y Martínez-Martín (2010, p. 72), y León (2015, p. 56-57).

Tras la revisión de la CV en relación a la demencia (específicamente la EA), observamos que la CV es una de las principales dianas de cualquier intervención tanto en la población general o específica, como es el caso.

Existe una diversidad de instrumentos creados específicamente para el estudio de la CV en estos pacientes y, aunque la gran mayoría presentan buenas propiedades psicométricas en su aplicación, no cuentan con un modelo teórico común. De algún modo, persiste en este contexto la incertidumbre acerca de que si lo que se está midiendo es realmente lo que estas personas consideran importante para su CV. (León-Salas y Martínez-Martín, 2010, p. 78-79).

Tratándose de un concepto multidimensional, la CV presenta diversidad de enfoques teóricos y metodológicos siendo complementarios cada uno, de tal forma que, dependiendo del caso se podrá recurrir a una escala de medición que mejor se adecue a la población con la que se trabaje, de la misma manera, para trabajar dimensiones específicas, se debe elegir las dimensiones que sean más favorables para la persona. Podemos rescatar que tras la revisión de varios instrumentos de medida de CV, los dominios de autoconcepto, autoestima, relaciones sociales, estados de ánimo son los que se rescata con mayor frecuencia para evaluar la CV y que los mismos son indicadores de bienestar psicológico.

### **3.2.3. El autoconcepto en personas con Enfermedad de Alzheimer**

A lo largo del escrito se ha evidenciado que uno de los principales indicadores del bienestar psicológico, bienestar subjetivo y la calidad de vida es el autoconcepto, siendo considerado desde la percepción visual y conceptual o la valorización del sí mismo.

Sin embargo; ¿A qué nos referimos con autoconcepto?. Posiblemente estemos más familiarizados con el termino de autoestima, que de algún modo podemos darle algún sentido desde la observación e introspección, sin embargo, es difícil construir un concepto preciso y único. Para ello nos remitimos a Coopersmith (1967), que define la autoestima como “un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta” (Mruk, 1998, p. 26). Es decir, se genera un juicio basado en los ideales y la apreciación objetiva y subjetiva del propio Ser.

Asimismo, debemos destacar que el juicio sobre sí mismo y los parámetros que determinen los límites que el sujeto califica de éxito o fracaso; al estar vinculado con la percepción subjetiva, puede ajustarse a su realidad o estar distorsionada, es decir contaminada de ideales impuestos por el entorno o por sí mismo.

Como indican Mora y Raich (2010, p. 14).

La autoestima estará formada por la relación entre percepción o concepto y el ideal. Si se adecua a su ideal habrá más autoestima, cuanto menos se ajuste su autoconcepto a su ideal menor autoestima. Cuantas más áreas estén afectadas, mayor será la falta de autoestima.

La autoestima llega a ser el resultado de la apreciación que se tiene de uno mismo, esta apreciación se caracteriza por ser dinámica y variable.

La autoestima al ser el resultado de la evaluación del concepto de sí mismo; consideramos que el punto de intervención en la EA debe de ser el autoconcepto, es decir, se debe trabajar en la mejora de la autoestima a través de la valorización que realiza la persona sobre su propia identidad, a partir del concepto y percepción que tiene sobre sí mismo, porque experimentar la disminución de capacidades y la pérdida de autonomía puede generar una apreciación negativa de su propio ser.

Como indican Mora y Raich (2010), el autoconcepto “es el propio sentido de identidad: qué es lo que piensa una persona de sí misma como individuo. El ideal de sí mismo es lo que quisiera ser” (p. 13).

Si bien ha sido imprescindible profundizar el término de la autoestima, y la diferencia con el autoconcepto, como apunta Goñi (2009, p. 28).

Parece innecesaria y superflua la doble terminología (autoconcepto/autoestima), ya que en los últimos tiempos se observa una clara tendencia a que bajo ambas denominaciones se acoge el mismo campo semántico. Dicho campo incluye tres referentes: como se percibe cada cual (cognición), como se juzga a sí mismo/a (evaluación), y como se aprecia (afecto).

Por ello, en esta propuesta se opta por usar el término de autoconcepto, sin embargo no se niega su similitud con el término de autoestima, pero consideramos que esta última es el

resultado de un proceso de apreciación valorativa de la percepción de las capacidades y potencialidades de sí mismo, y que a la vez está sujeto a circunstancias del entorno que afectan a la misma, por ello se hará hincapié al autoconcepto, en el análisis de la propuesta.

A nivel de intervención, el autoconcepto permite evaluar de manera externa la autopercepción de la persona, es decir su identidad, esa identidad que con la enfermedad se va deteriorando, a cambio la autoestima es la autovaloración que realiza sobre sí mismo. Esta diferencia la podemos observar en la tabla 8.

**Tabla 8. Diferencias semánticas entre autoconcepto y autoestima.**

<b>Autoconcepto</b>	<b>Autoestima</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ámbito de la percepción y/o cognición.</li> <li>- Carácter descriptivo (o cognitivo).</li> <li>- Descripciones que el individuo hace de sí mismo: atributos físicos, características del comportamiento, cualidades emocionales...</li> <li>- Percepción, visión, idea opinión o pensamiento sobre uno mismo.</li> <li>- Autoconocimiento del individuo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ámbito de la afectividad y de los sentimientos.</li> <li>- Carácter evaluativo.</li> <li>- Componentes evaluativos y afectivos del autoconcepto: sentimientos atribuidos a la autoimagen.</li> <li>- Juicio de valor que se da a la noción de sí.</li> <li>- Autovaloración del individuo.</li> </ul>

Fuente: Basado en Goñi (2009, p. 29).

Las variables que componen el autoconcepto son susceptibles de observación y medición. Las mismas están más interiorizadas por el sujeto en sus esquemas mentales, sin embargo se recalca que en esta propuesta la autoestima será trabajada de manera implícita, como una consecuencia del trabajo del autoconcepto, debido a que ambas son importantes para el bienestar psicológico de la persona.

Siguiendo la perspectiva de que el autoconcepto engloba variables más objetivas que el autoestima, Mora y Raich (2010) resumen el aporte de Mc Kay y Fanning (1999), los cuales describían ocho áreas que integran el autoconcepto, los mismos se exponen en la tabla 9.

**Tabla 9. Áreas que integran el Autoconcepto.**

Áreas del autoconcepto
1. Aspecto físico
2. Relación con los demás
3. Rasgos de personalidad
4. Cómo me ven los demás
5. Rendimiento en la escuela y trabajo
6. Ejecución de tareas cotidianas
7. Funcionamiento mental
8. Sexualidad

Fuente: Mora y Raich (2010, p. 13-14).

Mientras estas áreas mantengan un funcionamiento activo y positivo, puede inferirse que la valoración del autoconcepto es positiva y aporta sobre el bienestar de la persona. Sin embargo en relación a la EA, observamos que ésta afecta a las capacidades en las áreas descritas, lo que puede derivar en manifestaciones de distorsión de la identidad, infravaloración personal, labilidad emocional, síntomas ansiosos y/o depresivos, como nos indica la bibliografía en relación a la EA.

Sin embargo como indica Goñi (2009, p. 29).

El autoconcepto positivo depende de algo más que del éxito en la actividad académica, profesional o social; depende de los procesos autoevaluativos que acompañan a la conducta. Estas autoevaluaciones juegan un papel más importante en la formación del autoconcepto que las evaluaciones externas, aunque las dos son claramente importantes. Por esto mismo es crucial tener en cuenta el marco de referencia interno desde el que cada persona interpreta sus éxitos y fracasos tras procesar las informaciones que le llegan desde el exterior.

Basándonos en estas afirmaciones, consideramos que el Arteterapia como una propuesta para el re-descubrimiento y refuerzo de los potenciales y capacidades creativas de la persona, es capaz de contribuir de manera positiva sobre la autoevaluación y la autopercepción.

De esta manera en este epígrafe, en relación al Bienestar en la EA, hemos revisado y analizado la esencia conceptual del bienestar, finalizando con la consideración de que el bienestar psicológico y subjetivo son complementarios, a pesar de la sutil diferencia, ambas

son vías hacia la felicidad. Al mismo tiempo, más allá de la revisión conceptual, nos concentramos en el aporte que tiene el bienestar psicológico en la persona, encontrando que este es un factor positivo para la salud y la calidad de vida, de forma que varios estudios indican que a mayor índice de bienestar psicológico, es menor el riesgo de padecer enfermedades. Por otra parte, también destacamos la importancia del autoconcepto como un factor fundamental que integra el bienestar psicológico.

Como este estudio versa de la relación del Arteterapia y el bienestar psicológico en la Enfermedad de Alzheimer, a continuación se va a profundizar en la comprensión del Arteterapia.

### **3.3. Arteterapia**

En los siguientes puntos se realiza la revisión y análisis bibliográfico en relación al Arteterapia, buscando la comprensión de este concepto y sus atributos terapéuticos en relación a la Enfermedad de Alzheimer.

#### **3.3.1. ¿Qué es Arteterapia?**

En referencia a las principales modalidades de intervención en demencia, encontramos que el Arteterapia, está integrada dentro de las terapias de intervención conductual. Diversas experiencias en Centros avalan que la experiencia de trabajo con la música, la pintura, la escultura o la fotografía, además de promover la práctica de capacidades creativas y experimentar emociones durante el proceso creativo, inevitablemente remiten a recuerdos y/o deseos. Este argumento puede llevarnos a inferir que el arte en sí es terapéutico, sin embargo antes de aceptar este supuesto como verídico, es necesario acreditar que es válido en la intervención con personas con EA, tal como es el fin de este trabajo, para este cometido primero es necesario precisar que es el Arteterapia.

Klein, et al. 2012 (pp. 13-14), sugiere definir el Arteterapia desde lo que no es, delimitando de esta manera sus alcances y limitaciones en relación a otras formas de terapia, podemos sintetizar su diagnóstico diferencial en los siguientes puntos, los mismos indican que el Arteterapia:

- No es un test proyectivo; no sirve como instrumento de diagnóstico, para hacer una lectura objetiva de la obra, sino el recorrido simbólico.
- No es terapia emocional; no se limita a una expresión como descarga y alivio momentáneo, el fin es transformar aquello en creación de sí mismo.
- No concierne solo a la persona, es una negociación con la materia.

Sintetizando, Klein lo definirá como una psicoterapia de mediación artística, es decir como un tercero que sirve de intermediario en la relación entre la persona y el terapeuta, de esta manera el arte es un medio más de expresión, como ha sido el lenguaje verbal en los diferentes tipos de terapia.

De esta manera, el Arteterapia llega a ser un acompañamiento de la persona en su proyecto, para que en sí mismo sea un proceso de transformación de la cual la persona es parte activa.

Del mismo modo, la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2006) indica que el Arteterapia.

Se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos, como método para ayudar a contener y solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. En Arteterapia, el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica” (párr. 1).

Si bien se considera que el Arteterapia implícitamente conlleva el poder de brindar bienestar, como subraya Del Río (2009) “es importante señalar aquí la diferencia fundamental que existe entre una actividad que produce bienestar –y en ese sentido, podría considerarse que es terapéutica- y una terapia; porque es análoga a la que existe entre la actividad artística y la arteterapia”. (p. 138).

Por esta razón, en los talleres de arte el objetivo es la elaboración de objetos, es decir la relación que tiene la persona con el objeto creado, lo cual en si puede ofrecer beneficios tanto a nivel anímico, como habilidades concretas como conseguir una psicomotricidad fina.

En cambio, el Arteterapia tiene el fin de promover un proceso creativo activo, en una relación triádica entre el sujeto, la obra y el terapeuta, donde no se juega solamente la creación, además se pone en marcha una triple interacción que implica a la vez un vínculo entre los tres

elementos, en la cual el terapeuta tiene que conocer y comprender las necesidades, capacidades y potencialidades de la persona, para que el proceso realmente sea terapéutico.

### **3.3.2. Arteterapia y Enfermedad de Alzheimer**

Como se expone en el anterior epígrafe, el Arteterapia es una vía de trabajo que integra el arte y la terapia, siendo de esta manera una alternativa más en los tratamientos no farmacológicos.

Como indican Arias y Vargas (2003) “mientras exista el deseo de exploración de uno mismo, quien acude a sesiones de arte terapia<sup>9</sup> tendrá la posibilidad de autoexpresarse y autoexplorarse, de forma que muchos contenidos escondidos de nuestra psique puedan aflorar con mayor fluidez” (p. 21).

Es así como el Arteterapia, puede ser un medio para favorecer al bienestar psicológico a través de la autoexploración, la expresión y el reconocimiento de pensamientos, emociones y sentimientos a través del proceso creativo, que implica en sí la práctica de las capacidades creativas, a la vez que las obras pueden llegar a contener expectativas, fantasías, deseos y recuerdos propios de la persona. En diferentes escritos encontramos que los expertos afirman que la memoria afectiva y la capacidad de sentir se conservan hasta las últimas fases de la EA, por ello es importante facilitar la expresión y manejo de las mismas.

El espacio arteterapéutico posibilita a la persona a decidir y reafirmarse como sujeto creador, como nos indica J. Klein (2013) el Arteterapia “conciernen a las personas en su yo completo, se trata de abordar al ser en su complejidad tratando de no reducirlo a un síntoma, un mal, punto al que se puede llegar indirectamente” (p. 317).

El proceso arteterapéutico, tiene el valor de que cuando se imposibilita el lenguaje verbal, quedan otros recursos creativos para expresar necesidades, deseos, recuerdos, además la actividad en si misma favorece el mantenimiento de diferentes capacidades como: la creatividad, la atención, la psicomotricidad fina, la organización espacial, la coordinación visomanual, la percepción, la asociación de formas y colores, figuras y fondos, así como también la autonomía, la relajación, la interrelación social, el fortalecimiento del

---

<sup>9</sup> Se mantiene la separación del término Arteterapia, respetando la obra original.

autoconcepto y la autoestima, es así que indirectamente pero implícitamente se pueden estar trabajando tanto síntomas como capacidades y potencialidades.

López-Fdz. y Martínez, (2004, p. 32) consideran el Arteterapia como una disciplina que:

Capacita para la ayuda humana utilizando los medios artísticos (...) con el objetivo de ayudar en conflictos emocionales, discapacidades psíquicas y sociales, autoestima, desestructuración personal y familiar, y otros problemas sociales y psicológicos, siempre teniendo como base el proceso creador y con los elementos inconscientes que este proceso conlleva (...) utiliza medios y objetos referidos a categorías artísticas, en especial a las artes visuales. Esto incluye tanto la pintura y la escultura como formas más contemporáneas como el vídeo o la instalación.

Por tanto, en una propuesta de Arteterapia conviene explorar diferentes recursos artísticos con los participantes, para que los mismos se sientan cómodos de experimentar y elegir una si se da el caso.

El Arteterapia en pacientes geriátricos, “les sirven para aliviar el sentido de desamparo y poder tener una visión intrapersonal y un desarrollo de valores, rescatando los aspectos positivos de estas personas aun si se encuentran en constante deterioro” (López-Fdz. y Martínez, 2004, p. 34). Esta afirmación nos indica que se puede trabajar el Arteterapia con personas con deterioro cognitivo, valorizando y potenciando la percepción de sí mismo, y aportando de esta manera a la CV a partir del bienestar psicológico y manteniendo su identidad en un espacio de acompañamiento en el proceso creativo.

Por otra parte, considerando que el Arteterapia en España es una profesión relativamente joven, el panorama de investigación e intervención relacionada con la EA, no alcanza el nivel de otros países, a pesar de esta situación, existen experiencias innovadoras en diferentes entornos, tanto de investigación o intervención.

En la revisión de las mismas encontramos algunas experiencias en relación a la EA, siendo nuestras fuentes la revista de Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social, y la revista Arte, individuo y sociedad.

En la tabla 10 se exponen los trabajos en relación a la EA y el Arteterapia tanto en espacios clínicos y culturales. La tabla se organiza por ámbitos, con el título y autor del artículo en que

se ubica el programa en el caso del ámbito clínico, en el caso de los museos no se llega a unificar el autor porque los mismos son recuperados de diferentes páginas web, pero se puede encontrar referencias de varios en García (2013).

**Tabla 10. Experiencias de Arteterapia en espacios clínicos y culturales.**

Ámbito	Experiencia	Descripción
<b>Proyectos de intervención a nivel nacional en ámbitos clínicos</b>	Investigaciones en curso sobre Arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid (Martínez, 2006).	Realizado en el Centro de Día “Edad Dorada”, en un periodo de tres años, con el nombre de “Talleres de Arteterapia con enfermas y enfermos de Alzheimer”. Los arteterapeutas constatan que el arte es terapéutico para este colectivo, basaron su trabajo en el aquí y el ahora, el momento presente, destacan que cualquier aspiración de incidir en la conducta o cambios es ingenuo, porque no se puede negar el deterioro natural que produce la enfermedad. El Arteterapia ofrece el acompañamiento y un ambiente que los valore como protagonistas especiales y potenciales.
	Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El proyecto AR.S: Arte y Salud.(Ullán, 2011). Realizado en el Centro CRE Alzhéimer de Salamanca.	La experiencia citada, se desarrolló entre mayo 2010 y mayo 2011, nació bajo la “hipótesis de que la demencia en sí misma no tendría que ser un obstáculo para esta participación”, (Ullán, 2011). Esta iniciativa no terminó con esta única experiencia, se creó el proyecto Arte y Salud (AR.S) y se integró en las investigaciones innovadoras del CRE Alzheimer. Desde el 2010, se apuesta por el empleo del arte como herramienta para ayudar a personas con EA y otras demencias, para la comunicación y socialización con su entorno, la estimulación de capacidades sensoriales y cognitivas y reducir el estigma social de la EA.
	Arte y comunicación para la socialización de personas con Alzhéimer y otras demencias,	Programa de educación artística llevada a cabo en el Centro CRE Alzhéimer de Salamanca en 2014-15, forma parte del proyecto de ARS.

	(López y Ullan, 2015)	Las autoras rescatan que la inclusión del arte y la tecnología en programas centrados en la estimulación cognitiva para personas mayores con demencia, incide en la eliminación del estigma asociado a la enfermedad. Consideran que los programas de artes en sus diferentes disciplinas proporcionan placer y mejora en los síntomas neuropsiquiátricos, autoestima y comportamiento social de quien la práctica.
<b>Programas de Arteterapia en espacios culturales, a nivel internacional y nacional</b>	ARTZ (Artistas para la enfermedad de Alzheimer)	Proyecto creado el 2002, por la Fundación I'm Still Here en el Estado de Boston (EE.UU.), con el propósito de optimizar la vida cultural y creativa de las personas con EA y a la vez reducir el estigma que conlleva el diagnóstico. En su labor cuenta con el apoyo y colaboración de artistas e instituciones culturales a nivel nacional e internacional. Ha desarrollado programas de acceso cultural para personas con Alzheimer en: el Museo del Louvre en París, el Museo de Arte Moderno de Nueva York, el Centro de Artes de Kohler en Wisconsin, la Galería Nacional de Australia, el Big Apple Circus y el Instituto de Cine de Tribeca, entre otros. Los programas de ARTZ se han desarrollado en diferentes estados de Estados Unidos e internacionalmente se ha asociado con organizaciones en Frankfurt, Melbourne, Londres, París y Madrid.
	The MoMa Alzheimer's Project	El Museo de Arte Moderno de New York (MoMA) fundada como una institución educativa como bien indica en su página web se dedica a la conversación entre el pasado y el presente, lo establecido y lo experimental, tiene como misión ayudar a entender y disfrutar el arte. En el 2006 comienza a desarrollar su proyecto en relación al Alzheimer, llegando a convertirse en el museo pionero en proponer un proyecto de atención especializada dirigida a personas con EA,

		consiguiendo resultados terapéuticos a nivel cognitivo y de interrelación, contribuyendo así a la CV del colectivo
	Proyecto Alzheimer MuBAM	Comenzó su trabajo de investigación-intervención el año 2008 en el Museo de Bellas Artes de Murcia, llegando a ser pionero en España, se basa en el modelo de propuesta del MoMA y está interesado en evaluar su proyecto es así que tanto los participantes y las actividades que realizan son evaluadas durante todo el proceso de intervención.
	Lembrar no museo	Programa del Museo Etnológico de Ribadavia que junto a Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ourense desarrollaron entre el 2005 y 2011, un proyecto que integro elementos etnográficos y patrimoniales. Los participantes recrearon su historia de vida a través de temas como el mundo del tejido, el mundo infantil y escolar, recreando juegos y canciones de la niñez, recurriendo a la psicoestimulación cognitiva para evocar recuerdos de los rituales tradicionales.
	Álbum de memoria compartida	Proyecto de la Red Museística Provincial de Lugo iniciado en 2007. Se configura como un programa de intervención basado en el contacto vivencial con las colecciones de los Museos de la Red, para que las personas con EA compartan la evocación de su historia de vida con sus familiares, cuidadores y seres queridos,
	CCCB Programa Alzheimer	Desarrollado por el Centre de Cultura Contemporáneo de Barcelona (CCCB) desde el 2010. El programa incluye visitas guiadas de la colección y el edificio en si (Antiguo Hospicio) y proyecciones audiovisuales.
	Reminiscencias, Arte y Cultura contra el Alzheimer	Desarrollado desde el 2012 por el Museo de Arte Contemporáneo de Alicante y el Centro Las Cigarreras Cultura Contemporánea. El programa busca que las personas evoquen y establezcan vínculos

		entre el pasado y presente a través del Arte Contemporáneo.
	Álbum de Vida, Alzheimer e Imagen	Proyecto de terapia fotográfica realizada por el programa Visiona, de la Diputación Provincial de Huesca en cooperación con la Asociación Alzheimer efectuó el 2012 dos actividades: 1. Álbum de vida, compuesto por imágenes de la vida actual de las personas con Alzheimer; 2. Visitas a la exposición “Narrativas Domésticas: más allá del álbum familiar”. El proyecto conto con un equipo interdisciplinar formado por psicólogos, psiquiatras, arteterapeutas y educadores, entre otros.
	El Museo, un recuerdo de Segovia	Taller desarrollado por el Museo y la Asociación de Alzheimer de Segovia en el 2013 que consistió en visitas guiadas y proyección de fotografías.
	Proyecto Reminiscencia	El Museo Etnográfico Extremeño “González Santana” impulsado por CASER Residencial Olivenza desde el 2013, ofrece una visita al mes para las personas con EA, mostrando las tradiciones y bienes etnográficos en el museo, actividad que se refuerza con elementos audiovisuales y platos gastronómicos de la zona, para estimular recuerdos, vivencias a través de estímulos sensoriales. De esta manera el programa realiza una estimulación sensorial a través de los cinco sentidos: visual, auditivo, táctil, gustativo, olfativo.
	ActivaMent	Programa realizado desde el 2014, por la Fundació Antoni Tàpies de Barcelona que lleva a cabo visitas dinamizadas dirigidas a la inclusión de todos sus visitantes potenciales.
	Programas Red de Públicos	Desde el departamento EducaThyssen el Museo Thyssen Bornemisza de Madrid, realiza un trabajo interdisciplinar desarrollando estrategias de accesibilidad social, para colectivos con enfermedades neurodegenerativas, con la finalidad de que el Museo sea considerado un espacio

		cultural útil y potencial para acciones terapéuticas.
--	--	---

Nota: Cabe mencionar que la búsqueda de intervenciones en el ámbito clínico se ha centrado en revistas especializadas en Arteterapia a nivel nacional, ya que el estudio es para contribuir en la validez de la profesión en España. Sin embargo, no se desconoce la existencia de importantes investigaciones en relación al Arteterapia y la EA en Estados Unidos, Inglaterra y otros países del continente Europeo y Americano.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10, se puede observar que en el ámbito clínico se han publicado tres investigaciones en relación a las intervenciones arteterapeuticas y la EA, sin embargo, conocemos que el Arteterapia como propuesta de intervención se va aplicando en diferentes Centros, la misión profesional que tenemos es difundir los resultados que se obtienen con el Areterapia, para así continuar con la búsqueda del reconocimiento de la profesión.

Asimismo, se puede apreciar que diferentes museos en diversas ciudades, cuentan con programas de inclusión para el colectivo con EA. De las experiencias a nivel clínico y cultural se rescata que el acercamiento del arte hacia un colectivo vulnerable va avanzando, y se va consiguiendo ofrecer diversidad de propuestas para este colectivo que muchas veces queda oculto.

### **3.3.3. Arteterapia como intervención para el bienestar psicológico en la Enfermedad de Alzheimer**

El Arteterapia a través del acto de crear y la simbolización con imágenes u objetos concretos, y la transferencia-contratransferencia (es decir la relación entre la persona, el proceso y el terapeuta), posibilitan la experimentación de emociones, la autoexploración, el autoconocimiento y el descubrimiento de deseos y habilidades.

Como indica Klein et al. (2012), el Arteterapia “no programa un contenido, sino un marco rigurosamente pensado para que cada persona o cada grupo de personas desplieguen en él sus propios contenidos” (p.17).

Como indica Del Río (2009), los Arteterapeutas.

Parten del sujeto: de la comprensión y del análisis de sus necesidades, recursos, capacidades, dificultades o conflictos, etc., y de sus demandas; exploran las posibilidades

de actuación, plantean objetivos en función de todo ello; diseñan el marco del tratamiento, llevan a cabo la intervención y evalúan los resultados. (p. 138-139)

La autora nos recuerda y recalca que en las intervenciones dirigidas a personas con EA, es necesario, adecuar las propuestas, trabajar desde sus capacidades y habilidades conservadas; generar un espacio de autoexploración y autoconocimiento de las posibilidades creativas que cada persona tiene; y así ser una alternativa más que aporte en el bienestar psicológico a pesar del progreso de los efectos de la enfermedad.

Continuando con el interés de profundizar en el bienestar psicológico en personas con EA, tal como refieren Maganto y Maganto (2011) los beneficios que brinda el optimismo positivo son los siguientes:

- Favorece la realización personal.
- Ayuda a afrontar las dificultades de forma activa y efectiva.
- Promueve un estado de ánimo vital y positivo hacia uno mismo y hacia los demás.
- Favorece procesos cognitivos, aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental.

Entendiendo el optimismo o pensamiento positivo como una fortaleza que proporciona mayor bienestar, sintetizando las contribuciones que nos aporta (Lyubomirshy, 2001; Schneider, 2001; Seligman, 2004).

Por ello, el presente trabajo intenta integrar todas las aportaciones teóricas del Arteterapia, el bienestar psicológico y el autoconcepto, para desarrollar la intervención y el análisis de los datos desde un enfoque salutogénico, que no se centra en la enfermedad y los síntomas, como han sido los campos de estudio de diferentes autores como Seligman, Rogers, Csikszentmihalyi, Peterson y Maslow.

#### **3.3.4. Fotografía como recurso arteterapéutico para el bienestar psicológico**

El Arteterapia se caracteriza por recurrir a varias técnicas artísticas en un espacio terapéutico para posibilitar el proceso creativo, donde el lenguaje artístico se convierte en un recurso de expresión que va más allá de la palabra (sin olvidar que la misma forma parte del proceso). Además los lenguajes artísticos no solamente son un medio de expresión, son a la vez un recurso para dar valor al trabajo de la persona en terapia.

En el caso de la fotografía la ventaja que tiene es el registro fotográfico, que tiene el poder de conectar a la persona de manera directa con su contexto, muestra un fragmento de realidad que se registra en imágenes. Además expone a la propia persona la evolución de su proceso creativo y de esta manera le enfrenta ante su propio Ser creador, ese Ser capaz de crear.

Antes que nada debemos reconocer que en las experiencias de intervención pueden surgir acontecimientos o propuestas en relación al recuerdo, ya que a través del proceso creativo inevitablemente se conecta con la historia personal, los deseos y fantasmas, por ello seguramente los efectos también aporten en la ralentización de los efectos de la enfermedad a través de la reminiscencia, que como nos indica Gutiérrez (2011, p. 106).

Cada fotografía tomada es un “espejo con memoria” que refleja tanto a quien la sacó como ese momento que fue lo suficientemente importante como para ser congelado en el tiempo; estas fotos hacen visible fragmentos de la vida de una persona, resultando ser como huellas que van marcando tanto su recorrido físico como el emocional.

Además como indican Arias y Vargas (2003, p. 158-159).

Bajo la mirada siempre hay una motivación y estas afloran cuando observamos las fotografías que realizamos (...) cuentan historias que podemos imaginar o intuir (...) el cliente puede dejar fluir su imaginación y expresar los sentimientos, emociones, pensamientos, etc., que le produce la imagen que ha captado.

De esta manera lo rescatable de la fotografía es el carácter evocador e imaginativo, ya que la fuente de creación son los sentimientos a través de las imágenes y la mirada, “la mirada es algo que lleva impreso el estado de ánimo, los sueños, las fantasías, los deseos.” (Arias y Vargas, 2003, p. 156).

Por estas características la fotografía llega a ser utilizada en procesos terapéuticos, para promover el bienestar, a través del uso o creación de la misma, para provocar efectos sobre el bienestar psicológico de la persona.

Si bien esta práctica tiene un recorrido por la historia desde finales del siglo XIX como una herramienta de diagnóstico, llega a consolidarse como una herramienta de terapia ya no solamente de diagnóstico “tras la eclosión de la idea de fototerapia en los años setenta de la

mano de la psicoterapia en Norteamérica y de la creación fotográfica en el Reino Unido”, (Viñuelas, 2015, p. 13).

Hoy en día la fotografía ha llegado a convertirse en otra alternativa dentro de la terapia, llámese fototerapia, fotoarteterapia, fotografía terapéutica, fotografía inclusiva o social, pero lo más importante es su efecto terapéutico.

Como consideran Serrano y Digrandi (2014, p. 158).

La fotografía y los lenguajes audiovisuales como herramientas privilegiadas para dar pie y posibilidad a un despliegue narrativo personal que incorpora la memoria, el proyecto de vida, la emoción y la mirada. Son medios artísticos, en tanto que lenguajes comunicacionales y expresivos, que involucran a la persona en la acción de ser, de crear, narrar y registrar su presencia en el mundo, y que posibilitan una vía para la resignificación de las propias experiencias de vida.

Es así que el potencial terapéutico de la fotografía o la producción audiovisual de la misma, posibilita el diálogo entre la persona y las imágenes. El sujeto rescata o preserva las fotografías de la realidad que son significativas consciente o inconscientemente, estas imágenes son las que le ayudan en su autoexploración y autoconocimiento, ya que cuando la persona elige y preserva una imagen, es porque conecta con una parte suya.

Como señala López-Fdz. y Martínez (2006, p. 139).

La práctica fotográfica genera reflexión sobre la mirada hacia el mundo y hacia nosotros mismos. A su vez, provoca un ejercicio de extrañamiento en su contemplación, de desencuentro a veces y de tolerancia hacia nosotros mismos (...) Genera posibilidades de ser. El trabajo de la identidad, el cuerpo, la mirada, la imagen del otro, a través de una cámara fotográfica posibilita un ejercicio enriquecedor y sorprendente que puede utilizarse a distintos niveles, desde los más lúdicos a los más profundos y delicados. Uniendo sus distintos componentes de creación simbólica, analogía con la realidad y búsqueda de rastro en ellas, podemos embarcarnos en un trabajo creador que a su vez, nos crea irremediabilmente de nuevo.

Como la autora nos indica la fotografía tiene la cualidad de acercarnos al mundo, facilitar el vínculo con el otro a la vez que con uno mismo, y posibilita el reinventarse que es lo que se busca con esta propuesta: fortalecer y valorar la imagen del concepto de uno mismo.

La documentación consultada ofrece una visión positiva en relación a las posibilidades del Arteterapia para el abordaje de la EA. Este tipo de intervención puede conseguir una mejoría en la CV, la autopercepción, contener de los trastornos psicológicos y ralentizar el avance del deterioro cognitivo, mediante la estimulación multisensorial, la práctica de la creatividad y la psicomotricidad, es decir, manteniendo la actividad intelectual. No obstante debemos ser conscientes que si bien el Arteterapia resulta paliativo, no evita el progreso de la enfermedad.

## **4. Metodología**

### **4.1. Diseño de la investigación**

Como se indica a lo largo de este documento, la propuesta de investigación surge del interés por verificar los efectos terapéuticos del Arteterapia en el bienestar psicológico de las personas con EA. Para tal cometido se ve conveniente optar por un tipo de estudio Cuasi-experimental, con ausencia de un grupo de control. Se opta por este tipo de estudio porque como indican Reboloso, Fernández-Ramírez, y Cantón (2008) “los diseños no aleatorizados son apropiados para valorar programas de cobertura parcial” (p. 141).

De esta manera estaríamos cumpliendo con un objetivo de esta investigación, que es el comprobar la efectividad del programa de intervención de corte arteterapéutico (otro de los objetivos), pero no debemos olvidar que se está valorando una intervención con personas, por ello se decide optar por una Metodología Mixta. Que como sintetiza Salgado (2007, p. 77) las contribuciones de Vera (2005):

Es falsa la separación entre métodos empíricos e interpretativos como dos formas distintas de construir conocimiento, lo cual se sustenta en la noción de que es imposible observar sin interpretar, así como interpretar sin observar. Estas diferencias entre hacer investigación de corte cuantitativo y de corte cualitativo, según este autor, responden más bien a posturas de tipo ideológicas, son asuntos que se relacionan más con creencias y formaciones, que con estar construyendo conocimiento realmente por mecanismos distintos. En la práctica, no son separables.

La complementariedad de ambos métodos nos permite potenciar la comprensión del fenómeno de estudio. En este caso tratamos con construcciones conceptuales ampliamente difundidas que pueden ser interpretadas de manera personal de diversas formas, por ello el método cuantitativo nos ayuda a delimitar estas conceptualizaciones y no desviarnos del objetivo; además nos ayuda a valorar objetivamente los efectos del programa de Arteterapia, que como arteterapeutas nos interesa, para defender nuestra práctica profesional.

Como indican Fielding y Fielding (1986), “debemos combinar cuidadosamente y deliberadamente las teorías y los métodos con la intención de añadir amplitud o profundidad a nuestro análisis, pero no con el propósito de perseguir la verdad <objetiva>” (p. 33). No se trata de buscar una verdad absoluta, buscamos una explicación y comprensión profunda a aquello que sucede con el colectivo que se investiga.

## **4.2. Muestra**

La selección de la muestra será a través de un muestreo no probabilístico intencional, porque nos interesa que esté formada por sujetos con determinadas características y con el objetivo de que la intervención sea una acción significativa para ellos.

Desde esta perspectiva seleccionamos los siguientes criterios de inclusión-exclusión:

### **❖ Criterios de inclusión**

- Personas con EA en fase leve y moderada que presenten trastornos psicológicos característicos de esta enfermedad.
- Personas con interés por la expresión y exploración creativa.
- Personas que no padezcan una alteración crónica en la psicomotricidad y lenguaje.
- Personas que hayan firmado el consentimiento de registro fotográfico y audiovisual con fines académicos, y que además informa de su participación en la investigación.

### **❖ Criterios de exclusión**

- Personas que presenten alteración crónica en la psicomotricidad y el lenguaje, que les imposibilite el manejo de materiales y la comunicación verbal de sus pensamientos y sentimientos.
- Personas que se nieguen rotundamente a participar en actividades artísticas.

### 4.3. Variables

a) Variables dependientes:

Bienestar psicológico (Autoconcepto, autoestima, expresión y manejo de emociones).

b) Variables independientes

Programa de intervención arteterapéutica.

c) Variable excluyente

No mostrar interés por la participación en la propuesta.

Capacidad comunicativa y motriz muy afectada, que no permita la comunicación efectiva y la manipulación de materiales.

d) Variable de agrupamiento

Nivel de deterioro.

Presentar síntomas de trastorno psicológico (labilidad emocional, depresión y/o ansiedad).

Afinidad e interés por actividades artísticas.

### 4.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para verificar el proceso de cambio de los participantes respecto a las alteraciones psicológicas que presenten, se ve conveniente el uso de técnicas e instrumentos cuantitativos para corroborar el proceso de cambio. Como señalan Quecedo y Lancado (2002) “las técnicas cuantitativas, en los estudios cualitativos (...) contribuyen a la fiabilidad de los resultados cuando se emplean medidas estandarizadas para describir las variables de un contexto natural” (p. 11). Siguiendo esta premisa Pérez (1994, pp. 78-79) nos recuerda:

La investigación cualitativa, para lograr altos índices de fiabilidad, exige la elaboración de registros descriptivos que, sin caer en la estandarización, ayudan a regular los procesos.

En la investigación cualitativa se carece de medida, entendida en sentido estricto, y es la categorización la que juega este papel. Es decir, hay que asegurarse de que debajo de cada categoría se incluye lo que le corresponde, con el fin de lograr una mayor precisión y sistematización del proceso.

Para ello a nivel cuantitativo se evaluará el estado psicológico de los participantes, para observar el cambio a partir de su participación en el programa de intervención. A pesar de que

se vislumbra que la autoevaluación del estado emocional de los propios usuarios es poco fiable y/o irrealizable con personas en fases avanzadas de la enfermedad, las investigaciones que se realizan con este colectivo asumen, que las personas en estadios iniciales de la EA son capaces de expresar percepciones, expectativas y establecer juicios válidos acerca de su bienestar psicológico y su calidad de vida. Por ello se administrarán diferentes pruebas para evaluar el estado psicológico y el estadio de la enfermedad, para correlacionar si la misma llega a afectar al estado emocional, los siguientes instrumentos cuantitativos se aplicarán como pretest y postest.

❖ **Instrumentos Cuantitativos:**

- **Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS):** La CBS se construyó en EE.UU., adaptando la Cornell Scale for Depression in Dementia, al cambiar los ítems negativos de la depresión por adjetivos positivos, proporcionando así una evaluación general de la CV de personas con demencia ( $MMSE \geq 10$ ), la misma ha sido adaptada y tiene una utilización amplia en el país. A pesar de que se indica que la escala mide la CV, se opta por este instrumento por su facilidad y corto tiempo de administración con los usuarios, además de que como indican los autores del instrumento, la CV se identifica con la presencia de estado positivo (serenidad, autoestima, felicidad), satisfacción física y psicológica (peso, sueño reparador) y autoestima, y la ausencia de afectos y experiencias negativas (tristeza, ansiedad, irritabilidad, pérdida de peso, falta de energía), que como notaremos, estos indicadores están claramente relacionados con el bienestar psicológico.

De tal forma la escala CBS incluye áreas del estado de ánimo, alteraciones conductuales, signos físicos y funciones cíclicas; contiene 19 preguntas, no incluye preguntas relacionadas con capacidades cognitivas ni el estado funcional.

La administración se realiza mediante una entrevista semiestructurada conjunta con el afectado y el cuidador, aunque se pueden realizar las entrevistas por separado, se incorpora las opiniones de ambos en una única puntuación, el periodo de referencia es el último mes y la duración de la evaluación oscila entre 10-20 minutos.

- **(DQoL):** Los autores de este instrumento consideran que la CV es una experiencia meramente individual y subjetiva, por ello sólo puede ser valorada a partir de la información proporcionada por la propia persona. La DQoL está estructurada en

29 ítems y una pregunta genérica ¿cómo puntuaría su CV?, miden cinco dimensiones de la CV y las mismas están íntimamente relacionadas con el bienestar psicológico, las dimensiones que mide son: afecto positivo, ausencia de afecto negativo, autoestima, sentimientos de pertenencia y estética. Cada ítem cuenta con cinco opciones de respuesta de acuerdo a la frecuencia del evento, de nunca a muy frecuente. Se obtiene una puntuación para cada dominio, no habiendo una puntuación total o global de CV. La obtención de puntuaciones bajas en el área de ausencia de afecto negativo y puntuaciones altas en las otras áreas indica una buena CV. La escala es apropiada para su uso en personas con demencia leve/moderada con una puntuación en el MMSE  $\geq 12$ . Su aplicación es a través de una entrevista semiestructurada a la persona, tiene una duración estimada de 10 minutos.

En relación a la utilización de los test calidad de vida si bien parecen repetitivos y posiblemente sean agotadores para los participantes, consideramos que la correlación de datos obtenidos nos aportará mayor información.

- **El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC):** El instrumento se ha ido mencionando en párrafos anteriores como (MMSE) que son las siglas del instrumento original, que es el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001, el MEC es la adaptación española por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002.

Respecto a la denominación en sigla cabe mencionar que la forma más correcta sería la de MMSE, sin embargo, de aquí en adelante se ha optado por mantener la de MEC, dado su arraigo y uso extendido en el ámbito nacional.

El MEC se trata de un test de cribaje de demencias, útil para el seguimiento evolutivo de las mismas, su uso periódico es útil para caracterizar la evolución clínica de la persona. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo, sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje. Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características socioculturales de los mismos.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos el instrumento más útil para comparaciones internacionales.

El tiempo de administración es entre 5 a 10 minutos, se opta por el uso de este instrumento para correlacionar si los cambios en el deterioro cognitivo, influyen en el bienestar psicológico.

- **Hoja de registro de observación:** Mediante de la observación participante se realizará el registro de conducta. Para la construcción de la rejilla se recurre a la adaptación del test The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scala, que es aplicado a los cuidadores de las personas con EA. Los ítems que evalúa este test son características observables de las emociones, a estos se añadirán conductas observables en relación al proceso creativo, el registro de la misma será en cada una de las sesiones de Arteterapia.

#### ❖ Instrumentos cualitativos

- **Diario de campo:** Donde se realizará una descripción detallada de lo que acontece en el trabajo de campo, desde anécdotas, comentarios de los participantes y conductas e interrelaciones acontecidas.
- **Registro fotográfico:** Toma de fotografías de las sesiones centradas en el proceso creativo y las obras finalizadas, contando con un previo consentimiento de los participantes.
- **Entrevista abierta:** Con los terapeutas, en caso de que pueda ser posible con el cuidador. En la primera etapa será para conocer las características y necesidades específicas de los usuarios. En la intervención servirá para realizar un seguimiento de las sesiones, tanto para la mejora de las mismas como para, el seguimiento de los participantes respecto a la evolución o forma de actuar en diferentes situaciones fuera del taller.
- **Entrevista semiestructurada:** A los participantes al final de la intervención sobre su experiencia general.

Los datos obtenidos de la intervención, serán analizados mediante la triangulación de las diferentes fuentes y teorías, para la interpretación de la información y las conclusiones de la investigación.

#### 4.5. Disciplinas en las que se enmarca la investigación

La investigación, que persigue una profunda comprensión y evaluación del proceso de cambio a través de la propuesta de intervención arteterapéutica, enmarcará su acción y análisis en torno a la teoría y práctica del Arteterapia como principal foco de intervención, y se apoyará en la psicología positiva para su enfoque de acción y análisis, con el objetivo de un análisis integral.

A continuación se sintetiza las visiones de las disciplinas mencionadas:

- Arteterapia: Se ha desarrollado ampliamente en el marco metodológico.
- Psicología positiva: En este punto rescatamos la conceptualización de la psicología positiva que realizan Maganto y Maganto (2011) como una perspectiva científica “cuyo objetivo fundamental es entender las emociones positivas, aumentar las fortalezas y las virtudes de las personas y ofrecer pautas para encontrar lo que Aristóteles denomino la <buena vida> (p. 91)”.

**Tabla 11. Resumen del diseño de investigación.**

<b>Enfoque de la investigación</b>	<b>Cualitativo</b>
<b>Tipo de Estudio</b>	Cuasi-experimental de grupo único (sin grupo control)
<b>Metodología</b>	Mixta
<b>Muestra</b>	No probabilístico intencional
<b>Técnicas e instrumentos</b>	Cuantitativos y cualitativos
<b>Disciplinas en que se enmarca la investigación</b>	Arteterapia y Psicología positiva

**Tabla 12. Cronograma.**

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	META	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
				2016				2017								
				O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	
Ira. Etapa: Inserción de la arteterapeuta en la Institución.	Inserción institucional.	Observación participativa de la dinámica organizacional y de los usuarios. Apoyo a terapeutas en sus talleres y contacto con los usuarios.	Integrarse en el Centro y acercarse a los usuarios.													Responsable de la Institución Terapeuta supervisor Arteterapeuta
2da. Etapa: Elaboración de la propuesta de Intervención	Revisar y replantear la propuesta de intervención, tomando en cuenta las principales problemáticas que los usuarios presenten en el momento actual.	Entrevista abierta con los terapeutas para analizar las principales necesidades de los usuarios. Análisis de las observaciones. Planificación estratégica y operativa de la intervención Elaboración del consentimiento de participación en la investigación.	Conocer las características específicas de los usuarios.													Arteterapeuta Tutor Terapeuta supervisor Responsable de la Institución

3ra. Etapa: Ejecución de la propuesta de intervención.	Implementar la propuesta de intervención arteterapéutica.	Administración de pretest y postest Recolección de datos en trabajo de campo. Evaluación de las intervenciones y ajuste permanente del proceso. Análisis de casos.	Acercar al Arteterapia a los usuarios. Ejecutar la propuesta de intervención.																Arteterapeuta Tutor Terapeuta supervisor
4ta. Etapa: Redacción del documento de la investigación.	Redactar un documento científico de la investigación.	Análisis y sistematización de datos. Elaboración y Organización del informe.	Analizar y comprender los datos obtenidos de la intervención.																Arteterapeuta Tutor
5ta. Etapa: Evaluación.	Someter a evaluación el proceso de investigación.	Evaluación general y técnica del proceso de investigación. Evaluación del documento de investigación.	Evaluación de la investigación																Arteterapeuta Tutor
Defensa de la investigación.	Presentar los resultados sistematizados de la investigación.	Exposición pública de los productos relevantes del trabajo de investigación arteterapéutica ante un tribunal.	Validar la eficacia de la intervención arteterapéutica																Arteterapeuta Tutor Tribunal

## **5. Desarrollo de la propuesta de intervención y resultados esperados**

### **5.1. Diseño previo de la propuesta de intervención**

Como bien se ha mencionado a lo largo de la presente investigación, el interés está en evaluar los efectos terapéuticos de la intervención arteterapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer, para ello hemos delimitando el estudio y nos concentramos en el bienestar psicológico.

La intervención arteterapéutica para el bienestar psicológico en la EA, se direccionará a partir de los síntomas de trastornos psicológicos que se presenten con mayor frecuencia en este colectivo, como es la labilidad emocional, la depresión y la ansiedad y la baja autoestima. Nos concentramos en los aspectos emocionales debido a que en el Centro donde se pretende trabajar el área cognitiva ya es atendido de manera especializada.

De tal forma, la propuesta estará dirigida a trabajar el bienestar psicológico desde un enfoque práctico del Arteterapia, las actividades propuestas serán flexibles, abiertas, para que propicien diversidad de respuestas y buscando los intereses, demandas y necesidades individuales y grupales.

Desde el posicionamiento arteterapéutico defendemos que el camino se irá construyendo, ya que al invitar a la persona a experimentar con el lenguaje artístico, será la misma quien defina su propio lenguaje de expresión ya sea desde la pintura, el collage, la escritura, la fotografía, la escultura (se abrirá un camino a su propio proyecto creativo), es decir en un primer momento se ofrecerá un abanico de posibilidades de expresión.

Como se expone en el diseño metodológico la puesta en práctica y análisis será enfocada desde los principios del Arteterapia y la Psicología Positiva, para trabajar de esta manera su capacidad de creatividad, expresión, capacidades motrices y expresivas, la toma de decisión, autonomía en relación del propio sujeto y su obra como defiende el Arteterapia.

Es por eso que en la presente propuesta no se realiza una planificación de actividades por sesiones, ya que desde la experiencia de prácticas hemos aprendido que las actividades van surgiendo y vamos adecuándonos a las personas. Sin embargo se usará como base, la

propuesta de intervención de prácticas para introducir el Arteterapia, las mismas pasarán a revisión y adecuación para el momento actual y los participantes con los que se vaya a tener contacto.

La única direccionalidad y pauta será la búsqueda de bienestar psicológico a través de la promoción de emociones positivas, valorización del autoconcepto, el re-descubrimiento de capacidades creativas.

Con la propuesta de intervención, nos centraremos de manera directa sobre los factores que componen el autoconcepto, realizando actividades que favorezcan a la valoración positiva de la percepción de sí mismo a través del descubrimiento y práctica de la creatividad, habilidades y capacidades creativas, es decir centrándonos en las capacidades conservadas de las personas y en sus potencialidades como podemos rescatar de la Psicología Positiva y a la vez estudiar como este proceso de desarrollo creativo no solo tiene efectos en el bienestar psicológico, también puede favorecer un desarrollo del empoderamiento de las personas en relación de sus capacidades creativas y expresivas a través del arte, en especial la fotografía por su virtud de conectar de manera directa con la realidad, la imagen corporal y las emociones.

## **5.2. Posicionamiento arteterapéutico**

Para la posición del arteterapeuta se priorizará el colectivo con quien se va a trabajar, por ello en este caso buscando que la propuesta sea el de mayor beneficio para los usuarios, la posición en AFAVA será desde un enfoque humanista-empoderador en el que se valoriza el aquí y ahora del proceso rescatando la historia personal y las emociones de los participantes de la intervención. El papel ha de ser de acompañamiento en el proceso creativo, para facilitar la creación y el manejo de las técnicas artísticas para la expresión a través de la obra.

Para la puesta en marcha de la propuesta es importante marcar la diferencia de la sesión de Arteterapia, para que los usuarios la diferencien de las demás dinámicas y temáticas que trabajan en los talleres propios del Centro, por ello es necesario perfilar el rol del arteterapeuta como un guía-acompañante del proceso creativo de los usuarios, es decir que durante las sesiones el arteterapeuta se invitará y animará a la expresión de emociones e intereses que presente el paciente.

### 5.3. Encuadre y metodología arteterapéutica

En relación al encuadre arteterapéutico, las actividades se llevarán a cabo en un espacio diferente en el que los usuarios del Centro realizan sus demás actividades, se ambientará el lugar con música instrumental de fondo para crear un espacio relajante, se dispondrán los materiales para el fácil acceso y manejo de los usuarios.

En cuanto al encuadre interno, es importante reseñar que por las características de los usuarios, se opta por una línea de participación-acción, en la que se propondrá un punto de partida para iniciar la sesión y cada usuario seguirá su proceso de creación contando con el acompañamiento del arteterapeuta, en este espacio el participante será libre de elegir el camino en relación a su obra, se promoverá la interrelación entre compañeros, ya que en la Arteterapia antes que valorar una obra o dirigir una intervención, se busca generar el vínculo del usuario con su obra, el terapeuta y el grupo (en caso de intervención grupal).

### 5.4. Destinatarios

Bajo los criterios de selección de muestra desarrollados en el epígrafe de diseño metodológico, se espera formar los grupos que se expone en la tabla 11<sup>10</sup>.

**Tabla 13. Conformación de los grupos de intervención.**

Grupo	Nivel de deterioro	Integrantes
Naranja mañana	Leve	5 a 8
Verde mañana	Moderado	5 a 8
Naranja tarde	Leve	5 a 8
Verde tarde	Moderado	5 a 8

Debido a las particulares de los participantes el programa de intervención deberá adaptarse en la medida de lo posible, respetando sus costumbres, hábitos y horarios, pues la capacidad de adaptación a nuevas situaciones es notablemente dificultosa.

---

<sup>10</sup> Nótese que el nombre de los grupos indican color y turno, esta denominación se basa en los diferentes grupos que existen en el Centro, los mismos están divididos por salas con nombres de color, y se diferencian por el turno. Ver anexo 1, para mayor información.

## **5.5. Objetivos de la intervención arteterapéutica**

### **5.5.1. Objetivo general**

Promover el bienestar psicológico de las personas con enfermedad de Alzheimer con el uso de técnicas arteterapéuticas.

### **5.5.2. Objetivos específicos**

1. Propiciar un espacio para la creatividad, introspección, expresión de emociones y pensamientos a través de técnicas artísticas.
2. Rescatar y visibilizar los recuerdos de la memoria autobiográfica en el aquí y ahora reflejada en sus obras.
3. Valorizar el autoconcepto a través del proceso creativo y teniendo como medio transversal el visionado del registro fotográfico.

## **5.6. Temporalización**

Con el objetivo de no desestructurar la rutina cotidiana a la que los usuarios están habituados, se verá conveniente desarrollar la propuesta de intervención un día de la semana que dentro del horario de actividades del centro estén dirigidas a talleres de praxis y/o canto para que así pueda relacionarse las actividades a un taller de tipo experimental-vivencial. La intervención tendrá una duración de 6 meses.

## **5.7. Estrategia de intervención**

Como se ha ido comentando en anteriores puntos, la presente propuesta de intervención se basa en una metodología cualitativa, con enfoque de participación-acción, recurriendo a diversas técnicas y materiales artísticos.

Las sesiones serán estructuradas en tres fases: Inicio, desarrollo y retroalimentación, destacar que con el registro fotográfico de las sesiones y las obras de los usuarios se elaborarán videos, para el visionado de su proceso creativo de la sesión anterior.

Por las actividades a los que la población está habituada en el Centro se sugiere, que las sesiones inicien con una temática propuesta por el terapeuta, para que este sirva de estimulador y lo posterior será el propio deseo y decisión de la persona. Rescatando el aporte

del termino flow (flujo) del psicólogo Csikszentmihalyi, con la intervención se generará un espacio para que la persona fluya.

El concepto de flow de Csikszentmihalyi, es sintetizado por Maganto y Maganto (2011, p. 46) como:

Un estado de experiencia óptima en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante el cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unos tras otros sin pausa. Todo el ser está envuelto en esta actividad y la persona utiliza sus destrezas y habilidades llevándolas hasta el extremo.

El flujo depende de la capacidad de controlar nuestra vida interna, nuestra conciencia momento a momento, y cada persona lo logra gracias a su propio esfuerzo y creatividad.

Las personas que saben controlar su experiencia interna son capaces de determinar la calidad de sus vidas, y eso es lo más cerca que podemos estar de ser felices.

De esta manera la intervención enfocada desde la psicología positiva y el empoderamiento, refuerzan la capacidad del poder creador de la persona a partir de la experimentación del fluir el dejarse llevar a su propio disfrute.

Como nos sigue indicando Maganto y Maganto (2011), a medida que la persona desarrolla la capacidad de fluir es capaz de superar dificultades, aprender y disfrutar, dándose así el efecto de retroalimentación, a través de un proceso circular, a mejor desarrollo de las actividades, mayor motivación, mayor flujo, es lo que Csikszentmihalyi denominó “motor para el aprendizaje” ocurriendo así la combinación entre el fluir y la conciencia. Por estas características se adoptará esta base teórica como modelo de acción y cambio para el proceso de intervención.

Maganto y Maganto (2011) propone como este modelo de acción como, flujo circular del aprendizaje.

**Figura 3. Modelo de acción de intervención.**



**Figura. 2.** El modelo de acción de la intervención, se basa en la teoría del flujo de Csíkszentmihályi, que nos indica que cuando la persona focaliza toda su atención y energía en una actividad, se produce el flujo que conlleva el éxito de la ejecución en el proceso.

Fuente: Figura de Flujo circular de aprendizaje en Maganto y Maganto (2011, p. 53).

## **5.8. Resultados esperados**

En relación al trabajo de campo, el resultado esperado es contribuir al bienestar psicológico de las personas con EA, reducir los síntomas de trastorno psicológico, empoderar a las personas en cuanto a sus capacidades creativas, dignificar su autoconcepto y fortalecer su autoestima. Para alcanzar estas metas, la presente propuesta de intervención se someterá a un análisis y evaluación, en base a las principales problemáticas y necesidades que los participantes presenten en el momento en que la intervención vaya a realizarse.

En cuanto a la investigación se espera alcanzar un análisis profundo de comprensión del proceso de cambio para evaluar el proceso de intervención.

## 6. Conclusiones

Volviendo a la pregunta que da origen al diseño de esta investigación, ¿El Arteterapia puede ser un recurso terapéutico válido para favorecer el bienestar psicológico de las personas con Enfermedad de Alzheimer?.

Tras la revisión y análisis bibliográfico afirmaríamos que sí, que “el Arteterapia favorece el bienestar psicológico de las personas con EA”, pero caeríamos en un error y estaríamos dejando de lado nuestro principal objetivo, que es dar validez a esa afirmación. Para responder a la pregunta aún nos queda un camino que recorrer, que es la intervención y el posterior análisis de la misma, por eso la presente propuesta de investigación, es solo eso, una propuesta, aún está pendiente: aplicar las estrategias de intervención y comprobar las hipótesis.

Como se puede revisar en el anexo 1, en el período de prácticas se consiguió observar que la práctica de los diferentes lenguajes artísticos y el visionado de las fotografías de las sesiones y las obras favorecen el bienestar psicológico; ya que la fotografía fortalece el autoconcepto y conecta a la personas con sus compañeros, sus emociones, sus recuerdos y sus deseos. Sin embargo, por el tamaño de los grupos y el tiempo no se logró aplicar instrumentos de medición objetivos, por ello con esta propuesta de investigación se quiere demostrar la validez de los resultados obtenidos con la intervención arteterapéutica.

Para tal fin hemos realizado un diseño de investigación estricta, que nos ayude a validar el Arteterapia como profesión al servicio del bienestar de las personas y la inclusión social, y no solo como actividades de ocio; más bien como un recurso terapéutico que es capaz de empoderar a las personas.

Se busca defender la idea de que el arte como recurso terapéutico produce bienestar psicológico, proponemos un marco metodológico estructurado pero flexible a la vez, con el fin de analizar objetivamente los efectos que se producen a partir del acercamiento y experiencia con el Arteterapia.

Es evidente que no podemos dar conclusiones de resultados empíricos, pero si podemos hacerlo de la revisión bibliográfica y metodológica en la que se ha enmarcado esta propuesta de investigación.

Podemos afirmar que la población con EA, merece nuestra especial atención, ya que a medida que pasan los años las cifras se van incrementando. Por eso es necesario la creación de intervenciones terapéuticas innovadoras e integradoras, es decir que la atención sea holística y se trate de intervenir en todas las áreas (físico, psicológico y social) afectadas.

En la base bibliográfica en relación al Arteterapia podemos encontrar que diferentes autores y experiencias afirman, que como recurso terapéutico estimula y favorece no solo la creatividad y la expresión, también mejora el estado psicológico, físico y social.

En el caso de las personas afectadas con la EA, debemos tener presente que “el trabajo de Arteterapia con estas personas está basado en el aquí y el ahora, en el momento presente, por lo que cualquier otra aspiración de incidir en su conducta o propiciar cambios es realmente ingenuo”. (Martínez, 2006, p. 60). Con esta afirmación la autora nos recuerda, que si bien el Arteterapia posibilita un espacio en el que las personas pueden poner en marcha la creatividad, la estimulación de capacidades y la interrelación los efectos de la enfermedad continúan.

Como arteterapeutas proporcionamos un acompañamiento desde y con el arte para hacer el recorrido con la enfermedad más agradable, buscando aportar a su bienestar y su calidad de vida. A pesar de que los resultados no llegan a ser duraderos y constantes, contribuyen a sobrellevar de manera más favorable su día a día con la enfermedad.

Por otra parte se puede apreciar que en la revisión bibliográfica solo se analiza la fotografía como técnica del Arteterapia, esto se debe a que en la experiencia de prácticas, se logró apreciar su potencial en relación a la valorización de la imagen personal, ya que las personas al verse a sí mismos en el acto de creación, se sorprenden de sus capacidades.

Sin embargo, se debe aclarar que la intervención no se centrará solo en esta técnica, ya que no es conveniente trabajar solamente con una, porque las personas tienden a cansarse rápidamente con la monotonía; logra ser más favorable ofrecer diversidad de técnicas, materiales y recursos, para que disfruten con una o varias, y así evitar y prevenir el rechazo al trabajo.

En relación a la metodología de investigación hemos llegado a comprender, que la elección de la misma es determinada por el sujeto-objeto de estudio. Como investigadores debemos elegir y elaborar un diseño metodológico que se adecue al objeto de investigación, si es necesario debemos de combinar teorías y métodos con el único fin de añadir amplitud y profundidad al análisis de la investigación, para lograr la comprensión profunda del sujeto-objeto de estudio, porque como investigadores sociales no buscamos la verdad absoluta, buscamos la comprensión del fenómeno.

## 7. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Medica panamericana.
- Arias, D., y Vargas, C. (2003). *La creación artística como terapia* (1ra ed.). Barcelona: RBA Libros.
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. (2006). *Código ético*. Recuperado de <http://www.arteterapia.org.es>
- Avia, M., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: psicología de las emociones positivas* (Primera). Madrid: Alianza.
- Ayala, A., Castro, E., Díaz, A., Fernández-Mayoralas, G., Joao, M., Frades Payo, B., ... Sanz-Barbero, B. (2015). *Salud y Calidad de Vida de Personas Mayores con Demencia Institucionalizadas*. (M. João y C. Rodríguez-Blázquez, Eds.). Madrid: Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad.
- Carretero, V., y Mendoza, C. (2012). Intervención Desde el área neuropsicológica. In *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. PwC. Recuperado de [https://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/\\$FILE/Guia\\_profesionales\\_Alzheimer\\_final.pdf](https://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/$FILE/Guia_profesionales_Alzheimer_final.pdf)
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Del Río, M. (2009). Arteterapia y Alzheimer. En N. Martínez y M. López-Fdez. (Eds.), *Reinventar la vida: el arte como terapia* (pp. 127–142). Madrid: Editorial Eneida.
- Fernández-Merino, V. (2013). *El Alzheimer día a día*. Madrid: Los libros del Olivo.
- Fernández, J. A., Touriño, R., Benítez, N., y Abelleira, C. (2010). *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: FEARP.

Fielding, N., & Fielding, J. (1986). *Linking data*. Beverly Hills: Sage.

Fundación Alzheimer España. (2015). Cual es su frecuencia. Recuperado de <http://www.alzfae.org/alzheimer/99-alzheimer-a-fondo/frecuencia-alzheimer>

García, J. (2013). Inclusión Social en los Museos Españoles para Personas con Alzheimer. En B. Fernández (Ed.), *Algunas reflexiones y aportaciones al Seminario Internacional de Arte Inclusivo SIAI 2013* (pp. 65–84). Almería: SIAI y Universidad de Almería. Recuperado de <http://www.arteinclusivo.com/wp-content/uploads/2014/09/SIAI-2013-Libro.pdf>

García, J. (Coord. . (2015). *Guía práctica de terapias estimulativas en el Alzheimer*. Madrid: Síntesis.

George, L. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. En K. Schaie & J. Hendricks (Eds.), *The evolution of the aging self* (pp. 1–35). New York: Springer.

Goñi, A. (2009). *El autoconcepto físico*. Madrid: Pirámide.

Gutiérrez, E. (2011). *Arteterapia humanista: proceso gestáltico a través de los chacras*. Madrid: Mandala.

Hogeweyk. (n.d.). *Concept*. Recuperado de <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>

Instituto Nacional de Estadística. (2015). *España en cifras 2015*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Junqué, C., y Barroso, J. (2009). Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos. En C. Junqué y J. Barroso (Eds.), *Manual de neuropsicología* (pp. 225–252). Madrid: Síntesis.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.

- Klein, J. (2013). Alzheimer y fuerza vital. en A. Arbúes y M. Garrido (Eds.), *Arteterapia en el ámbito de la salud mental* (pp. 309–320). Huelva: ASANART. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/264401256\\_Arteterapia\\_en\\_elambito\\_de\\_la\\_Salud\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/264401256_Arteterapia_en_elambito_de_la_Salud_Mental)
- Klein, J.-P. (Coord.), Bassols, M., y Bonet, E. (2012). *Arteterapia: la creación como proceso de transformación*. Barcelona: Octaedro.
- Lawton, M. (1997). Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(6), 91–99.
- León-Salas, B., y Martínez-Martín, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría*, 2(2), 69–81. Recuperado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/julho10b.pdf>
- León-Salas, B. (2015). *Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas* (Tesis doctoral). UCM Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Madrid. Recuperado de <http://eprints.sim.ucm.es/27912/1/T35623.pdf>
- Lerín, M. (2013). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. Tarragona: Altaria.
- López-Fdz., M., y Martínez, N. (2004). El arte como terapia en España. En P. (Coord. . Domínguez-Toscano (Ed.), *Arteterapia principios y ámbitos de aplicación* (pp. 31–58). Sevilla: Junta de Andalucía.
- López-Fdz., M., y Martínez, N. (2006). *Arteterapia: Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- López, L., y Ullan, A. (2015). Arte y comunicación para la socialización de personas con alzhéimer y otras demencias. *COMMONS Revista de Comunicación y Ciudadanía Digital*, 4(1), 97–123.
- Lyubomirshy, S. (2001). Why are some people happier than other? *American Psychologist*, 56(3), 239–249.

- Mace, N., y Rabins, P. (2004). *El día de 36 horas*. Barcelona: Paidós.
- Maganto, C., y Maganto, J. (2011). *Cómo potenciar las emociones positivas y afrontar las negativas*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, N. (2006). Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Papeles de Arteterapia Y Educación Artística Para La Inclusión Social*, 1, 45–67.
- Mora, M., y Raich, R. (2010). *Autoestima: evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Mruk, C. (1998). *Auto-estima: investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad De Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.
- Reboloso, E., Fernández-Ramírez, B., y Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid: Síntesis.
- Remor, E., y Amorós, M. (2013). *La potenciación de los recursos psicológicos: Manual del programa + recursos*. Madrid. Delta.
- Ryan, R., y Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychological Association*, 55(1), 68–78.
- Ryan, R., y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Salgado, A. (2007). Evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71–78.
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Schneider, S. (2001). In search of realistic optimism. *American Psychologist*, 56(3), 250–263.
- Seligman, M. (2004). *Aprenda optimismo* (1ra. ed.). Barcelona: Debolsillo.
- Serrano, A., y Digrandi, C. (2014). Narrar con imágenes: posibilidades de la fotografía y de los lenguajes audio- visuales en arteterapia. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia Y Educación Artística Para La Inclusión Social*, 9, 157–158.
- Triadó, M.-C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, n° 19. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I , n° 19. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-19.pdf>
- Ullán, A. (2011). Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El proyecto AR.S: Arte y salud. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 23(Especial), 77–88.
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R. (2009). *Manual de aplicación de la Escala de GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya. Recuperado de <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
- Viñuelas, D. (2015). *El camino de la fotología. De las fototerapias a la fotografía*. Barcelona: David Viñuelas.

## 8. Anexos

### Anexo 1. Experiencia base para la propuesta de investigación (Prácticas del Master)

#### 1. Contextualización

La institución donde se realizó las prácticas del Master de Arteterapia es la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valladolid (AFAVA), que se encuentra ubicada en la plaza Carmen Ferreiro, número 3.

AFAVA fue fundada el año 1995 por familiares de personas con la Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias, es una asociación sin ánimo de lucro que tiene en funcionamiento diversos servicios de atención (que se detallan en la tabla 1), las cuales principalmente se centran en la ralentización de la enfermedad en las personas que la padecen y el apoyo psicológico a los familiares.

**Tabla 1.** Servicios de atención que ofrece AFAVA

Servicios de atención
Servicio de información y orientación
Centro de Día terapéutico
Asistencia parcial a talleres
Estimulación cognitiva a domicilio
Ayuda en domicilio especializada
Grupo de Ayuda Mutua
Consultas individuales con la psicóloga
Charlas informativas
Ciclos de conferencias
Cursos especializados
Cine forum

El proceso de admisión de usuarios a AFAVA se realiza a través del servicio de información y orientación en la que se siguen los siguientes pasos:

1. Recepción de solicitudes para los distintos servicios.
2. Lista de espera (en caso de que la demanda supere a la oferta).
3. Valoración (médica y terapéutica).
4. Incorporación en el momento que exista una plaza vacante.

Pasando este proceso los interesados pueden acceder a los servicios especializados y adaptados que AFAVA ofrece.

## **1.1. Infraestructura**

Para hacer referencia a la infraestructura, se ha de mencionar que AFAVA, cuenta con una infraestructura para la atención a los familiares y otra para la atención de las personas con EA, la misma cuenta con diferentes salas de atención.

La organización de las salas se hace en base al nivel de deterioro cognitivo de los beneficiarios, se organiza a los usuarios en cuatro grupos por la mañana y cuatro por la tarde. Cada grupo ocupa una sala designada con un color, así encontramos la sala naranja, sala verde, sala amarilla y sala de descanso, cada una tiene el objetivo de albergar a un grupo de personas que tengan similares capacidades físicas y cognitivas conservadas, las características físicas de las salas son las siguientes:

- Sala Naranja: Situada en la segunda planta, los usuarios acceden a ella a través de un ascensor, en el espacio se distribuyen tres mesas en forma de semiluna, sillas con respaldo y apoyabrazos, tiene capacidad para albergar a 18 usuarios, cuenta con una pizarra digital, altavoces, videoconsola (Xbox kinect). La sala a la vez tiene un espacio dividido que sirve de oficina y sesiones individuales.
- Sala Verde: Ubicada en la segunda planta, con capacidad para 18 usuarios, dispone de tres mesas en forma de semiluna, sillas, pizarra digital y altavoces.
- Sala Amarilla: Se sitúa en la primera planta, cuenta con el mismo mobiliario que las otras dos salas y tres sillas de descanso.
- Sala de descanso: Localizada en la primera planta, acoge a un número menor de usuarios, cuenta con mesas rectangulares, sillas con respaldo y apoyabrazos, y dos sillas de descanso.

También cabe mencionar que la Asociación, cuenta con medios tecnológicos para el trabajo individual, como ser ordenadores y portátiles con pantallas táctiles y tablets.



Sala naranja, foto Maribel Escalera.



Sala verde, foto Maribel Escalera.



Sala amarilla, foto Jaime Carretero<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Terapeuta de AFAVA.

## 2. Población destinataria

La población destinataria del Centro son personas con EA y otras demencias. Los usuarios están organizados en cuatro salas, cada una alberga a usuarios con características similares, a continuación se detallan las mismas.

- **Sala naranja:** Los participantes se encuentran en una fase inicial de la enfermedad, presentan deterioro cognitivo leve, la mayoría de los casos es consciente de la pérdida de memoria que sufre, en algunos casos lo asimilan y otros lo niegan, lo cual a la vez deriva en alteraciones emocionales, que pueden manifestarse como síntomas ansioso-depresivos. Se trata de personas que conservan la memoria de largo plazo, la memoria a corto plazo es la más afectada en esta fase inicial, lo cual puede afectar a que no recuerden episodios recientes de su vida, nombres de objetos conocidos, desorientación en tiempo y espacio; por otra parte, aún son autónomos para ejecutar tareas cotidianas y desplazarse por lugares conocidos. Se trata de un grupo que conservan bastantes capacidades, lo que facilita la posibilidad de manipulación de materiales y la expresión de ideas, es un grupo interesado en trabajar y ejercitar la memoria, por lo cual las actividades que se proponen deben ser dinámicas, exigentes y adecuadas a su realidad, porque proponer actividades de tipo infantil puede ser percibido de forma ofensiva.
- **Sala verde:** Este grupo denota heterogeneidad entre los integrantes, se puede encontrar personas con un grado de autonomía alta, fluidez y coherencia en el lenguaje, capacidad de atención y comprensión conservada; por otra parte hay personas más dependientes, con alteraciones más notables en el lenguaje expresivo y comprensivo, con episodios de desorientación en el tiempo y espacio más acentuados. Debido a esta heterogeneidad, en el caso de sesiones de Arteterapia resulta esencial trabajar en subgrupos de 4 a 6 personas por facilitador, lo cual fue factible a la hora de llevar a cabo las sesiones, gracias al apoyo de la terapeuta y otra estudiante en prácticas que ayudaron a guiar y apoyar a los participantes al realizar las actividades, a la vez recordándoles sus propias ideas, ya que por las características del deterioro cognitivo pueden olvidarlas de un momento a otro y otros sin embargo pueden realizar las actividades de manera autónoma y concentrados en su trabajo, las actividades propuestas deben tratar de evitar el cansancio para no ser considerada aburrida o como algo inútil, conviene ser de complejidad media.

- **Sala amarilla:** Integrada por personas con deterioro cognitivo severo, los mismos se encuentran en una fase moderada-avanzada, requieren apoyo para realizar actividades de la vida cotidiana (comer, vestirse, mantener su higiene personal, control de esfínteres), el daño en las habilidades motoras es más notorio, los cambios emocionales son bruscos (pueden gritar, llorar, reír, enojarse sin motivo aparente), mayor pérdida en la memoria de corto y largo plazo.  
Si bien de acuerdo a lo descrito se puede apreciar grandes déficits de capacidades cognitivas y motoras las personas de este grupo denotan variabilidades en cuanto a capacidades, ya que algunos aún son capaces de entender y expresar sus ideas, comunicarse de manera eficiente, y sin embargo otros han perdido la capacidad tanto de expresarse verbalmente y comprender, pero pueden recordar episodios de su vida.
- **Sala de Descanso:** Alberga a usuarios en fase avanzada de la EA, las intervenciones están principalmente dirigidas al cuidado y atención física y el ocio.

### 3. Tratamientos del Centro

En referencia a las actividades realizadas por el Centro, las técnicas y métodos se centran, de manera primordial, en la estimulación cognitiva, dado que en estos casos es favorable para ralentizar los efectos de la enfermedad. Para la propuesta arteterapéutica es conveniente que se mantenga ciertas características del modelo de trabajo, por esta razón se vio conveniente optar por actividades semiestructuradas, que consistieron en dar pautas para la realización de las actividades, lo más propicio y útil con los beneficiarios fue trabajar la reminiscencia, debido a que de esta manera se trabaja la memoria autobiográfica con metodología arteterapéutica, para comprender mejor esta elección en las siguientes líneas se describirá las características de las técnicas de trabajo utilizados por los terapeutas del Centro.

Las técnicas utilizadas por los terapeutas son de orientación cognitiva, no obstante, en la puesta en práctica, se puede diferenciar sutilmente el estilo de cada terapeuta, porque los mismos tienen una formación diferente entre sí, ello representa un plus para los usuarios y el Centro, porque si bien los objetivos se concentran en la estimulación cognitiva, las actividades se plantean con diferentes metodologías.

Las diferentes técnicas de estimulación cognitiva utilizadas por los profesionales son adecuados a cada nivel de deterioro. Los mismos se resumen en la tabla 2.

**Tabla 2.** Técnicas de estimulación cognitiva

<b>Técnicas aplicadas en el Centro</b>
Orientación a la realidad
Talleres con NeuronUP
Talleres de memoria
Talleres de praxis
Talleres de cálculo
Talleres de logopedia
Talleres de estimulación sensorial
Actividades de la vida diaria
Taller de canto

Todas estas técnicas tienen el objetivo de ralentizar los efectos de la enfermedad, mantener y mejorar la calidad de vida de los usuarios, a continuación se realiza una descripción de los mismos.

**- Orientación a la realidad:** Es una técnica de estimulación cognitiva que tiene el objetivo de informar y ubicar a los usuarios en su entorno cercano. Se realiza diariamente la primera media hora, se revisa las noticias del periódico en la pantalla digital o en la versión impresa, seguidamente se pide a los usuarios recordar la fecha del día, el lugar, la ciudad y la estación del año esta información es anotada en la pizarra, a continuación los usuarios completan una ficha con los datos personales (nombre, fecha y lugar de nacimiento) y los datos anteriores, la misma ficha contiene una actividad de atención y concentración, de esta manera con este taller además de la orientación en tiempo y espacio se trabaja la memoria, la atención y el lenguaje tanto verbal y escrito.

**- Talleres con NeuronUP:** Esta es una plataforma web que cuenta de un gran número de materiales y recursos para diseñar sesiones de rehabilitación y estimulación cognitiva, para acceder a la misma se debe de adquirir la licencia de uso. Esta plataforma web permite la realización de talleres de estimulación cognitiva de manera visual y creativa, contiene actividades para trabajar las áreas de intervención; actividades de la vida diaria, habilidades sociales y funciones cognitivas. Los profesionales del Centro trabajan con esta última área que a la vez engloba las subáreas de: orientación, atención, praxias, gnosias, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, habilidades visoespaciales, además el programa también permite la creación de actividades por los profesionales.

La utilización de las nuevas tecnologías aporta un gran beneficio a los usuarios, ya que toda la información emitida verbalmente está apoyada de imágenes y es interactivo. Este tipo de

taller favorece la atención y retención de información porque se emiten por dos canales (auditivos y visuales), asimismo es adecuado para trabajar actividades para la participación grupal e individual.

- **Talleres de memoria:** Para trabajar esta área se recurre a la memoria semántica con la que se trabaja la información y conocimiento adquirido, por ejemplo dichos populares, obras de arte, refranes, etc.

- **Talleres de praxis:** De acuerdo al nivel de las salas, se trabaja esta área mediante la construcción de objetos con materiales de escritorio, pinturas y telas que finalizan en unas fichas en las que los usuarios deben recortar, pegar y/o pintar. Estas actividades se dirigen a potenciar la motricidad fina. Por otra parte en este taller también se trabaja con juegos de mesa, que resultan aptos para la estimulación de la concentración.

- **Talleres de cálculo:** Se realizan operaciones matemáticas, cálculo mental, reconocimiento de cifras y cantidades mediante el uso de fichas o la plataforma NeuronUP.

- **Taller de logopedia:** Este taller está dirigido a trabajar la expresión y comprensión del lenguaje con ejercicios diversos y dinámicos.

- **Taller de estimulación sensorial:** Persigue el objetivo de estimular la sensibilidad y asociación de estímulos sensoriales a través de la manipulación y reconocimiento de colores, texturas, formas y olores.

- **Actividades de la vida diaria:** Consiste en ejercicios prácticos con objetos de uso cotidiano para, trabajar la atención y la memoria a través de preguntas que estimulen el recuerdo de las características y uso de los objetos. Con estas actividades se pretende fomentar tanto la memoria, como la autonomía de los usuarios.

- **Taller de canto:** Este taller aporta a los usuarios motivación, emociones positivas, autoestima y varias funciones cognitivas, porque al cantar canciones conocidas los usuarios son capaces de recordar las vivencias que tuvieron en la época de esas canciones. La actividad se lleva a cabo una vez por semana, con una duración de 45 min., está dirigido por un corista voluntario.

Los profesionales de AFAVA procuran que la totalidad de los usuarios se beneficien de todos los talleres, para ello dependiendo del estadio de la enfermedad las actividades, se adaptan a las capacidades de los destinatarios.

Cabe destacar que las intervenciones que se llevan a cabo, poseen una perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, persiguen el objetivo de ralentizar los efectos de la enfermedad y mejorar las condiciones de la calidad de vida de sus beneficiarios, es así que los talleres adquieren un horario y día específico con una duración de 30, 45 y 60 min., a la vez cada taller esta intercalada por los servicios de gerontogimnasia y refrigerio. Es así que el Centro posee un servicio integral para sus usuarios tanto a nivel físico, cognitivo y afectivo ya que en todo momento se procura la interacción social y refuerzo de la autoestima de forma transversal en todas las actividades.

También mencionar que los profesionales realizan un seguimiento y evaluación de casos, para valorar cambios a nivel cognitivo y conductual a través de entrevistas y batería de test de evaluación cognitiva específicas para este colectivo.

## **4. Propuesta de Intervención arteterapéutica**

### **4.1. Encuadre y Metodología**

En referencia al encuadre arteterapéutico, las actividades se desarrollaron en las salas correspondientes a cada grupo, el espacio se ambienta con música de fondo para crear un espacio de relajación, los materiales se disponen para el fácil acceso y manejo de los usuarios. El espacio solo cambia en el caso de las sesiones individuales, que se realiza en una sala privada con las mismas características que el grupal.

En cuanto al encuadre interno, la intervención se realiza desde una posición de acompañamiento. Es importante resaltar que por las características de los usuarios se opta por una línea de participación-acción, en la que se propone un punto de partida para iniciar la sesión y cada usuario sigue su proceso de creación contando con el acompañamiento de la arteterapeuta, en este espacio el participante es libre de elegir del camino a seguir en relación a su obra, también es libre de participar o no de la actividad, se permite y promueve la interrelación entre compañeros.

## **4.2. Posicionamiento arteterapéutico**

Para la formulación de la propuesta arteterapéutica y la posición del arteterapeuta antes que nada se debe priorizar el colectivo con quien se va a trabajar, por ello en este caso buscando que la propuesta sea el de mayor beneficio para los usuarios, se decide optar por hacer uso de los conocimientos arteterapéuticos para promover el bienestar de los usuarios, por tanto la posición arteterapéutica en AFAVA fue desde una visión humanista, en el que se valoriza el aquí y ahora del proceso rescatando la historia personal de los usuarios, el rol que se sigue es de acompañar en el proceso creativo, facilitar la creación y uso de las herramientas artísticas para la expresión a través de la obra.

Es significativo marcar la diferencia y singularidad del taller de Arteterapia, para que los usuarios la diferencien de las demás dinámicas y temáticas que se trabajan en los talleres propios del Centro. Por ello es necesario perfilar el rol del arteterapeuta como un guía del proceso creativo de los usuarios, es decir que durante las sesiones el arteterapeuta anima a la expresión de emociones e intereses que presente el usuario, para ello se le facilita diferentes materiales.

El trabajo realizado siempre ha de ser valorado como válido, no será calificado en términos estéticos aunque sí se lo puede comentar con el fin de elevar la autoestima, pero dejando claro que el verdadero valor de la obra reside en aquello que expresa o significa para el usuario y en las sensaciones que ha experimentado al realizarlo. Por tanto, el uso del material y combinación de los mismos es libre, salvo que el usuario solicite sugerencias para encaminar su obra, en ese caso se le puede plantear entre dos o varias opciones de materiales o técnicas, para que en todo momento sea la persona quien decida sobre su obra.

En el caso de AFAVA, se vio necesario sugerir la temática de las sesiones, porque no se debe olvidar que uno de los objetivos del Centro es la estimulación cognitiva y desde la propuesta arteterapéutica se trabajó con la memoria autobiográfica, por tanto, las intervenciones partieron de propuestas que estimulen el recuerdo personal evocado en el presente y representado en una obra.

### **4.3. Objetivos**

#### **4.3.1. Objetivo general**

Promover un espacio arteterapéutico para estimular la creatividad y la reminiscencia.

#### **4.3.2. Objetivos específicos**

4. Generar un espacio para la creatividad, introspección, expresión de emociones y pensamientos a través de técnicas artísticas.
5. Rescatar y visibilizar los recuerdos de la memoria autobiográfica.
6. Favorecer la percepción positiva de la autobiografía a través del recuerdo de vivencias felices del pasado.
7. Fortalecer la Autoestima durante el proceso creativo.

### **4.4. Destinatarios**

Para la formación de grupos de trabajo se seleccionó a los participantes basada en los siguientes criterios de inclusión:

- Usuarios con interés por la expresión y exploración creativa.
- Usuarios que no padezcan alteraciones crónicas en la psicomotricidad y el lenguaje.

Tras la aplicación de un modelo de sesión de creatividad y la valoración de la aceptación del taller por los usuarios, los grupos de intervención quedaron conformados de la siguiente forma:

- Sala verde mañana, 15 personas, formado por 9 mujeres y 6 varones
- Sala naranja tarde, 17 personas, 10 mujeres y 7 varones (señalar que se inició los talleres con 14).
- Sala amarilla tarde, 10 personas (se inició el taller con 7), llegando a ser 7 mujeres y 3 varones.
- Sesiones individuales, se decidió optar por sesiones individuales para dos usuarias de la sala verde tarde que mostraron receptividad y aprehensión de actividades de tipo artístico.

## 4.5. Temporalización

Con el objetivo de no desestructurar la rutina cotidiana a que los usuarios están habituados, se vio conveniente desarrollar la intervención un día en específico con cada grupo, días en que dentro del horario de actividades del Centro están dirigidas a talleres de praxis y/o canto, para que así pueda relacionarse las actividades a un taller de tipo experimental-vivencial. De tal manera, el tiempo de trabajo quedo establecido de la siguiente forma:

**Tabla 3.** Temporalización de sesiones

<b>Distribución del tiempo de intervención</b>			
<b>Destinatarios</b>	<b>Día</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>
Sala verde	Viernes	60 min.	Semanal
Sala naranja	Jueves	30 a 45 min.	Semanal
Sala amarilla	Viernes	30 min.	Semanal
Individual	Miércoles	45 min.	Semanal

## 4.6. Estrategia de intervención

Para la realización de la intervención arteterapéutica, primeramente se tuvo la oportunidad de participar en todas las actividades que el Centro ofrece a los usuarios, es decir en los talleres que los terapeutas llevan a cabo se desempeñó un rol de apoyo, tanto en el turno de la mañana como de la tarde. En el horario del turno de la mañana, se tuvo mayor contacto con las salas verde y naranja, para generar mayor confianza con los mismos. Por la tarde se tuvo contacto con las tres salas, aunque se tuvo mayor contacto con la sala naranja y amarilla por ser los grupos con quienes se efectuó la propuesta de intervención.

La intervención se basa en una metodología cualitativa, con enfoque de participación-acción, se recurre a diversas técnicas y materiales artísticos.

Las sesiones se han estructurado en tres fases: inicio, desarrollo y retroalimentación, destacar que con la realización del registro fotográfico de las sesiones y las obras usuarios se elaboraron vídeos, los cuales fueron un recurso para valorizar el trabajo realizado y también trabajar la memoria a corto plazo, porque los vídeos han sido utilizados al iniciar una nueva sesión y así continuar con la línea de trabajo.

La estrategia desarrollada se dirige básicamente a favorecer y mejorar el bienestar, partiendo de la evocación de recuerdos y emociones por medio de técnicas arteterapéuticas, destacar

que para el desarrollo de las actividades se contó con el apoyo de los terapeutas del Centro tanto para la sala verde, naranja y amarilla, menos en las sesiones individuales y también se contó con el apoyo de una estudiante en prácticas de psicopedagogía en las sesiones de la sala verde. Cada actividad se ha adecuando al nivel de deterioro de cada grupo de trabajo.

**Tabla 4.** Componentes de la estrategia de intervención arteterapéutica

<b>Componentes de la estrategia de intervención</b>				
<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Técnica empleada</b>	<b>Recursos materiales</b>	<b>Destinatarios</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Espirales</b>	Pintura con cera	Folios de papel A4 Pintura de cera	Sala verde Sala naranja Sala amarilla	60 min. 45 min. 30 min
<b>Los colores</b>	Pintura con acrílico	Folios de papel para pintura Pintura acrílica Pinceles	Sala verde Sala naranja Sala amarilla	60 min. 45 min. 30 min.
<b>Identidad</b>	Reminiscencia	Ficha de gustos y aficiones Lapiceros	Sala verde	45 min.
<b>Collage “Mis viajes”</b>	Collage	Cartulina A4 Revistas Tijeras Pegamento	Sala verde	60 min.
<b>Fotografía Proyectiva</b>	Fotografía proyectiva	Impresiones de varias imágenes sugerentes a lugares, personas, emociones.	Sala verde Sala naranja Sala amarilla Sesión individual	60 min. 45 min. 30 min. 30 min.
<b>Collage Alegría</b>	Collage	Cartulinas de color A4 Revistas Tijeras Pegamento	Sala verde Sala naranja	60 min. 30 min.
<b>Sesión de fotografía</b>	Fotografía	Cámara fotográfica réflex	Sala verde Sala naranja	45 min. 30 min.
<b>Historia de vida</b>	Reminiscencia Collage	Fotografías personales Ficha de historia de vida Tijeras Pegamento	Sala verde Sala naranja	60 min. 30 min.
<b>Foto personal</b>	Fotografía Pintura con lápiz de color	Ficha con imágenes a colorear con la fotografía personal	Sala amarilla	30 min.
<b>Mándalas</b>	Reminiscencia Dibujo Pintura	Folios de papel para pintura Plantillas de mándalas Pintura pastel Lápices de color	Sesión individual	45 min.

La propuesta de intervención arteterapéutica persiguió la expresión a través del arte, con las actividades del taller se propuso la expresión de emociones y recuerdos mediante recursos artísticos como ser pintura, collage, fotografía y escritura las cuales facilitan la evocación de vivencias y emociones en un espacio que motivó la participación, y, el recuerdo de la autobiografía.

Las actividades del programa de intervención se detallan a continuación:

### **I. Sesión de Espirales**

Es la primera actividad que se ha utilizado para percibir la aceptación de la propuesta arteterapéutica por los usuarios. Para iniciar la actividad se realizó un ejercicio de relajación acompañada de música instrumental, para conseguir un ambiente que propicie la libre expresión y generar confianza.

Se explica las características de los talleres de Arteterapia y se pasa a la actividad en sí, que consiste en la elaboración de espirales, el ejercicio que invita a la espontaneidad y la creatividad, a la vez se trabaja el autocontrol, reflejado en el control que la persona puede tratar de ejercer sobre el material. Se gradúa la complejidad de la actividad realizando un primer ejercicio con la mano derecha, segundo con la mano izquierda y por último se utiliza las dos manos logrando una sincronización motriz, el disfrute por el manejo del material y la actividad misma. La complejidad de la actividad como en todas las actividades propuestas se adecuada a cada grupo de trabajo.

Los resultados con esta sesión son sorprendentes, porque las personas una vez que lograron adaptarse al material y disfrutar de la actividad, expresan una satisfacción, porque la actividad no implique una representación figurativa o real, simplemente se les invita a disfrutar al realizar movimientos circulares, en forma de espirales.



Sesión de espirales, sala verde. Foto, Cristina Garrido.<sup>12</sup>



Obras realizadas por usuarios de la sala naranja. Foto, Maribel Escalera.



Sesión de espirales sala amarilla. Foto, Maribel Escalera.

---

<sup>12</sup> Terapeuta de AFAVA.

## II. Los colores

Habiendo efectuado un ejercicio de visualización mediante la respiración profunda y música instrumental, se invitó a los participantes a visualizar recuerdos de momentos felices y alegres de su vida, personas con las que se encuentra en ese momento, el tiempo en que sucedió sea la infancia, la juventud o la adultez, una vez seleccionado y clarificado el recuerdo se les invitó a elegir uno o más colores para representar el recuerdo feliz. La obra no tiene el objetivo de una representación figurativa, se aprecia las verbalizaciones que realizan durante el proceso, en la mayoría de los casos los momentos felices lo relacionaron con familiares de la infancia o la actualidad, la gran mayoría hace referencia a la pareja, hijos, nietos y cuidadores.



Obras de usuarios de sala naranja. Foto, Maribel Escalera.



Participantes realizando obras con contenido emocional (sala verde). Foto, Cristina Garrido.



Sesión de los colores (sala amarilla). Foto, Maribel Escalera.

### III. Identidad

Con el objetivo de estimular y reforzar la identidad de los participantes, se elaboró una ficha de preferencias, para que los participantes respondan con las actividades que les gusta realizar, las personas con quienes se sienten a gusto, los lugares de preferencia, las canciones y bailes que les agradan. La actividad se inició con la presentación de cada participante y un objeto que lleven consigo, se motivó a comentar el significado de ese objeto, con preguntas como ser: si es el regalo de alguien, el significado que tiene para él/ella.

Se sugirió que así como esos objetos personales guardan una historia personal, la actividad tiene el propósito de conocer más de ello/as. Habiendo completado la ficha se les invita a colorear un mándala por ser, una representación que invita a la relajación e introspección. Lo principal en esta actividad es que la persona sea consciente de sus gustos, lo cual se logró a través de la ficha pero sobretodo porque las personas lo verbalizaban y comentaban con sus compañeros y terapeutas.



Taller de identidad, Foto, Cristina Garrido



Participante releendo su ficha personal, acto que surgió de manera espontánea. Foto, Cristina Garrido.



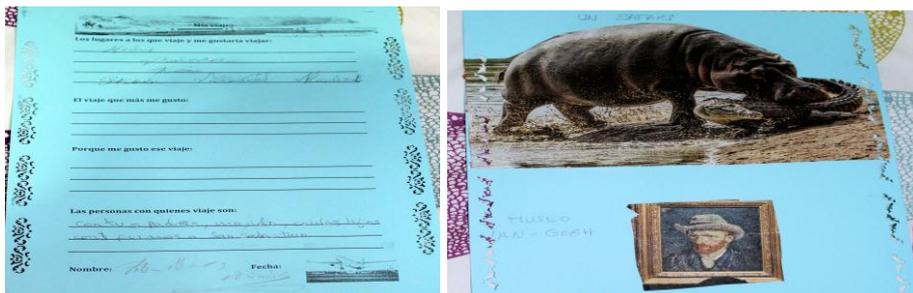
Terapeuta del Centro leyendo la ficha de identidad y comentándolo con la propietaria de la misma. Foto, Maribel Escalera.

#### **IV. Collage “Mis viajes”**

Con el propósito procurar recuerdos positivos, se propone realizar un collage con imágenes que representen los recuerdos de los viajes que realizaron, para ello primeramente se les dejó ver un video con los lugares más turísticos del mundo, luego se les animó a completar una ficha con preguntas que estimulen los recuerdos de sus viajes, también se motivó a comentar sus experiencias en el grupo pequeño en el que se encontraban, por último se les invitó a elegir imágenes que simbolicen esos viajes. Esta actividad estimula los recuerdos, los participantes fueron capaces de evocar sus viajes, las personas y los sentimientos que experimentaron.



Sesión en la que se puede observar el trabajo por subgrupos en la sala, los terapeutas del Centro colaboraron como apoyo en las sesiones. Foto, Maribel Escalera.



Ejemplo de las obras realizadas en anverso y reverso. Foto, Maribel Escalera.

## V. Fotografía Proyectiva

Siendo la fotografía la expresión más próxima a la realidad, su uso en el taller fue con el objetivo de que la persona pueda evocar significados siendo estos, recuerdos o deseos. La actividad consistió en presentar una variedad de imágenes a los participantes y motivarles a elegir una fotografía que les provoque recuerdos, habiendo elegido la imagen se les propone preguntas a responder, y, contar una historia a partir de la foto.

En el caso de la sala amarilla se les pide elegir una imagen, se observa las reacciones y se escucha los comentarios de los recuerdos que son capaces de recordar con las imágenes, a la misma vez pueden pintar la fotografía.

De la misma manera para la sesión individual se les invitó a comentar sobre las fotos que le interesen y seleccionar algunas que relacione con algo personal, ya sean recuerdos, gustos o preferencias que refieran algo de su historia o su personalidad. La fotografía, al ser un material potente para la proyección, resulto ser favorable para trabajar con los recuerdos, la expresión verbal y afectiva para todos los participantes ya sean con deterioro leve o grave.



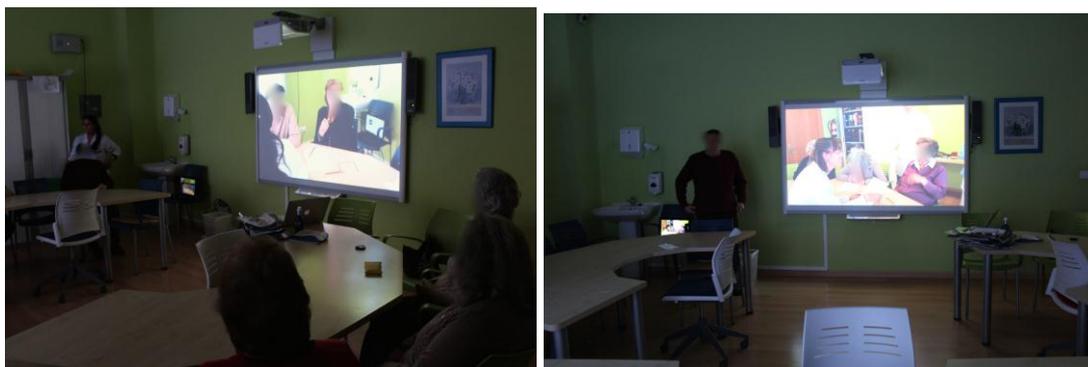
Participantes de sala naranja, completando la ficha para expresar el motivo de la elección de la imagen y contar una breve historia de la misma. Foto, Jaime Carretero.



Ejemplos de imágenes seleccionadas por los usuarios. Foto, Maribel Escalera.

## VI. Collage “Alegría”

Siguiendo con el propósito de reforzar emociones positivas, se propuso realizar un collage con imágenes que simbolizan la alegría y felicidad para los participantes. Para ello se animó a los participantes a elegir imágenes de revistas que les inspiren alegría y poner un título a la obra. Las obras resultantes hicieron referencia a su pasado, su actualidad, su trabajo, familia y nietos.



Sala verde al inicio del taller, participantes viendo el video con fotos de la sesión anterior. Foto, Cristina Garrido.



Participantes de la sala naranja eligiendo imágenes significativas. Foto, Maribel Escalera.



Sala verde, exposición de las obras realizadas por los usuarios. Foto, Cristina Garrido.

## VII. Sesión de fotografía

Con el propósito de estimular la interacción, reforzar la autoestima y seguridad de los participantes, se propuso esta actividad que consistió en la expresión facial de las emociones que elija la persona, y la misma fue fotografiada por él/la compañero/a usando de una cámara réflex. El objetivo es fotografiar al/la compañero/a expresando una emoción que elige la propia persona, de esta manera se propicia una interacción entre compañeros y a la vez una experiencia nueva, la de tomar fotografías con una cámara semiprofesional, la actividad resulta ser de disfrute por todos los participantes.



Sala Naranja, participantes tomando fotografías a los compañeros. Foto, estudiante en prácticas de psicología.



Sala verde, ejemplos de fotos realizadas por los participantes del taller.

## VIII. Historia de vida

Siguiendo con el objetivo de estimular recuerdos positivos, se planteó trabajar la historia de vida con la sala naranja y verde, la actividad llegó a ocupar tres sesiones. En una primera se completó una ficha con preguntas que guíen a los participantes a evocar recuerdos de la historia personal, en otra sesión se realizó un collage en forma de una flor, en la que cada pétalo contenía una parte de su historia. El propósito es el disfrute tanto de la actividad como de los recuerdos y emociones que se evocan. El tener un obra con los datos y recuerdos personales, logra ser de utilidad para los usuarios, porque terminada la obra espontáneamente revisaron lo escrito.



Participantes viendo videos de la anterior sesión, a la izquierda sala verde y a la derecha sala naranja. Foto, Cristina Garrido y Maribel Escalera.



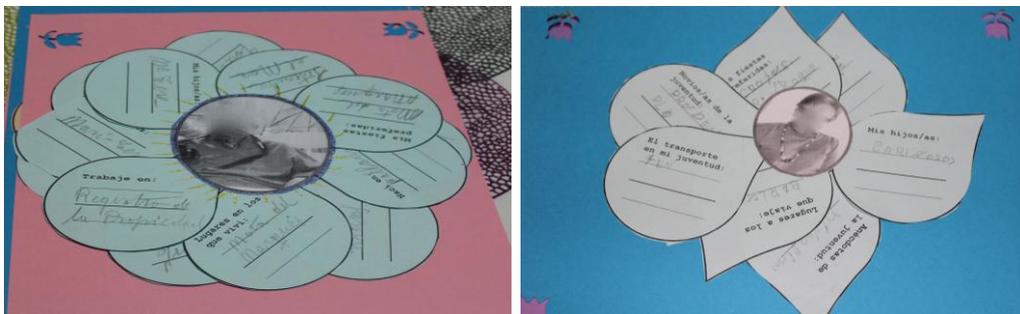
Participantes de la sala verde indicando cuestiones sobre su historia de vida. Foto, Cristina Garrido.



Participantes de la sala verde completando la obra de historia de vida con recursos artísticos.  
Foto, Cristina Garrido.



Participantes de la sala naranja en proceso de creación y representación de su historia de vida.  
Foto, Maribel Escalera.



Resultado del proceso creativo sobre la historia de vida, a la izquierda perteneciente a un participante de la sala naranja y a la derecha sala verde. Foto, Maribel Escalera.

## IX. Foto personal

Actividad diseñada para la sala amarilla con el objetivo del reconocimiento de la imagen personal y el del/la compañero/a, para tal cometido se elaboró una ficha con la foto de cada usuario/a, se comienza la actividad mostrando la fotografía y se consulta a la persona ¿quién es?, para dar valor a su imagen se les propuso colorear el margen decorativo de la fotografía. Con la actividad los participantes fueron capaces de reconocerse y también realizar la actividad de pintura, así disfrutar tanto de su imagen como de la actividad.



Participantes realizando su obra y la obra terminada. Foto, Maribel Escalera.

## X. Mándalas

Se optó por esta técnica para las sesiones individuales, para generar concentración e introspección a través de la producción de mándalas, a medida que se realizaba el mándala se guió a la persona para que se concentre en momentos de su vida. Otra sesión consistió en trabajar con los deseos, para así trabajar tanto el pasado como el presente y el futuro, ya que es recomendable trabajar estos tres tiempos con los participantes, porque centrarse solo en el pasado puede generarles ansiedad y depresión. Las sesiones individuales tuvieron la duración de 4 sesiones con una participante, mientras que con otra se estuvo dos sesiones. Las otras dos sesiones no se llevaron a cabo porque en la hora elegida la participante realizaba otro taller, sin embargo se siguió teniendo contacto con ella al estar de apoyo en los otros talleres.



Obras de participante que participo de cuatro sesiones. Foto, Maribel Escalera



Obras de participante que participo de dos sesiones. Foto, Maribel Escalera.

### Sesión de cierre

En esta sesión se entregó un cuaderno personal que contenía las obras realizadas, tras la entrega se realizó el visionado de todos los videos de sesiones. En esta actividad se observó el asombro y agrado de las personas al ver todas sus obras y verse a sí mismo en diferentes videos. Por otra parte los participantes al tener todas sus obras en frente se sorprendieron del trabajo que habían realizado y también dio lugar a comentarlos entre los compañeros/as.



Participantes viendo los videos de las sesiones y revisando las obras realizadas. Foto, Maribel Escalera.

## **5. Conclusiones y reflexiones de la experiencia**

Como se puede distinguir en el texto para la intervención desde el Arteterapia junto con el apoyo y supervisión de los tutores y terapeutas del Centro se decidió optar por una intervención enfocada al área emocional para con los usuarios. Teniendo en cuenta que al tratarse de un grupo numeroso y contando con un tiempo de sesión corto, se tendría que trabajar aspectos emocionales en lo posible positivas, porque se trata de un colectivo que en gran parte de los casos ha pasado, pasa o tiende a síntomas depresivos, ansiedad y/o labilidad emocional, por lo que con la intervención se intentó reforzar las emociones y capacidades positivas para fortalecer su bienestar.

Para plantear actividades adecuadas a las necesidades del colectivo, se realizó una revisión teórica y re-planteamiento de las formas de intervención arteterapéuticas. De esta manera se llegó a decidir por la realización, de sesiones que motiven a los participantes a la expresión de emociones, historias de vida y, a la vez, ser conscientes de sus capacidades y emociones a través de lenguajes artísticos como son la pintura, el collage, la fotografía y la escritura. Se optó por trabajar con recuerdos de aspectos generales de su vida, porque los participantes están acostumbrados a trabajar el área cognitiva. Sin embargo, se debe tener cuidado con la evocación de la historia personal ya que, puede movilizar diferentes emociones y la dificultad de recordar también puede generar frustración, llegando a desestabilizar a la persona.

Por ello se decidió trabajar en lo posible con materiales de fácil manejo, con actividades que estimulan el recuerdo de sus vivencias, a la vez les permiten expresarse verbalmente, compartir con los compañeros sus experiencias y apoyarse entre sí. Intrínsecamente ha estado presente el refuerzo positivo hacia sus intervenciones y obras.

Tras la experiencia de la realización de las actividades, se puede enunciar que para la eficacia de las sesiones con este colectivo, es importante trabajar en subgrupos de 4 a 6 personas, ya que por las características de las sesiones, es necesario mantener una atención individualizada a los usuarios. En el caso de la duración de las sesiones, debemos destacar que por los efectos de la enfermedad en la capacidad de atención y concentración, las actividades largas pueden producir desinterés o apatía en los participantes por ello un tiempo de 45 a 60 min. resultó adecuado en esta experiencia.

En cuanto a las técnicas aplicadas, cabe destacar que el acercamiento de la fotografía y el vídeo hacia los usuarios como técnica de proyección y a la vez de acción, resulta evocador y

gratificante. Acotando a esta cualidad, la realización de vídeos con las imágenes del registro fotográfico y obras finalizadas de los usuarios, tuvo efectos en la autovalorización del trabajo y el autoconcepto de los participantes, porque el visionado de las sesiones en material audiovisual da otra perspectiva a su trabajo (proceso creativo).

En referencia los resultados obtenidos con la propuesta de intervención, tras el análisis de los instrumentos de evaluación y la recogida de impresión de los usuarios, se puede concluir que las actividades han logrado el cometido de promover la creatividad, la reminiscencia, la valorización del autoconcepto y también generar las relaciones interpersonales.

Por otra parte, el contar con las obras físicas, sirvió para compartir el contenido con sus familiares, por ejemplo al momento que se les entregó el cuaderno con sus obras, muchos participantes releían las obras realizadas, comentaron el deseo de compartirlo con la familia, otros mostraron su expectación y sorpresa ante sus obras. Es así que la participación en el programa, logró aportar varios aspectos positivos a la experiencia de los participantes, fundamentalmente destacan el disfrute, el aprendizaje, y un mejor concepto de sí mismos y su capacidad para realizar actividades artísticas.

En el análisis de la experiencia también se puede manifestar, que si bien, en un primer momento, las propuestas de tipo artísticas pueden ser rechazadas por las personas que no tienen un interés especial hacia a ella, o que en sus esquemas mentales tienen integrado que el arte es “hacer algo bonito”, tras la experiencia se experimentó que la realización de actividades creativas y el uso de materiales diversos con este colectivo pueden darnos sorpresas. Las capacidades de expresión que las personas pueden encontrar en las sesiones son diversas, ya sea desde la expresión de vivencias del pasado o presente y/o deseos. Por ello es recomendable el no forzar a las personas a realizar estas actividades, lo más importante es respetar su tiempo y decisión de acercamiento hacia el Arteterapia, pero tampoco significa dejar de invitar a ser partícipe de este tipo de terapia, debemos dejar que la persona conozca y decida participar de ella.

En este sentido, habría que hacer hincapié en que las personas que formaron parte del programa, no manifestaron problemas significativos para participar y disfrutar de las actividades, sin embargo es frecuente que se infravaloren las habilidades de las personas con demencia, enfatizando sus déficits y en consecuencia se les enfrente a tareas de bajo nivel de dificultad, sin embargo una vez que se está en relación con las personas se conoce sus

capacidades y potenciales, por ello lo que se tiene que hacer es adecuar las actividades y materiales, porque tampoco se debe negar los deterioros físicos normales a causa de la edad y la enfermedad en sí, pero tampoco se debe de infantilizar el trato hacia los participantes, esto a la vez puede tener efectos negativos al ser percibido ofensivamente.

Toda actividad tiene que ser realista porque se trabaja con personas con historia, formación, vivencias y se debe respetar su integridad personal, porque hablamos de personas con potencial, no solo artísticas o creativas sino humanas (sentido del humor, capacidad para disfrutar, para establecer relaciones afectuosas, para compartir experiencias, etc.), por eso se debe reconocer sus fortalezas.

Por otra parte es necesario indicar que dado el carácter exploratorio, esta experiencia implicó una serie de limitaciones, y pone de manifiesto la necesidad de continuar la investigación y análisis sobre ciertos puntos relevantes. Entre las limitaciones, destacaríamos el tamaño de los grupos de trabajo, que dificulta un análisis más pormenorizado de los cambios observados en sesión, sin embargo se debe destacar el apoyo que se ha tenido de los profesionales ante esta dificultad.

Además para trabajar una futura propuesta, se ve recomendable introducir instrumentos de tipo cuantitativo para verificar el proceso de cambio de los participantes, ya que las técnicas cuantitativas en los estudios cualitativos contribuyen a la fiabilidad de los resultados.

También se considera oportuno llevar a cabo programas arteterapéuticos en conjunto con los cuidadores y las personas afectadas con Alzheimer, puesto que las actividades artísticas pueden ampliar los recursos cognitivos y emocionales de las personas, y fortalecer el vínculo en un espacio de creación en la que se valore sus capacidades e ideas.

## Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

### Mini Examen Cognitivo (MEC)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ NIVEL FORMATIVO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

Las indicaciones en **negrita** deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustar la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

#### ¿Tiene algún problema con su memoria?

1. ORIENTACIÓN TEMPORAL	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
<b>Dígame, por favor...</b>		
¿En qué año estamos?		0 1
¿En qué estación o época del año estamos?		0 1
¿En qué mes estamos?		0 1
¿Qué día de la semana es hoy?		0 1
¿Qué día del mes es hoy?		0 1

#### 2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos; anótelos si es así

¿En qué país estamos?		0 1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?		0 1
¿En qué población estamos?		0 1
¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle)		0 1
¿En qué planta/piso estamos? (casa: piso o número de la calle)		0 1

#### 3. FIJACIÓN

Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así

<b>Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetir las cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras:</b>		
<b>PELOTA</b>		0 1
<b>CABALLO</b>		0 1
<b>MANZANA</b>		0 1
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetir las hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento) Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos		

#### 4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

<p><b>Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare</b></p> <p>30 menos 3... (27) ... menos 3... (24) ... menos 3... (21) ... menos 3... (18) ... menos 3... (15)</p>		<p>0 1 0 1 0 1 0 1 0 1</p>
---	--	--

#### 5. MEMORIA

<p><b>¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (no facilitar pistas)</b></p> <p>PELOTA CABALLO MANZANA</p>		<p>0 1 0 1 0 1</p>
--	--	----------------------------

#### 6. NOMINACIÓN

Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej.; gafas, sillas, llaves, etc.); anótelos si es así

<p><b>¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)</b> <b>Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)</b></p>		<p>0 1 0 1</p>
---	--	--------------------

#### 7. REPETICIÓN

<p><b>Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado?</b></p> <p><b>EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS</b></p> <p><b>¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)</b></p>		<p>0 1</p>
--	--	------------

#### 8. COMPRENSIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

<p><b>Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones ¿Preparado? (facilitar la hoja de papel)</b></p> <p>Coja este papel con la mano derecha... ... dóblelo por la mitad... ... déjelo en el suelo/mesa...</p>		<p>0 1 0 1 0 1</p>
--	--	----------------------------

#### 9. LECTURA

<p><b>Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estímulo)</b></p> <p><b>CIERRE LOS OJOS</b></p>		<p>0 1</p>
--	--	------------

10. ESCRITURA

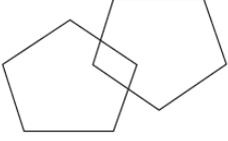
Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

<b>Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido</b> (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo) Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: <b>Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy</b>	0    1
--	--------

11. DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

<b>Ahora le voy a pedir que copie este dibujo</b> (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)	0    1
--	--------

The image shows two identical regular pentagons drawn with black outlines. They are positioned such that they overlap. The pentagon on the left is slightly lower and to the left of the pentagon on the right, with their right and left sides respectively overlapping.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>/30</b>
-------------------------	------------

Figura 1 Contenido de la adaptación española del MEC (Lobo et al<sup>1</sup>, 1979, 1999, 2002).

## Registro de observación

**Nombre:**

**Sesión:**

**Fecha:**

Conducta emocional	Espontáneamente/ sin motivo aparente	Sólo como respuesta a estímulos Frecuencia				Nunca	Observaciones
		1	2	3	4+		
Sonríe							
Llora							
Parece triste							
Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar (quejas, gemidos, gritos y/o chillidos).							
Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, da empujones e intenta golpear a los demás).							
Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición.							
Parece emocionalmente tranquilo/a y confortable.							

Interrelación	Es él/ella quien empieza	Se resiste a emitir respuesta	Se niega a recibir...del otro	Observaciones
Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo/la tocan y/o lo/la acarician				
Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía				

<b>Relación con los otros y el medio</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Confianza hacia los demás						
Respeto hacia los demás						
Participativo						
Acepta los límites impuestos						
Responde positivamente a los elogios y/o críticas de su obra						
Se siente y forma parte del grupo						
<b>Relación con los facilitadores</b>						
Acepta las actividades						
Se rebela						
Pide ayuda						
<b>Relación con la obra/Creación Proceso</b>						
Se concentra durante el proceso						
Confía en sí mismo y su capacidad						
Se distrae en el proceso						
Es independiente de los demás en el proceso						
Imita al grupo						
Reflexiona durante el proceso						
<b>Materiales</b>						
Se adapta a los materiales						
Autonomía/ seguridad en el proceso						
Experimenta con los materiales						
Rechaza el uso de los materiales						
<b>Obra</b>						
Acepta su obra / satisfacción						
Tolerancia con el resultado final						
Autoexigencia						
Modifica la obra finalizada						
Le disgusta su obra						