



Universidad de Valladolid



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



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

**ARTETERAPIA, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2012- 2013.

ESPECIALIDAD: Ámbitos psicosociales, clínicos y educativos.

Romagnoli Gil, M^a del Sol

Convocatoria de Septiembre

TUTORA: Myriam De la Iglesia Gutiérrez.

Departamento de Psicología. Facultad de Educación y Trabajo Social.

Universidad de Valladolid.

INDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Preguntas y objetivos de investigación	6
4. Marco teórico de referencia.....	7
4.1. La enfermedad de Alzheimer	7
4.2. Procesos y sistemas de memoria	13
4.2.1. La memoria en el desarrollo típico	13
4.2.2. La memoria en la enfermedad de Alzheimer.	15
4.3. El arte como terapia.....	19
Arteterapia: proceso artístico, emoción e identidad	19
5. Metodología	22
5.1. Proyecto de intervención	23
5.1.1.Contextualización	23
5.1.2. Intervención.....	23
6. Resultados	28
6.1. Observaciones dentro del taller	28
6.2. Observaciones fuera del taller.....	34
7. Conclusiones	35
Bibliografía.....	38
ANEXOS	42
ANEXO I. Entrevista de evaluación.....

1. Resumen

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por el deterioro cognitivo, la pérdida de memoria y la consecuente falta de autonomía. El tratamiento de la enfermedad se afronta a través de una estimulación continuada, que favorezca el mantenimiento de las capacidades cognitivas el mayor tiempo posible. Sin embargo, la identidad de la persona y su expresión emocional suelen quedar relegadas a un segundo plano. El arteterapia ofrece la posibilidad de desviar el foco de atención de la enfermedad hacia la persona. La memoria implícita (procedimental y emocional), que se conserva relativamente bien, permite plantear el proceso artístico y el encuadre arteterapéutico como herramientas que pueden resultar efectivas para fomentar el desarrollo de la individualidad en personas en fases leve y leve-moderada de la enfermedad.

Palabras clave: Arteterapia, Alzheimer, Identidad, Individualidad, Memoria implícita, Expresión.

Abstract

Alzheimer's disease is characterized by cognitive impairment, memory loss and the consequential lack of autonomy. Treatment of the disease is addressed through continuous stimulation, favouring the maintenance of cognitive abilities for as long as possible. However, the identity of the person and their emotional expressions are often relegated to the background. Art therapy offers the possibility of diverting the focus of the disease's treatment back to the person. Implicit memory (procedural and emotional), which is relatively well preserved, can be raised during the artistic process. Art therapy can be an effective tool to encourage the development of individuality in people in the milder stages of mild to moderate disease.

Keywords: Art therapy, Alzheimer, Identity, Individuality, Implicit Memory, Expression.

2. Introducción

En los últimos años, los continuos avances médicos y el mayor grado de bienestar alcanzado en los países desarrollados ha traído consigo un incremento progresivo de la esperanza de vida. Actualmente en España se estima que el 23% de la población son personas mayores de 65 años, y se proyecta que en 2052 se incremente en 7,2 millones, pasando a constituir el 37% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2012). Esta considerable transformación supone, a la vez, un reto para la sociedad, pues hay que afrontar, desde el punto de vista económico y humano, la atención directa de las necesidades específicas de esta etapa de la vida.

Así mismo, se considera envejecimiento típico aquel que se produce sin la presencia de enfermedad física o mental evidente y que permite a la persona seguir viviendo de forma independiente. Esto no contradice el hecho de que en la vejez se produce un declive en las funciones sensoriales y las psicológicas tales como la memoria y la capacidad de procesamiento de la información (Ballesteros, 2005). A este fenómeno propio del ciclo vital se le conoce como Deterioro Cognitivo Ligero Asociado a la Edad (DCLAE) y no ha de resultar por sí mismo incapacitante. Por el contrario, cuando los déficits cognitivos son mayores y dificultan el desarrollo esperable de las actividades laborales y sociales del individuo, se considera que nos encontramos ante un envejecimiento patológico. En cuanto a las demencias, la enfermedad de Alzheimer es el tipo más común y, dentro de las enfermedades del sistema nervioso, se alza como la cuarta causa de muerte más frecuente en nuestro país (INE, 2013).

Debido a los interrogantes que existen acerca de su etología y curso, la enfermedad de Alzheimer es una de las patologías que más atención recibe desde las instituciones y los medios de comunicación. Tanto es así que, en la actualidad y de forma simultánea en diferentes países, se están llevando a cabo numerosas investigaciones científicas para poder hacerle frente, prevenirla y finalmente curarla. No obstante, mientras no exista un remedio definitivo, una gran parte de los esfuerzos se ha de concentrar en contener el progresivo deterioro del paciente para que sus capacidades cognitivas se conserven en el mejor nivel de rendimiento durante el mayor tiempo posible. El plan de acción contra este tipo de demencias se

apoya en dos puntales fundamentales (Fundación Alzheimer España, FAE, 2013): el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico. Dentro de éste último, destacan los diferentes programas adaptados de psicoestimulación encaminados a mantener capacidades cognitivas como la memoria. Empero, cada vez es más frecuente que incluyan terapias alternativas como musicoterapia o arteterapia, ya que ofrecen una atención integral a las necesidades del individuo: estimulación cognitiva y de las capacidades afectivas y emocionales. Sus beneficios añadidos sobre los estados de ánimo positivos en el paciente constituyen una de las mayores ventajas de la incorporación al tratamiento no farmacológico de este tipo de disciplinas.

La presente investigación se ha llevado a cabo con una metodología cualitativa a través de un proyecto de intervención de arteterapia en un centro de día especializado en Alzheimer. En el planteamiento inicial, se asume que la estimulación cognitiva y la reminiscencia están implícitas en el propio desarrollo de la actividad creativa, y que el espacio del taller se puede ofrecer como un complemento que atiende a otras necesidades. Por tanto, el interés de la aplicación del arteterapia con este colectivo se centrará en la *persona* y en su *situación actual*. Las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, al tiempo que pierden capacidades y autonomía, se ven obligadas a renunciar a la capacidad de decidir y actuar de forma personal, de reconocer en sus actos las características que los hacen únicos y diferentes a los demás. La identidad, la conciencia de ser uno mismo, es un proceso dinámico que se va formando a través de las experiencias y de su recuerdo (Baddeley, Eynsenck y Anderson, 2010), pero sin duda necesita de una forma presente para mantenerse.

Los objetivos principales de la intervención con personas en fase leve y leve-moderada de la enfermedad han sido fomentar la autonomía y la iniciativa, así como beneficiar la sensación de continuidad estableciendo un hilo conductor entre las sesiones. El taller que aquí se presenta ha sido, en la mayor medida de lo posible, un espacio libre para *ser y expresar*. Como es propio del arteterapia, el abordaje de este aspecto personal se lleva a cabo desde el trabajo con las capacidades de la persona que se mantienen sanas. En este caso, la memoria implícita juega un papel importante ya que es la que mejor resiste al deterioro cognitivo.

A partir de una revisión de la literatura y del análisis de los resultados obtenidos, se explora cómo el proceso artístico y las obras creadas dentro del contexto de arteterapia pueden favorecer a la preservación de la identidad. Por otro lado, la estrecha relación entre arte y emoción nos lleva a profundizar en cómo esta experiencia se sostiene en la memoria emocional y qué beneficios aporta a la mejora de la calidad de vida de la persona.

Se considera de gran importancia profundizar en este tema y sugerir indicios para el desarrollo de una posterior investigación, ya que los esfuerzos se dirigen, generalmente, al refuerzo de las funciones cognitivas. Sin embargo, atender a la individualidad y al estado emocional de la persona que sufre, puede mejorar su bienestar y, en consecuencia, el de la persona que la cuida y sus familiares más cercanos.

3. Preguntas y objetivos de investigación.

Preguntas de investigación:

¿El arteterapia y las obras creadas en el contexto arteterapéutico pueden constituir un espacio para la preservación de la identidad en personas que sufren enfermedad de Alzheimer? ¿Cuál es la repercusión de la memoria emocional en arteterapia? ¿Puede ser el arteterapia el complemento adecuado para atender a dichos aspectos personales?

Para hallar respuestas a estas preguntas se plantean los siguientes objetivos:

- Describir cómo el proceso artístico y las obras creadas en el taller de arteterapia pueden favorecer a la preservación de la identidad.
- Identificar si el contexto arteterapéutico podría favorecer la expresión de emociones y sentimientos.
- Comprender si el refuerzo de la individualidad y la expresión es reconocido y valorado de manera positiva por las personas que sufren enfermedad de Alzheimer.

4. Marco teórico de referencia

En este apartado se presenta una revisión de la teoría sobre la que se fundamenta el presente trabajo. Los aspectos que se estudian pretenden establecer un acercamiento a las preguntas de investigación que han sido formuladas y conocer la situación actual en cuanto al tema presentado. Para ello, se profundiza en las características de la enfermedad de Alzheimer, las dificultades que presenta a las personas que la sufren y las competencias del arteterapia que pueden suponer un beneficio añadido al tratamiento de dicha problemática.

4.1. La enfermedad de Alzheimer

En la actualidad, más del 40% de la población mayor de 65 años en España sufre algún tipo de demencia (ver tabla 1). La enfermedad de Alzheimer (en adelante, EA) es una patología degenerativa del sistema nervioso central que afecta a más del 60% de estos casos (FAE, 2013). El curso se desarrolla de forma insidiosa y gradual, y conlleva un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas, así como trastornos conductuales y funcionales. Además, repercute significativamente en las personas que ejercen de cuidadoras y que integran su entorno más cercano, por lo que el impacto económico y social no se puede estimar sólo en base a las personas que la padecen.

Tabla 1. Prevalencia de la demencia según las edades y sexo en España (datos recogidos de FAE, 2013).

Edades	Prevalencia %	Mujeres	Hombres
Entre 65 y 74	4,2	11,1 %	7,5%
Entre 75 y 84	12,5		
Más de 85	27,7		

Se pueden diferenciar dos subtipos de la enfermedad (Acarín, 2010):

- Inicio temprano. La enfermedad se desarrolla antes de los 65 años. Esto se asocia generalmente a un patrón de herencia dominante en el que se

presentan anomalías en los genes de los cromosomas 21, 14 y 1 (FAE, 2013). Este subtipo es menos usual, pero conlleva un deterioro más agresivo.

- Inicio tardío. La enfermedad se desarrolla a partir de los 65 años.

Aunque actualmente se desconoce la etiología exacta de la EA, ésta parece el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales. Entre ellos, el que parece tener un mayor peso, es sin duda el de la edad (Menor, Peraita y Elosúa, 2001).

Hasta hace unos años, la explicación más aceptada sobre su origen era la conocida como hipótesis colinérgica (Peña-Casanova, 1999a), que relacionaba la aparición de la patología con la reducción de la síntesis del neurotransmisor acetilcolina. Hoy en día se trata de explicar por la atrofia cerebral (inflamación, disminución en el peso y volumen) que se observa en el estudio *post mortem*. El análisis microscópico del tejido revela la concentración anormal de proteínas beta-amiloide y Tau que provoca placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral e hipocampo, con la consecuente pérdida de neuronas y sinapsis entre las mismas (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2002).

El diagnóstico de la EA mientras el paciente está vivo, se caracteriza por ser de *probabilidad* y se efectúa por exclusión de otro tipo de demencias (ver tabla 2). Los estudios de neuroimagen como la Tomografía Computerizada o la Resonancia Magnética, pueden resultar muy orientativos, así como los exámenes neuropsicológicos que se realizan durante los primeros meses desde la aparición de los síntomas (suele ser el entorno más cercano quien empieza a advertir indicios de una posible demencia). Es importante mencionar que, según el avance de las modificaciones en el DSM-5, los términos *demencia* y *trastornos amnésicos*, aunque se pueden seguir utilizando, se subsumen bajo el nombre de trastorno neurocognitivo (NCD) y se especifican las categorías leve (*mild*) o grave (*major*). El criterio individual para el diagnóstico de Alzheimer se mantiene en la nueva edición (APA, 2013).

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la EA obtenida del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR* (APA, 2002).

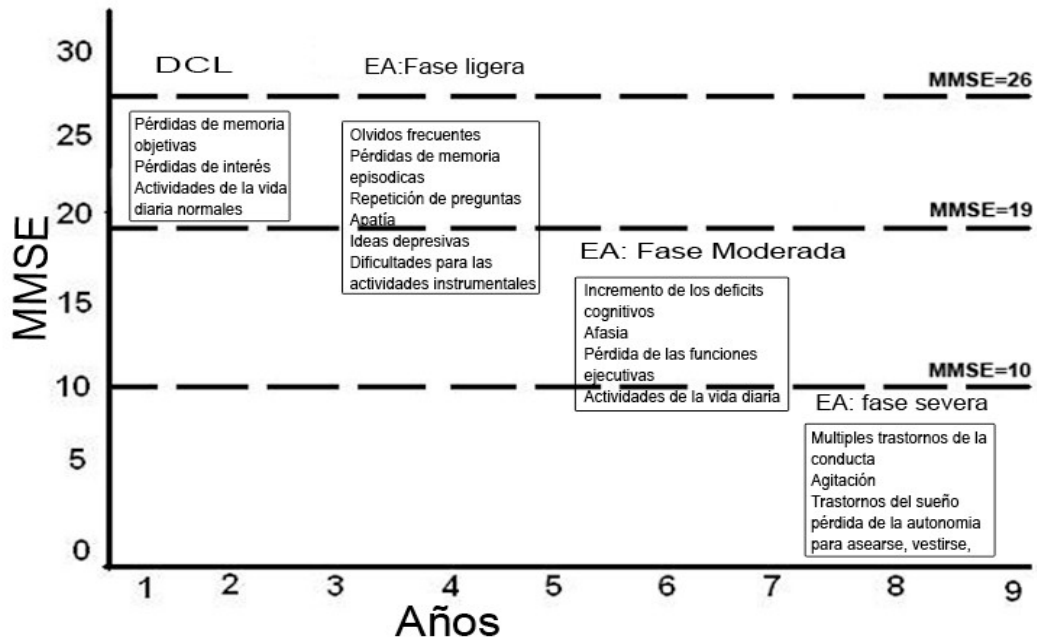
Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer
<p>A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:</p> <p>(1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)</p> <p>(2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:</p> <p>a) afasia (alteración del lenguaje). b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta). c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta). d) alteración de la ejecución (p. ej. planificación, organización, secuenciación y abstracción).</p> <p>B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.</p> <p>C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.</p> <p>D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:</p> <p>(1) otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).</p> <p>(2) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej. hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).</p> <p>(3) enfermedades inducidas por sustancias</p> <p>E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>

Recientemente, se ha señalado la posibilidad de una detección precoz de la enfermedad mediante el uso de diferentes marcadores biológicos (Molinuevo, 2012). A través de un examen del líquido cefalorraquídeo, se pueden medir los niveles de proteína Tau. Cuando éstos son bajos se puede deducir que se está acumulando en el cerebro y resulta razonable pensar que la enfermedad se podría desarrollar al cabo de 5 años. Este descubrimiento podría ser de gran ayuda para el paciente y su familia a la hora de decidir sobre el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, de momento estas pruebas no constituyen una realidad asistencial.

El curso de esta enfermedad puede variar mucho de un caso a otro. A lo largo de su evolución, la neurodegeneración puede extenderse por un gran número de regiones del córtex sin seguir un patrón establecido. En función de la zona del cerebro afectada, se ven asimismo perjudicadas las diferentes capacidades cognitivas asociadas a éstas. La heterogeneidad clínica resultante se ve influenciada también por diferentes factores personales y sociales como la edad de comienzo, la histopatología, el nivel educativo o la competencia profesional anterior (Menor et al., 2001). Debido a esta situación, resulta muy difícil determinar en qué momento evolutivo se encuentran los pacientes. A modo orientativo y con una finalidad práctica, se pueden describir de forma general las fases de la patología y la sintomatología clínica que presentan. Esta clasificación servirá más adelante para entender las características de las personas que han participado en el proyecto de intervención realizado para el presente trabajo.

En la *figura 1* (Feldman y Woodward, 2005, citado en FAE, 2013) que se adjunta a continuación, se presenta la progresión de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer durante su transcurso. El eje vertical se corresponde con las puntuaciones del Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang, 1975; Lobo y colaboradores, 1979), una de las pruebas estandarizadas más utilizadas para evaluar el deterioro cognitivo. En el eje horizontal se hace referencia a los años transcurridos desde el inicio de la enfermedad.

Figura 1. Progresión de la sintomatología en el transcurso de la enfermedad (Feldman y Woodward, 2005, citado en FAE, 2013).



* MMSE: Mini-Mental State Examination

*DCL: Deterioro Cognitivo Leve

* EA: Enfermedad de Alzheimer

Aunque todo lo que se refiere a la EA está rodeado de incertidumbre, poco a poco comienza a saberse más sobre la enfermedad en términos neurológicos. A finales de 2011, el Centro Médico EuroEspes de A Coruña ha registrado en la Oficina de Patentes de Estados Unidos la vacuna EB-101, de carácter preventivo y terapéutico (Centro de Investigación Biomédica EuroEspes, 2012). En la actualidad, el equipo de científicos que ha llevado a cabo la investigación, dirigido por Ramón Cacabelos, se encuentra inmerso en el proceso de prueba de dicha vacuna (Varela, 2013).

Hasta que estos avances se confirmen y se pueda modificar la manera de afrontar la enfermedad, el enfoque del tratamiento sigue persiguiendo dos finalidades paliativas: aliviar la sintomatología y conservar las capacidades del enfermo y su autonomía en el mejor nivel de rendimiento durante el mayor tiempo posible.

Este abordaje de la demencia se apoya en una aproximación multidisciplinar, cuyos dos pilares fundamentales en la actualidad son:

Tratamiento farmacológico (Peña-Casanova, 1999b):

- De estabilización. Se pretende interferir en los eventos biológicos cerebrales que inciden directamente sobre la muerte neuronal. Se pueden incluir aquí tanto los medicamentos antiinflamatorios como los antioxidantes.
- Sintomático cognitivo. Busca modificar el curso de la enfermedad para que su efecto redunde en una mejora del estado cognitivo. Los más prescritos habitualmente son los fármacos anticolinesterásicos.
- Sintomático de los trastornos psicológicos y del comportamiento. Se persigue controlar la ansiedad, la depresión, los delirios, la agresividad, así como toda aquella sintomatología que pueda resultar desestabilizante o perturbadora para el paciente y para su entorno inmediato. Son frecuentes los medicamentos ansiolíticos, antidepresivos y los neurolépticos.

Tratamiento no farmacológico (Peña-Casanova, 1999b; FAE, 2013):

- Orientación a la realidad. Mediante talleres adaptados se facilitan los referentes necesarios para evitar la desorientación del paciente.
- Adaptación cognitiva y funcional al entorno. Este tipo de intervención va fundamentalmente dirigido a las personas de su entorno, a las que se han de incluir siempre en todo tratamiento sobre la enfermedad.
- Terapia de reminiscencia. Se apoya en el recuerdo sistemático del pasado y de sus acontecimientos.
- Psicoestimulación y terapia cognitiva. Se trabajan de forma específica las diferentes capacidades cognitivas que van mostrando deterioro a lo largo del curso de la enfermedad.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria. Mediante este tipo de actividades se trabaja el aspecto funcional y motor del paciente.
- Prevención y contención de alteraciones psicológicas. La estabilización psicológica y conductual es un requisito previo para poder trabajar todas las demás áreas afectadas.

Aunque de momento no aparecen como imprescindibles en los manuales sobre el tratamiento de la enfermedad, cada vez es más frecuente que se incorpore el uso de terapias alternativas como arteterapia, y sobretodo, musicoterapia, con la intención de estimular aspectos fundamentales como la expresión, emoción o las capacidades afectivas y sociales. En el I Congreso Internacional de Consenso para Terapias No Farmacológicas para Alzheimer, celebrado en Madrid en 2005, se trabajó con expertos procedentes de diferentes áreas a favor de una mayor accesibilidad a las terapias no farmacológicas para personas con EA y sus cuidadores (López Moraleda, 2006). En el año 2010, el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias del Imsero participó en el Congreso de Terapias no Farmacológicas y Creativas en Salamanca a través de la presentación del vídeo sobre danza terapéutica y musicoterapia en personas con demencia (CRE Alzheimer, 2010).

4.2. Procesos y sistemas de memoria

A la hora de analizar la EA podemos señalar que el rasgo más característico es la progresiva pérdida de memoria, con las subsiguientes dificultades que entraña para la conservación de la autonomía (criterios A1, A2 y B del DSM-IV-TR, APA, 2002). A continuación, se tratará de explicar, en primer lugar, cómo funciona la memoria en el desarrollo típico. En segundo lugar, se presentarán las alteraciones que se producen en la misma como consecuencia de la EA, profundizando en los aspectos específicos que atañen al tema de investigación.

4.2.1. La memoria en el desarrollo típico

A pesar de la enorme complejidad que entraña la definición de memoria, podemos afirmar que se trata de un conjunto de procesos, sistemas y subsistemas que, a pesar de poder trabajar de forma relativamente autónoma (disociación), están interrelacionados entre sí y permiten adquirir, almacenar y recuperar información. (Tulving, 1994, citado por Ruiz-Vargas, 2002). Este registro abarca todo el conocimiento que adquiere el ser humano, tanto el que es propio de las actividades

de la vida diaria, como el que resulta imprescindible para el desarrollo, la adaptación y la relación con el entorno.

A grandes rasgos podemos afirmar que la memoria está en todo lo que hacemos y que sin ella cualquier planificación o cualquier proceso resultarían imposibles de concebir o emprender. Esta afirmación viene avalada por algunos estudios que explican cómo se activan las mismas partes del cerebro cuando recordamos y cuando imaginamos el futuro (Shacter, 2008). Resulta, por tanto, evidente que la importancia de la memoria no radica sólo en la forma en la que conservamos nuestro pasado, sino también en la manera en la que planeamos todo lo que nos proponemos llevar a cabo.

A continuación, se presenta de forma resumida la división más generalizada de estos subsistemas (Baddeley et al., 2010; Colmenero, 1997; Ruiz-Vargas, 2010):

- Memoria sensorial. También llamada “memoria de fijación”, registra la información percibida a través de los sentidos.

- Memoria a corto plazo (en adelante, MCP) o memoria operativa. Proporciona al individuo información para interactuar con su entorno de manera inmediata. Este almacén nos permite establecer una continuidad entre estímulos a la que acostumbramos a llamar presente. Según el modelo de Baddeley (Baddeley et al., 2010) se compone de: lazo articulatorio, agenda visoespacial y ejecutivo central (sistema atencional con funciones de control y supervisión de la actividad cognitiva).

- Memoria a largo plazo (en adelante, MLP). Almacena el recuerdo, la cultura y en general todo nuestro conocimiento. Se compone de diferentes subsistemas divididos en dos grupos:

- Memoria declarativa o explícita. Se pone de manifiesto con el recuerdo consciente. Se subdivide en dos tipos: La memoria semántica se encarga del conocimiento general: conceptos y significados que no van ligados necesariamente a experiencias concretas. La memoria episódica, o autobiográfica, almacena recuerdos sobre los eventos vividos.

- Memoria no-declarativa o implícita. Es filogenéticamente la subcategoría más antigua de todas las que integran nuestra memoria y se relaciona de manera muy estrecha con los automatismos, aquellas acciones que se emprenden con una menor energía de procesamiento. Su información se almacena fuera de lo consciente, aunque su contenido es fundamental para la supervivencia. Se subdivide en tres tipos: la memoria procedimental, que es aquella implicada en el registro,

mantenimiento y uso de habilidades motoras y cognitivas. El sistema de representación perceptiva está relacionado con el reconocimiento de las palabras, la lectura o el cálculo. Por último, la memoria emocional, el almacén ligado a las emociones, es el más antiguo de todos y resulta fundamental para la supervivencia.

4.2.2. La memoria en la enfermedad de Alzheimer

Lo que parece irse y lo que permanece

El avance del deterioro cognitivo en la EA se produce a través de dos vías que afectan a los sistemas de memoria (Peña-Casanova, 1999a):

- Amnesia anterógrada. Se conoce así a la dificultad para adquirir nueva información. Esto supone una disfunción en la MCP, y su déficit impide mantener y manipular temporalmente información que necesitamos para llevar a cabo tareas de aprendizaje, comprensión y razonamiento. El presente, por tanto, comienza a ser algo aislado y difícil de prolongar. La falta de continuidad afecta también al pasado más inmediato.
- Amnesia retrógrada. Se llama así a la imposibilidad de recuperar acontecimientos previos ya almacenados. Aquí el almacén afectado es la MLP, y todos los subsistemas que lo componen van deteriorándose progresivamente. Además de afectar a los procesos cognitivos correspondientes, repercute directamente sobre las relaciones familiares y sociales. La disfunción de la memoria autobiográfica es una de las que más afectan a este nivel.

Como se ha comentado anteriormente, la memoria autobiográfica es el *cajón* de la memoria en el que se guardan los eventos y experiencias propias. Según Nelson (1993), este tipo de memoria se empieza a formar en la infancia a través del lenguaje, de las conversaciones entre madre e hijo sobre acontecimientos pasados (no es tanto lo que el hijo recuerda, sino lo que la madre cuenta). Este origen psicosocial se mantiene a lo largo de toda la vida, pues compartir recuerdos se convierte en una forma de interactuar con los demás y, a la vez, estas narrativas familiares modulan los recuerdos del individuo (Fivush, 2008). A medida que avanza la EA, estos recuerdos parecen ir borrándose de la memoria. Se puede decir que la *autobiografía* de la persona que sufre la enfermedad se trasvasa a la memoria de la

familia y los cuidadores. La terapia de reminiscencia es una de las principales intervenciones que se aplican ante este problema y sus efectos se observan en la mejora del estado anímico, cognitivo y el bienestar de la persona enferma (Woods, Spector, Orrell y Davies, 2005).

Por otro lado, mantener dichas experiencias en la memoria autobiográfica permite “crear y mantener la representación del yo” (Baddeley et al., 2010, p.166). El hecho de no poder orientarse a través de dichos recuerdos, junto a los cambios de conducta que se presentan a lo largo de la enfermedad, el deterioro de las capacidades cognitivas y la falta de autonomía, conlleva una tendencia a creer en la *despersonalización* del enfermo. La imagen que se ha ido formando y divulgando sobre el Alzheimer, a través de diferentes autores y medios de comunicación, es la de una persona sin vida (Martorell, 2008). Esta visión desalentadora, ha dado pie a numerosas investigaciones y debates sobre la persistencia de la identidad en personas que sufren EA. Cabe mencionar, primero, que el diccionario de la Real Academia Española, en su última edición, define el concepto de *identidad* (RAE, 2001, versión electrónica) como “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás” y, en su tercera acepción, como “conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás”¹.

Sabat y Harré (1992) hallaron evidencias que sugieren que la conciencia de sí mismo persiste en las personas en fases moderada y severa de la EA, y atribuyen la primera causa de pérdida de identidad a la forma en que se percibe y se trata a las personas que sufren la enfermedad. Tappen, William, Fishman y Touhy (1999), tras analizar 45 entrevistas con personas diagnosticadas de Alzheimer probable, corroboran esta misma idea de la conciencia del yo, añadiendo además, que sólo si se comprende y aprecia a la persona más allá de sus funciones cognitivas se puede mejorar el tratamiento de la enfermedad. Martorell (2008, p.17), considera preciso “re-construir y difundir una imagen del Alzheimer centrada en la persona que permita su re-conocimiento e identificación cotidiana” a través de su corporeidad, con el fin de ofrecer dignidad y disminuir el aislamiento social.

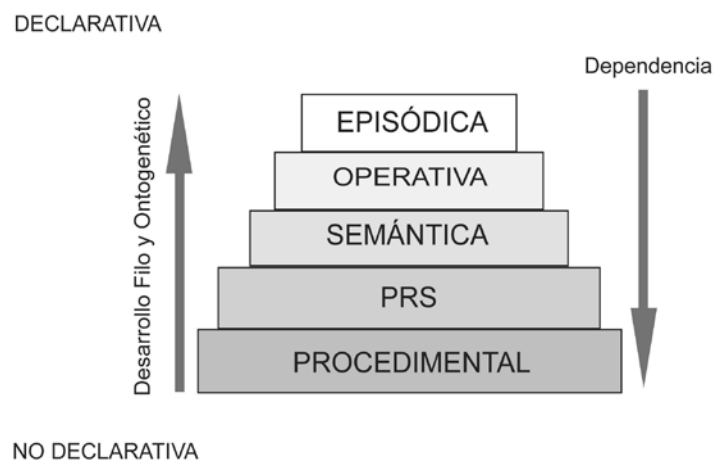
Un buen cuidado para la persona con EA, entre otras cosas, requiere mantener una rutina y favorecer el mantenimiento de las capacidades cognitivas el mayor

¹ Dadas las características de la EA y la limitación en cuanto a la extensión del presente trabajo, se considera útil esta pequeña definición de identidad ya que resume las ideas clave que se quieren tratar.

tiempo posible. Sin embargo, estas actividades directivas, suelen relegar a un segundo plano los aspectos personales del individuo. Por otro lado, la preocupación de cuidadores y familiares por cubrir las necesidades de estas personas, aumenta la sensación de dependencia y no permite la oportunidad de que encuentren un espacio en el que actuar de forma independiente y poder reafirmar esas características que los hacen únicos y diferentes a los demás.

En este proceso, mientras que la memoria explícita se ve severamente mermada, la memoria implícita se mantiene casi hasta el último estadio de la EA. Si se tiene presente el desarrollo filogenético y ontogenético del cerebro y sus sistemas de memoria (ver figura 2), se puede observar que esta secuenciación del deterioro mantiene una correlación inversa: las funciones y capacidades se van desvaneciendo progresivamente desde las superiores hasta las más básicas.

Figura 2. Secuencia evolutiva de los sistemas de la memoria humana, relación de dependencia y correspondencia con la dimensión declarativa/no declarativa (Ruiz-Vargas, 2010, p.101).



De esta forma, la memoria procedimental, como “memoria de *acción* conductual o cognitiva” (Ruiz-Vargas, 2010, p.103), se conserva relativamente bien debido a su carácter implícito que opera de manera inconsciente. Por lo tanto, incluso en el caso de la EA, con la práctica, este tipo de memoria puede mejorar de forma equivalente a la de las personas sin demencia (Baddeley et al., 2010).

Por último, aunque no menos importante, se presenta la memoria emocional. Filogenética y ontogenéticamente, es la más antigua y menos asociada a la *razón*, y por tanto, aunque se ve alterada con el curso de la EA, permanece operativa hasta las fases más avanzadas. Las emociones son una *acción*, pues se manifiestan en el cuerpo, y es sólo al final del proceso, cuando se percibe esa acción, que se toma conciencia de la misma y surgen los sentimientos (Damasio, 2005). Belmonte (2007), dice que “tanto en la emoción como en la cognición, tras los componentes conscientes subyacen e interaccionan toda una serie de mecanismos cerebrales no conscientes (...) que determinan de manera decisiva las características conscientes del pensamiento y la emoción” (p.59) y que por tanto, no hay razones para asumir que uno de los mecanismos (consciente o inconsciente) sea más importante que el otro.

Sin duda, son los afectos los que permiten a los pacientes seguir en contacto y relacionarse con el entorno, pues, incluso cuando llegan al punto de no reconocer a los familiares o cuidadores, sí pueden reconocer cariño hacia ellos y asimilar emociones (Molinuevo, 2012). En referencia a esto, Sabat (2006), sugiere a los cuidadores (familiares o profesionales) tener en cuenta la persistencia de la memoria implícita a la hora de asistir a las personas con EA, pues éstas se pueden ver afectadas por el trato que reciben a pesar de no registrarlo de manera consciente. En un estudio, Feinstein, Duffa y Tranel (2010) comprobaron que emociones como la tristeza o la alegría perduran en pacientes con demencia anterógrada severa aún cuando éstos no recuerdan de forma consciente el hecho que inicialmente las produjo. Aunque no se explica a qué se debe su permanencia, sugieren que podría ser por las señales emocionales que surgen del cuerpo, o a las imágenes emocionales, no verbales, que continúan resonando en la mente.

Estas evidencias revelan la importancia de prestar atención a las necesidades emocionales a la hora de aplicar cuidados y tratamientos a las personas con EA desde fases tempranas. Si las emociones, o sensaciones, se quedan registradas aunque el recuerdo desaparezca, trabajar con ellas y hacer un refuerzo positivo beneficiará al bienestar de la persona. Como dice el neurólogo Oliván (2012), debido a la accesibilidad que presenta la memoria emocional de la persona enferma, es sobre ella sobre la que se puede actuar con más eficacia.

Las observaciones realizadas hasta ahora son las que conducen a plantear el trabajo con la memoria implícita (procedimental y emocional) a través del arteterapia como un método que puede resultar efectivo para mantener la identidad o individualidad y favorecer la expresión de la misma en personas que sufren EA.

4.3. El Arte como terapia en la Enfermedad de Alzheimer

El arte, como herramienta para la inclusión social de las personas en dificultad, se puede abarcar desde los ámbitos culturales, educativos o clínicos. En los ámbitos culturales, la presencia de actividades dedicadas a las personas con EA son cada vez mayores. Durante el desarrollo de esta investigación, se ha tenido la oportunidad de participar en el programa *Los lenguajes del cuerpo*, de carácter didáctico e inclusivo, de *El Prado para todos* (Museo del Prado, enero 2013) dedicado a las personas con Alzheimer.

Otro proyecto de interés para este trabajo, y que además propone aunar ciencia y arte para la investigación sobre esta enfermedad, es *Arte y Cultura como Terapia y Proyecto Alzheimer MuBAM* (Unidad de Demencia del Hospital Virgen de la Arrixaca, Fundación AlzheimerUr y Museo de Bellas Artes de Murcia), que el pasado mes de abril ha sido invitado a participar en New York en el congreso "Practice & Progress: The MoMA Alzheimer's Project Exchange" para presentar uno de sus proyectos realizados.

4.3.1. Arteterapia: proceso artístico, emoción e identidad

La realización de actividades significativas es un método de intervención cognitiva fundamental para la rehabilitación y readaptación de las personas que sufren demencia (Peña-Casanova, 1999c). El trabajo con actividades plásticas, al igual que el trabajo con otro tipo de terapias, favorece el mantenimiento de diferentes capacidades como: la atención mantenida, psicomotricidad fina, organización espacial, coordinación visomanual, percepción y asociación de formas y colores, figuras y fondos, así como la autonomía, la relajación y disminución de la ansiedad.

No obstante, la creación artística ofrece más posibilidades. Según Vygotsky (1971; 2006), el arte surge como un “poderoso instrumento en la lucha por la existencia” y su base parece estar en “la posibilidad de liberar unas pasiones tumultuosas que no pueden encauzarse y encontrar una expresión en la vida normal” (p.300). Desde este punto de vista, y en general, parece que arte y emoción son dos conceptos indisolubles. Si se entienden las artes plásticas como un medio de expresión y comunicación no verbal, el mensaje sólo puede ser emitido y recibido a través del cuerpo y la emoción, a través de la intrasubjetividad e intersubjetividad. Ya que el razonamiento parece quedar relegado a un segundo plano y que lo emocional cobra valor, el trabajo en arteterapia con personas que sufren EA se presenta como una potente herramienta para facilitar su expresión. En efecto, Nadal y Flexas (2012), a partir de estudios sobre lesiones cerebrales y enfermedades neurodegenerativas, sugieren que “la creatividad es un ingrediente tan esencial del ser humano que puede seguir manifestándose a pesar de graves lesiones o una considerable degeneración” (p.99), ya que es el resultado de la interacción de diferentes sistemas neuronales (procesos cognitivos y *afectivos*).

Entre los años 2003 y 2005, un equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid en convenio con la Fundación Coca-Cola España, realizaron una investigación sobre “Talleres de arteterapia en distintos ámbitos sociales”. Dentro de este proyecto, se ha trabajado con personas con enfermedad de Alzheimer atendiendo a diferentes aspectos (Martínez, 2006). De los resultados obtenidos, se destaca el “mantenimiento de las capacidades cognitivas y motrices, el desarrollo de la capacidad expresiva y el mantenimiento de la autoestima y el lazo social” (Martínez, 2006, p.59). Y es en esta línea en la que se trabaja habitualmente con dicho colectivo.

Waller (2007), tras un proyecto de 9 años de investigación en el ámbito, propone el arteterapia como un método eficaz para el trabajo con personas mayores que sufren demencia y disminuir la estigmatización.

El contexto arteterapéutico se caracteriza por ser de *escucha* y *facilitación*. Según López y Martínez (2006):

El arteterapia reside (...) en dar voz a aquellos que, en muchas ocasiones, no la tienen en otros ámbitos de la vida, en escuchar y no hablar en nombre de ellos, en no presuponer actitudes o

intenciones, en acompañar a aquellos que sufren, a través de sus creaciones y sus procesos y en ofrecer posibilidades de ser a través del arte (p.115).

En la presente investigación, se pretende resaltar ese *espacio para dar voz*. Voz a la persona, a sus emociones, pero también voz a sus rasgos propios como individuo. Como se ha presentado anteriormente, la reminiscencia, el *recuerdo del pasado*, se aplica exitosamente y, sin embargo, el trabajo para reforzar la identidad en el *presente*, no es uno de los aspectos que más atención recibe en este colectivo. En efecto, a la hora de afrontar este marco teórico, cabe señalar la escasa literatura previa referente a dicho tema.

En este sentido, es destacable el trabajo de Pia Kontos quien, basándose en la filosofía de Merleau-Ponty² y la noción de *embodied selfhood* (Kontos, 2012), investiga a través del arte y el teatro sobre la importancia del cuerpo para la auto-expresión en personas que sufren demencia. Esa individualidad encarnada pretende captar los modos en que la identidad se *manifiesta* a través de las acciones corporales. En *The painterly hand* (Kontos, 2003) toma como ejemplo a De Kooning y Utermohlen (ambos artistas que siguieron creando a pesar de sufrir demencia), para sostener que el cuerpo vivencial es de vital importancia para entender la creatividad, la auto-afirmación y la memoria.

Esta perspectiva que presenta Kontos, resulta particularmente interesante plantearla desde el ámbito del arteterapia: el proceso artístico implica corporalidad en cuanto a los gestos, los movimientos que permiten el trazo, el tacto y la relación con los materiales, en la propia disposición frente a un papel y también, en cuanto a las emociones entendidas como algo visceral. La pintura, el dibujo o el collage se basan en la repetición de movimientos de forma secuenciada y, como se ha señalado en el epígrafe anterior, la memoria procedimental que se conserva permite aprender, mantener e incluso mejorar con la práctica estas técnicas.

² Para Merleau-Ponty (2003), el cuerpo es un medio de comunicación con el mundo. El sujeto reflexivo debe fundarse en el sujeto encarnado, ya que la relación con el mundo se debe a que ocupa un lugar dentro de él.

El resultado de este proceso, la obra, puede reflejar un deterioro de las capacidades cognitivas, pero ofrece a la vez un espacio libre para decidir y reafirmarse como sujeto creador.

La actividad gráfica y su producto, el dibujo, (...) competen a la vez al dominio de la expresión de la persona, y también al de la comunicación del sujeto consigo mismo y con el prójimo.

(...) El dibujo cuenta lo que soy porque mis movimientos me pertenecen y porque los trazos así producidos son la expresión y la traducción momentánea de mi existencia, de mi pensamiento, de mi interioridad. Cualesquiera que sean, las marcas dejadas por alguien en alguna parte, los pasos sobre la arena mojada, los signos en la baldosa empañada o los trazos garabateados por el niño en la hoja de papel.

Esas marcas atestiguan nuestra manera de ser, de actuar, de pensar, son la firma de nuestra existencia (López y Martínez, 2006, p.115).

En definitiva, se intentará comprender si el taller de arteterapia, como espacio flexible de sostén y acompasamiento, que se fundamenta en el proceso artístico, permite un re-surgir de la expresión y mantenimiento de la identidad de las personas que sufren EA.

5. Metodología

La metodología aplicada en la investigación de la que versa este trabajo es de carácter cualitativo. El diseño se basa en el análisis de los resultados obtenidos tras una intervención arteterapéutica de 6 meses en el Centro de Día Edad Dorada, especializado en demencias (Madrid). Aunque se ha trabajado con personas con diferente grado de deterioro cognitivo, la investigación se centra en las fases leve y leve-moderada de la EA.

La técnica de acercamiento a la información ha sido la observación participante, utilizando como instrumentos el cuaderno de campo y la documentación fotográfica. El cuaderno de campo permite recoger una descripción narrativa de lo acontecido en cada sesión a nivel individual y grupal, así como diferentes anécdotas. También se han tenido en cuenta las valoraciones personales de los usuarios en conversaciones dentro del taller de arteterapia, pues se ha considerado que en este caso aportan más información que las entrevistas fuera del contexto. Otra técnica ha sido la

reunión con los profesionales del centro con el objeto de triangular dicha información. En el Anexo I se adjunta una entrevista al Departamento de Psicología del centro, que se ha realizado tras la finalización de los talleres.

5.1. El proyecto de intervención de arteterapia

5.1.1. Contextualización

El Centro de Día Edad Dorada (Madrid), es un centro concertado con el Ayuntamiento de Madrid y gestionado por la obra social Mensajeros de la Paz. Destinado a personas mayores que sufren algún tipo de demencia, la mayoría de los usuarios que acuden sufre Alzheimer. Otros casos, aunque menos habituales, son de personas con Parkinson, Cuerpos de Levy y demencias de origen vascular. Los usuarios acuden de lunes a viernes en horario de 8:00 a 19:00h y participan en las diferentes actividades de psicoestimulación, orientación a la realidad, terapia ocupacional, gerontogimnasia, animación socio-cultural, entre otras actividades que el centro ofrece. Los objetivos principales de este centro son dos: estimular las capacidades cognitivas de cada usuario para contener la enfermedad y prestar apoyo a los familiares y cuidadores de la persona enferma.

Aunque tiene capacidad para 40 usuarios, normalmente no superan las 32 plazas ocupadas, lo cual genera un contexto familiar que permite una atención cercana por parte de los profesionales, muy adaptada a la realidad de cada usuario en particular y de las características del grupo general.

5.1.2. Intervención

La planificación del taller de arteterapia se ha llevado a cabo durante un mes de observación en el centro en el que se ha podido conocer la rutina y las formas de trabajo, así como a los usuarios y su nivel de funcionamiento, con el fin de orientar la intervención de acuerdo a sus capacidades y necesidades. Por otro lado, en ese mes, se ha podido establecer con los usuarios una conexión o vínculo que

posteriormente facilitó el trabajo en la intervención.

El modo de derivación de los usuarios al taller ha sido consensuado con el departamento de psicología. Los criterios se han basado principalmente en los beneficios que los diferentes usuarios pudieran obtener de los talleres programados. Para asignarlos a los grupos de trabajo se ha tenido en cuenta el grado de deterioro cognitivo en el que se encontraban, los diferentes síntomas psicológicos que pueden referir y, también, la motivación o el interés que mostraron al ser invitados a participar.

Objetivos

El tratamiento de la enfermedad se ha enfocado desde una perspectiva transversal: el mantenimiento de las capacidades cognitivas está implícito en el proceso artístico (organización espacial, toma de decisiones, percepción y asociación de formas y colores, figuras y fondos, coordinación visomanual, etc.). La particularidad de esta enfermedad entraña una mayor dependencia y la necesidad de programar actividades con alto grado de supervisión. Ya que la idea principal ha sido aportar con el arteterapia un complemento a las actividades que ya se realizan en el centro, se ha intentado ofrecer un espacio flexible que permita la creatividad, la estimulación emocional y la expresión – tanto artística como verbal – de la persona. Por consiguiente, se han presentado los siguientes objetivos:

- Estimular la autonomía. Este es un punto fundamental, ya que son personas adultas que gradualmente van perdiendo poder de decisión sobre sus vidas y actividades diarias. Dentro del este taller, se intenta que los usuarios puedan llevar a cabo las tareas de la forma más autónoma posible, dando tiempo, espacio y apoyo para que trabajen en conseguir el resultado que ellos desean en base a una guía o propuesta inicial. Durante la sesión, tienen libertad para ser y estar, pues la permanencia no es obligatoria y no hay establecido un resultado fijo que deban alcanzar. Dentro de este objetivo, la preservación de la identidad y el refuerzo de la autoestima son el eje central.

- Fomentar la iniciativa, la toma de decisiones y resolución de problemas mediante el trabajo artístico, así como potenciar la creatividad. La obra se convierte en un espacio en el que experimentar y, a la vez, en un reto para ellos mismos en el cual se tienen que esforzar para estar satisfechos con su trabajo.
- Beneficiar la continuidad. Debido a los problemas de memoria propios de la enfermedad, se intenta favorecer la orientación y la permanencia de nuevos recuerdos. Para ello, las sesiones son semanales y no se presentan como bloques independientes sino que tienen un hilo conductor, ya sea por las técnicas o por los temas tratados.
- Mantenimiento de las capacidades socio-emocionales, la interacción e identificación con el grupo a través del lenguaje verbal y simbólico, así como favorecer la crítica y diversidad.

Estrategias

Las estrategias que se han utilizado dentro del taller se pueden dividir en tres grupos que hacen referencia a: los materiales y las obras, la comunicación verbal y no verbal, y el encuadre arteterapéutico.

Con relación a los *materiales*, las técnicas que se han utilizado se dividen en tres grupos que se han ido incorporando gradualmente: líquidas: acuarela y témpera; secas; ceras, lápices, rotuladores; collage: revistas, papeles, costura con lanas y abalorios.

Tras un primer taller de experimentación con cada una de ellas, en las sesiones posteriores se ofrece siempre la posibilidad de elegir o mezclar las técnicas en función del tipo de actividad que se vaya a llevar a cabo. Este hecho favorece a la implicación personal en el proceso, el interés y el desarrollo de los gustos personales. Al mismo tiempo, es un número de opciones razonable para no provocar demasiada confusión o desorientación. En los casos de mayor dependencia o falta de motivación se sugiere el uso específico de algún material, pero dejando siempre al usuario un margen de actuación.

Hay 3 posibilidades a la hora de plantear la tarea, pues aunque el taller se presenta de la manera menos directiva posible, es imprescindible presentar un punto de partida:

- Nueva propuesta. Puede ser una actividad organizada, o una sugerencia en cuanto al tema o material a utilizar. Cada sesión depende de la motivación y del estado anímico que muestren los usuarios. A medida que transcurren los talleres, estas propuestas se van adaptando a los intereses específicos y las dinámicas que se establecen en cada grupo. En cualquiera de los tres casos, una vez que los usuarios empiezan a trabajar se intenta no intervenir en el desarrollo, a no ser que requieran ayuda.
- Creación a partir de trabajos anteriores. Se presentan los archivadores con sus obras para que hagan un repaso de lo que han trabajado, elijan lo que más les guste, y se basen en ello para crear una nueva obra. Esto sirve para favorecer la iniciativa, activar la memoria y poder evaluar si hay un progreso en el proceso y la ejecución.
- Continuación de trabajos anteriores. A veces el tiempo no es suficiente y las obras quedan sin terminar. En ese caso, si lo desean, se retoman en el siguiente taller.

En cuanto a la *comunicación*, las sesiones se empiezan atendiendo al estado físico y anímico, haciendo preguntas sobre cómo están, qué estaban haciendo antes de asistir al taller, qué han hecho los últimos días, etc. Las actividades se presentan con instrucciones sencillas que faciliten la comprensión. Al finalizar, a modo de *feedback*, se comenta el trabajo realizado, se comparten obras y opiniones, se aceptan sugerencias para sesiones posteriores y se da las gracias por la participación. Es importante mencionar la comunicación no verbal, como gestos o afectos, que sirven de apoyo cuando aparecen dificultades y favorecen a crear un clima de confianza. En algunos casos, se presta ayuda técnica si los participantes la demandan, o se procede a realizarla de forma simultánea para que puedan imitar.

Con respecto al *encuadre*, se ha utilizado siempre el mismo taller: “la sala azul”. La constancia del espacio, de los horarios y de los integrantes de los grupos, e incluso su disposición en la mesa de trabajo, son algunos de los factores que

influyen directamente en la creación de un contexto diferente al resto de actividades que realizan en el centro.

Actividades programadas

Las actividades programadas, como se menciona anteriormente, se han ido modificando y adaptando a los intereses y necesidades de cada grupo semana a semana, intentando favorecer que cada uno fuera tomando su propio camino a lo largo del proyecto. En el siguiente epígrafe se pueden ver algunos ejemplos.

Temporalización

La intervención grupal se ha llevado a cabo durante un período de 4 meses: enero – abril de 2013. Las sesiones han sido semanales, en grupos reducidos (3 o 4 participantes), y de una hora y media de duración. En ocasiones se ha modificado el tiempo según el estado anímico o el cansancio de los participantes.

Descripción de los participantes

El número de usuarios que participó desde el comienzo hasta el final del taller de forma asidua, y por lo tanto de los que más observaciones se han recogido, ha sido de 9 participantes, todas ellas mujeres. Entre los 70 y 85 años de edad, presentan heterogeneidad en cuanto a los aspectos personales y sociales: nivel de estudios, ocupación laboral anterior, hogar y cuidadores (pareja, hijos o cuidador profesional). Todas asisten al centro a diario y participan en las diferentes actividades programadas.

En relación a la enfermedad de Alzheimer, las participantes se encuentran en fase leve o leve-moderada (ver características generales en el apartado 4.1.). Aunque mantienen capacidades para comunicarse y desarrollar actividades diarias, son frecuentes alteraciones en la conducta, olvidos frecuentes, afasia, apraxia, agnosia, desorientación y en algunos casos delirios y desinhibición.

6. Resultados

Este epígrafe se presenta en dos apartados. Ambos servirán para justificar y entender los resultados obtenidos, así como para responder a los objetivos planteados en la investigación: describir cómo el proceso artístico y las obras creadas en el taller de arteterapia pueden favorecer a la preservación de la identidad; identificar si el contexto arteterapéutico puede favorecer a la expresión de emociones y sentimientos; comprender si el refuerzo de la individualidad y la expresión es reconocido y valorado de manera positiva por las personas que sufren EA.

En el primer apartado se presentan las observaciones realizadas dentro del taller, acompañadas por una selección de fotografías que se consideran relevantes para ilustrar lo que se explica en el texto. En el segundo, se exponen las observaciones recogidas fuera del taller e información contrastada con el Departamento de Psicología.

6.1. Observaciones dentro del taller

Se ha observado que al presentar el taller de arteterapia como un espacio facilitador, menos directivo, las usuarias empezaban a desarrollar un estilo propio, pues cada una elegía los materiales que mejor se adecuaban a su manera de hacer. En algunos casos incluso se preocupaban por la composición: dónde colocar las figuras, cómo y con qué rellenar espacios que quedan en blanco, qué color combina, qué tipo de pintura se adapta mejor. En ocasiones, cuando se proponía una técnica específica, algunas de las usuarias mostraban su desacuerdo e iniciativa propia para tomar otro material, o esperaban a que se les sugiriese alguno que les convenciese más. Por poner algún ejemplo, C.G., muestra más interés por collage y témperas; L.M. prefiere ceras y rotuladores; C.V., si es por iniciativa propia, sólo utiliza collage; y E.M., que le gusta participar en todas las tareas, acostumbra ponerle título a sus obras (figuras 3, 4, 5 y 6).



Figura 3. Autora: C.G., 15 de enero de 2013



Figura 4. Autora: L.M., 27 de febrero de 2013



Figura 5. Autora: C.V., 20 de marzo de 2013.

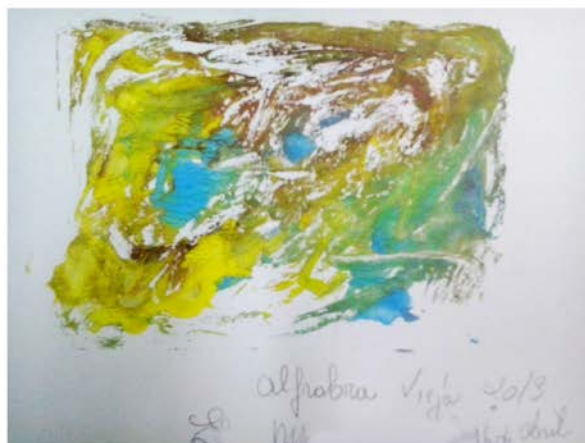


Figura 6. Autora: E.M., "Alfombra vieja", 16 de abril de 2013

Cuando los temas son libres, se aprecia que cada una tiende a representar cuestiones de su interés o gusto personal y que se repiten en varias ocasiones. Así, L.M, que antes viajaba mucho, suele dibujar paisajes; E.M., que le gustaba mucho hacerse la ropa, se muestra contenta dibujando y cosiendo vestidos en papel (figuras 7, 7.1. y 8, 8.1.); A C.G., le gustan los elementos estéticos (flores, anillos, pulseras).



Figura 7. Autora: L.M., 6 de marzo de 2013



Figura 7.1. Autora: L.M., 20 de marzo de 2013



Figura 8. Autora: E.M., "María de la O. [Vestido] Un poquito grande para cuando crezca", 26 de febrero de 2013.



Figura 8.1. Autora: E.M., 19 de marzo de 2013

El tema de la feminidad ha salido varias veces a lo largo de la intervención, tanto de forma verbal comentando modas, cómo se vestían o maquillaban, como de forma simbólica en las obras (figuras 3, 4, 5, y 9).

A parte de por los gustos e intereses, se ha observado que se identifican con sus obras por otros detalles: cuando están contentas con el resultado, la firman; cuando no lo están, en ocasiones no quieren poner su nombre o insisten en que no merece la pena guardarlo. Aún así, en ambos casos, les gustaba compartir su trabajo con las compañeras o mostrarlo a quien pasa por el taller. Normalmente buscaban la aprobación de los demás, pero también justificaban sus métodos cuando recibían

alguna *crítica*. En una sesión se planteó, a modo de juego, una actividad en grupo en la que todas las participantes debían intervenir realizando una parte del dibujo de las demás. Cuando se descubrieron los resultados, L.M. no estaba contenta. No le gustaba que otras personas hubiesen participado en su obra, no había quedado como ella quería, así que se negaba a firmar con su nombre. Mientras las demás le explicaban que en eso consistía la actividad y que cada una dibujaba diferente, ella insistía en que “*eso era muy feo*”.



Figura 9. Autora: T.C., 23 de abril de 2013
(carpeta customizada para guardar las obras del taller)

Generalmente preferían trabajar de manera individual, y se ha observado que al repasar las obras creadas tendían a recordar mejor las individuales que las grupales.

A diferencia de los miedos o reticencias que mostraban al principio (se excusaban con comentarios como “*yo esto no lo sé hacer, nunca he pintado*”), con la experiencia, se fueron apropiando del espacio y de los materiales, venían con ganas de trabajar y, finalmente, bromeaban con exponer en museos y demostraban su deseo por llevar las obras a sus casas.

Es interesante rescatar un fragmento de conversación acerca del taller que se dio una sesión. Mientras trabajaban en su papel, preguntaban:

(M.M) - *¿Tú eres profesora?* (E.M) – *No es profesora, ella (la arteterapeuta) nos da los materiales para que hagamos lo que queramos.* [14 de marzo, 2013]

E.M. muestra mucho interés por el taller. Se queja de que siempre “*la están*

*mandando*³, pero se ríe porque tiene muy buen humor. Sin embargo, en arteterapia parece que encuentra un espacio en el que se le permite *hacer lo que quiera*, y es una de las que más iniciativa y autonomía muestra. Además, es muy llamativo el hecho de que recuerda todas sus obras e incluso los títulos que les pone.

El ambiente distendido, flexible, con “reglas de convivencia” o “juego”, pero no directivo, ha creado un clima de confianza en el que las usuarias tenían vía libre para opinar y expresar. En el taller de arteterapia, los temas de conversación surgen de manera espontánea. Pueden estar influenciados por la actividad que se está realizando, o bien por preocupaciones que traen de fuera y manifiestan al comienzo de la sesión (cuando se pregunta cómo están) o durante su desarrollo, pero siempre están referidos a ellas mismas. A pesar de la anosognosia (no conciencia de padecer la enfermedad) y de que nunca se habla de la enfermedad de Alzheimer, las usuarias mostraban ser conscientes de que sus vidas ya no son como eran, se dan cuenta de los cambios que se han dado (y se dan) dentro de ellas y en su entorno. Frases como “*problemas con la cabeza, porque una ya tiene una edad...*” o “*antes sí, pero ahora no...*” se repiten frecuentemente en diferentes conversaciones que pueden ser sobre el aspecto físico (ropa, maquillaje) o costumbres y actividades que ya no pueden realizar.

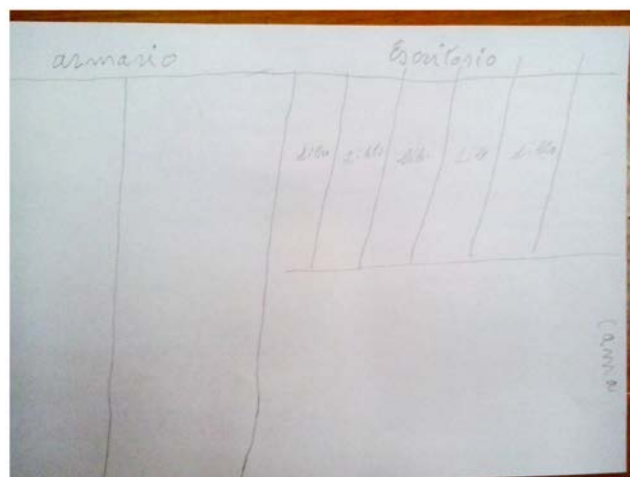


Figura 11. Autora: M.G., 15 de febrero de 2013

³ E.M., antes de padecer la enfermedad era una mujer autoritaria, encargada de administrar la economía y todos los asuntos del hogar, según información aportada por el centro.

La actividad “dibuja tu habitación” (figura 11), que a nivel práctico resultó un poco confusa, desencadenó una conversación en la que varias usuarias mostraron su frustración en cuanto a ese tema. M.G. comentaba que desde que su hijo y nuera se mudaron a su casa, ella tuvo que cederles la habitación de matrimonio y ahora duerme en el cuarto pequeño que pertenecía a su hija. Otras usuarias se quejaban de que tienen que desplazarse cada cierto tiempo, pues pasan temporadas con cada hija/o. Es curioso observar que, a la vez que agradecen sus cuidados, muestran cierto desacuerdo con las limitaciones y dependencia que suponen.

Con el motivo del “día de San Valentín”, en el centro se estaban realizando actividades relacionadas con el tema, y se aprovechó la motivación de las usuarias para introducirlo en el taller. El resultado fueron emotivas cartas, que las usuarias decidieron llevarse a casa ese mismo día. De todas ellas, destaca la de C.Gb., que pregunta si puede escribir a su marido *“aunque ya se haya ido”*. Cuando termina de escribirla, quiere leerla en alto (cosa que luego invitó a que las demás también lo hicieran) y se emociona. A.C., escribe a sus hijos.

Parece que la expresión artística dentro de este contexto, no sólo ofrecía un nuevo método de comunicación, sino que además reforzaba la expresión verbal. En cuanto a la relación usuaria – arteterapeuta, se han dado circunstancias en que las usuarias buscaban apoyo incluso fuera de horario del taller. Así, L.M. permanecía minutos después de la sesión para comentar a solas algunos aspectos de sus compañeras que le disgustaban; o T.C. aprovechaba encuentros casuales, o entraba en el taller de camino al baño, para charlar sobre asuntos personales.

Otro de los aspectos que cabe mencionar son las valoraciones positivas que hacían las usuarias dentro del taller como: *“aprendemos mucho”* (A.C.), *“hacemos cosas bonitas”* (L.M.), *“nos distraemos”* (M.G.), *“no hay que pensar tanto”* (C.G.).

Se ha podido apreciar que las usuarias recordaban que tenían que asistir una vez a la semana al taller, y en ocasiones preguntaban cuándo les tocaba. Cuando esto se alteraba por algún festivo u otra razón (actividades socioculturales organizadas por el centro), en la sesión posterior se podían oír comentarios como que *“hacía mucho”* que no venían.

6.2. Observaciones fuera del taller

A través de las entrevistas periódicas con el departamento de Psicología, se han podido contrastar las observaciones realizadas, así como tener acceso a información recogida fuera del taller.

Varias de las usuarias, en las sesiones individuales de seguimiento con el psicólogo, han hecho alusión a los talleres de arteterapia de forma espontánea, mostrando que eran de su agrado. Cabe tener en cuenta que las participantes en el taller trabajan con lo plástico en otras actividades (laborterapia, o manualidades). Por lo tanto, el hecho de que mencionen el arteterapia como algo especial, sugiere que es porque perciben algo diferente.

Por otro lado, se ha podido contrastar que la expresión verbal de aspectos personales de forma voluntaria es un hecho reducido al taller de arteterapia y las reuniones individuales con el psicólogo, que no se dan en el desarrollo de otro tipo de actividades del centro.

Tras la finalización de los talleres, la usuaria E.M., decidió enmarcar una de las últimas obras realizadas en el taller de arteterapia y acudió al centro con ella para enseñarla a sus compañeras (figura 12).



Figura 12. Autor: Dpto. de Psicología del Centro de Día,
7 de mayo de 2013.

Semanas después del último taller, 6 de las usuarias todavía recuerdan el taller de arteterapia, y de ellas, 4 preguntan de vez en cuando por su continuación.

7. Conclusiones.

En varias investigaciones se demuestra que las personas con EA mantienen la conciencia de sí mismas hasta fases avanzadas (Sabat y Harré, 1992; Tappen et al., 1999), por lo tanto, se puede aventurar que buscar medios a través de los cuales puedan expresarlo podría favorecer la calidad de vida y a enfrentar esa idea generalizada de la despersonalización.

Los objetivos que se persiguen generalmente son los de atender a las capacidades cognitivas, reforzar las relaciones sociales, la reminiscencia, etc. Aunque el debate sobre la identidad suele estar presente, no es uno de los temas primordiales a la hora de planificar las intervenciones con EA. En este trabajo de investigación, se ha intentado presentar el taller de arteterapia desde un enfoque diferente al habitual con este colectivo, haciendo hincapié en ofrecer un espacio para la individualidad dentro del grupo.

Como se ha comentado en el marco teórico, reforzar la autoestima de las personas con EA mejora su bienestar, y ayuda en la contención de la enfermedad (Peña-Casanova, 1999c). Del mismo modo que se trabaja esa valoración positiva (estima), los resultados aquí recogidos sugieren que el arteterapia puede ser uno de los medios que posibilite, también, el trabajo con la *percepción de uno mismo* frente al otro.

En cuanto al objetivo *describir cómo el proceso artístico y las obras creadas en el taller de arteterapia pueden favorecer a la preservación de la identidad*, los resultados refuerzan la idea de que la memoria procedimental permite a la persona desarrollar un estilo propio que muestra sus gustos e intereses. El taller brinda la oportunidad de expresión de la persona que fue en un pasado, pero, también, de la persona que es en el presente, a través de un proceso artístico que pone en evidencia las características propias que la hacen diferente a los demás. Es una reafirmación de sí mismo, es la huella, sobre un material, de la persona que todavía existe, que sigue sintiendo y experimentando a pesar de la enfermedad.

Los participantes crean y se re-crean a través de lo artístico y de un lenguaje simbólico. En este caso, y respondiendo al objetivo de *identificar si el contexto arteterapéutico podría favorecer a la expresión de emociones y sentimientos*, se

puede deducir que el arteterapia ha generado un ambiente distendido en el que surgen acontecimientos y expresiones que no tienen cabida en otros contextos. La expresión verbal ha alcanzado un protagonismo mayor al esperado inicialmente. Esto puede ser debido a que el trabajo con el proceso creador estimula de manera fluida la exteriorización de sus sentimientos, o bien al revés, que tienen la necesidad de verbalizarlos y en estas sesiones encontraron el lugar propicio.

Esto nos lleva al último objetivo, *comprender si el refuerzo de la individualidad y la expresión es reconocido y valorado de manera positiva por las personas que sufren enfermedad de Alzheimer*. Aunque los resultados aquí expuestos se pueden interpretar de diversas maneras, las valoraciones positivas de las usuarias y su interés por continuar con las sesiones, sugieren que este enfoque tiene repercusiones provechosas. Haciendo referencia a Sabat (2006) y la memoria implícita, si bien no siempre recuerdan los detalles de lo acontecido en el taller, la sensación que les queda es positiva y tal vez por ello les gusta participar.

Alguna de las dificultades que se han encontrado hacen referencia a los estados de apatía o desmotivación. En futuras intervenciones, si se tratase de proyectos más amplios en el tiempo, sería oportuno intentar incorporar diferentes técnicas hasta encontrar una que ofrezca una mayor posibilidad de identificación. Así mismo, en los casos de personas que muestran altos niveles de ansiedad, sería conveniente ofrecer un programa paralelo con sesiones individuales, o en pareja, planteando actividades relajantes y más referidas a lo sensorial.

Debido a que la identidad en la EA y la memoria implícita son dos temas complejos de manera independiente, intentar estudiarlos de forma conjunta dentro del contexto arteterapéutico supone encontrar una metodología adaptada, que permita una mejor recogida y análisis de la información. Las observaciones realizadas en este trabajo están referidas a los beneficios tangibles a corto plazo, y no se pueden generalizar porque se trata de un proyecto planteado hacia un número pequeño de participantes y con unas características específicas y heterogéneas. Empero, se instiga a pensar que la aplicación del arteterapia de forma continuada a lo largo de la enfermedad, puede actuar como soporte para la individualidad y ofrecer otra perspectiva para el cuidado y los cuidadores. Del mismo modo, se

sugiere una posible futura línea de investigación que profundice en los conceptos que aquí se conectan de manera sinóptica.

BIBLIOGRAFÍA

Acarín, N. (2010). *Alzheimer. Manual de instrucciones*. (Gabriel Pernau, trad.) Barcelona: RBA Libros.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. (4ª ed. revisada). Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Recuperado en junio 2013 de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Baddeley, A., Eysenck, M. y Anderson, M. (2010). *Memoria* (Giulia Togato). Madrid: Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 2009).

Ballesteros, S. (2005). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. (2ª ed.). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Belmonte, C. (2007). Emociones y cerebro. *Revista Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 101(1), 59-68.

Centro de Investigación Biomédica EuroEspes (2012). *Vacuna EB-101*. [Dossier de prensa]. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.ebiotec.com/Dossierprensa.pdf>

Colmenero, J.M. (1997). *Percepción, atención y memoria*. Jaén: Universidad de Jaén y Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.

CRE Alzheimer (2010, abril-junio). Congreso Nacional de Terapias Creativas: generando salud a través del diálogo de las artes. *Boletín digital*, 0 (2). Recuperado en julio 2013 de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/boletindigitalcrea02.pdf>

Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. (Joandomènec Ros, trad.). Barcelona: Crítica.

- Feinstein, J., Duffa, M. y Tranel, D. (2010). Sustained experience of emotion after loss of memory in patients with amnesia. *Proceedings of the National Academy of Science of United States of America, PNAS*, 107, 17. doi: 10.1073/pnas.0914054107
- Fivush, R. (2008). Remembering and reminiscing: How individual lives are constructed in family narratives. *Memory Studies*, 1(1) 49-58. doi: 10.1177/1750698007083888
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mchugh, P.R. y Fanjiang, G. (2002). Examen cognoscitivo Mini-Mental: MMSE (trabajo original de 1975; adaptación española: Lobo et al., 1979). Madrid: TEA.
- Fundación Alzheimer España, FAE (2013). Enfermedad al día. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2012, 19 de noviembre). *Proyecciones de población 2012*. [Nota de prensa, actualizada el 04 de diciembre]. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2013, 27 de febrero). *Defunciones según la causa de muerte año 2011*. [Nota de prensa]. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
- Kontos, P. (2003). The painterly hand': embodied consciousness and Alzheimer's disease. *Journal of Aging Studies*, 17, 151-170.
- Kontos, P. (2012, 31 de Mayo). Alzheimer's Expressions or Expressions Despite Alzheimer's? Philosophical Reflections on Selfhood and Embodiment. *Occasion: Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 4. Recuperado en junio de 2013 de <http://occasion.stanford.edu/node/102>
- López Moraleda, R. (2006, febrero). Congreso: terapias no farmacológicas para Alzheimer. *Sesenta y más*, 2, 35-36.
- López, M. y Martínez, N. (2006) *Arteterapia. Conocimiento interior a través del arte*. Madrid: Tutor.

- Martínez, N. (2006). Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 45-67.
- Martorell, M.A. (2008). Cuerpo e identidad en la experiencia de Alzheimer. Intentos por recuperar la condición de persona. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 17, 17-21.
- Menor, J., Peraita, H. y Elosúa, R. (2001). *Trastornos de la memoria en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Trotta.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *El mundo de la percepción: siete conferencias*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España. (Trabajo original de 1948).
- Molinuevo, J.L. (2012, 2 de febrero). El azote del Alzheimer. *Redes*. [entrevista] Recuperado en junio de 2013 de <http://www.rtve.es/television/20110511/azote-del-alzheimer/431856.shtml>
- Nadal, M. y Flexas, A. (2012). Bases biológicas de la creatividad. El enfoque desde la neuroestéticas. En Instituto Tomás Pascual (Ed.), *Creatividad y neurociencia cognitiva*, 83-102. Madrid: International Marketing & Communication.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4, 7-14.
- Oliván, J.A. (2012, 18 de septiembre). La enfermedad de Alzheimer y las emociones. *Los recuerdos se olvidan, las emociones permanecen*. Mesa redonda llevada a cabo en las III Jornadas de Alzheimer y otras demencias, organizado por la Agrupación de Familiares de Enfermos De Alzheimer y otras demencias de Caspe y Comarca (AFEDACC), Bajo Aragón.
- Peña-Casanova, J. (1999a). *Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Peña-Casanova, J. (1999b). *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Peña-Casanova, J. (1999c). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

- RAE (2001). Diccionario de la Lengua Española. (22ª ed). Consultado en junio de 2013 de <http://lema.rae.es/drae/>
- Ruiz-Vargas, J.M. (2002). *Memoria y olvido. Perspectivas evolucionista, cognitiva y neurocognitiva*. Madrid: Trotta.
- Ruiz-Vargas, J.M. (2010). *Manual de psicología de la memoria*. Madrid: Síntesis.
- Sabat, S. (2006). Implicit memory and people with Alzheimer's disease: Implications for caregiving. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21, 11-14. doi: 10.1177/153331750602100113
- Sabat, S. y Harré R. (1992). Construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 12, 443-461 doi: 10.1017/S0144686X00005262
- Shacter, D. (2008, 17 de junio). Los siete pecados de la memoria. *Redes*. [entrevista]. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-siete-pecados-memoria/178412/>
- Tappen, M., Williams, C., Fishman, S. y Touhy, T. (1999). Persistence of Self in Advanced Alzheimer's Disease. *Image -The Journal of Nursing Scholarship*, 31, 121–125. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1958994/>
- Varela, D. (2013, 17 de enero). Investigadores españoles diseñan una vacuna contra el Alzheimer. *ABC*. [versión electrónica]. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.abc.es/sociedad/20130117/rc-investigadores-espanoles-disenan-vacuna-201301171224.html>
- Vygotsky, L. (2006). *Psicología del arte*. (Carles Roche, trad.). Barcelona: Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1971).
- Waller, D. (2007) Demencia, estigma y arteterapia. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 63-70.
- Woods, B., Spector, A., Jones C., Orrell, M. y Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2):CD001120. Recuperado en junio de 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846613>

ANEXOS

Anexo I: Entrevista de evaluación realizada al Departamento de Psicología del Centro de Día Edad Dorada (Madrid) tras la finalización del proyecto de intervención de arteterapia.

24 de mayo de 2013

1. ¿Qué diferencias ha observado en la aplicación de arteterapia con respecto a otras actividades que se llevan a cabo para los usuarios?

El arteterapia constituye un enfoque diferente al plan de estimulación diseñado para las necesidades específicas de nuestros usuarios. La importancia capital que se otorga al aspecto emocional y a los diferentes canales de los que se sirve para ello, supone un acercamiento distinto a la enfermedad y también una oportunidad de crear contextos idóneos para la expresión que no es tan fácil de propiciar en el trascurso de otras dinámicas. Si exceptuamos la evaluación individual que se realiza desde este departamento, no es frecuente que aparezcan alusiones a la intimidad en el resto de las actividades. De esta forma, el arteterapia ayuda a que los usuarios interioricen aun más el centro en la medida en que se sienten cómodos al compartir confidencias y sentimientos personales.

2. ¿Considera el arteterapia un complemento útil para las personas que sufren demencia? ¿Recomendaría su implementación en el centro como una práctica habitual?

Debido a que el trabajo realizado está dirigido a la estimulación de capacidades y habilidades emocionales, supone sin duda un complemento muy interesante a los talleres habituales que se llevan a cabo en nuestro centro.

Su incorporación al plan de trabajo desarrollado enriquecería sin lugar a dudas la atención al usuario y generalizaría a otros ámbitos el trabajo habitualmente enfocado al aspecto cognitivo. Además, los conocimientos adquiridos pueden ser aplicados y extrapolados a otras dinámicas no incluidas exclusivamente en el contexto de la arteterapia.

3. El programa de intervención llevado a cabo en este centro ha propuesto como objetivos (entre otros) fomentar la autonomía, iniciativa y expresión de los participantes mediante el proceso artístico. ¿Considera beneficioso trabajar los aspectos relativos a la identidad de las personas con Alzheimer así como aquellos más específicos y característicos de cada individuo? ¿Por qué?

Cuando se trabaja con personas que sufren Alzheimer en un centro de día, habitualmente se opta por incluir al individuo en grupos compuestos por usuarios en una situación cognitiva parecida. Este método arroja sin duda buenos resultados a la hora de contener el deterioro de las capacidades, aunque quizás sacrifique una atención más individualizada, al pretender atender a personas con diferente potencial al mismo tiempo. Además, para trabajar de forma específica en la mejora de un determinado proceso cognitivo, se acostumbra a dirigir en exceso los talleres con la intención de prolongar la atención en la materia a trabajar. Los resultados son sin duda muy positivos pero a modo de autocrítica se ha de reconocer que el proceso resulta menos personal y cercano debido a ello.

En el arteterapia sin embargo, no se busca la estimulación directa de las capacidades y no se genera una expectativa respecto a esta circunstancia. En sus talleres, a partir de la propuesta de la arteterapeuta se prima la libertad de elección de los materiales y de su temática, y en este mismo proceso se generan vínculos difíciles de crear por otra vía. El usuario desarrolla durante los mismos un estilo personal que refuerza su identidad, siempre dentro de un contexto que da un valor significativo a la diferenciación individual y a la pluralidad.

4. ¿Qué otros aspectos de la enfermedad de Alzheimer se podrían abordar desde el arteterapia?

Debido a las necesidades específicas de muchos enfermos de Alzheimer, uno de los aspectos que podrían abordarse desde el marco de la arteterapia podría ser la contención puntual de algunas alteraciones de la conducta. Síntomas tales como la ansiedad o la agitación pueden ser tratados de forma puntual y prolongada, no sólo desde la relajación sino también a partir de la incorporación de la arteterapia.

5. ¿Qué observaciones le han transmitido los usuarios que han participado en el taller?

Todos los usuarios a los que se les ha preguntado sobre los talleres de arteterapia han respondido de forma muy positiva. Su inclusión dentro de las actividades del centro ha supuesto para alguno de ellos una gran novedad que les ha ilusionado especialmente. A la conclusión de los mismos algunos han mencionado de forma reiterada su trabajo allí y han preguntado acerca de la posibilidad de que estos pudieran prolongarse más allá de lo previsto en un principio.

6. Valoración del taller de arteterapia en cuanto a las expectativas iniciales.

Las expectativas compartidas por la arteterapeuta al responsable de este departamento durante las primeras entrevistas se cumplieron satisfactoriamente a la finalización de las mismas. La incidencia sobre los estados de ánimo de los usuarios ha resultado muy positiva mientras tenían lugar las jornadas desarrolladas en el centro, circunstancia no prevista por este departamento al inicio de las prácticas.

7. ¿Alguna sugerencia para próximas intervenciones?

Desde este departamento sugerimos que la inclusión de la arteterapia en grupos con un deterioro cognitivo más avanzado puede suponer un reto interesante de acometer. La búsqueda de materiales específicos para cada caso, la creación de un vínculo especial entre el arteterapeuta y el usuario durante el proceso puede aportar información añadida en el conocimiento de la enfermedad y también en la forma de enfocar su tratamiento no farmacológico en el futuro. El arteterapia, debido a la flexibilidad de sus propuestas puede aportar nuevas vías de exploración al margen de lo meramente cognitivo.

8. ¿El trabajo específico con la memoria implícita puede favorecer al mantenimiento de las capacidades cognitivas / contención de la enfermedad?

Aunque es difícil valorar de forma cuantitativa la aportación del trabajo específico de un proceso cognitivo al conjunto de una demencia, sí resulta necesario subrayar la importancia de estimular la memoria implícita en todas las fases de la enfermedad.

Si atendemos a la relevancia que se le otorga para mantener la identidad del individuo, este almacén resulta en sí mismo una línea base desde donde continuar estimulando el resto de capacidades. Es, a juicio de quien responde a este cuestionario, uno de los soportes cognitivos básicos de los demás procesos. Se puede afirmar que lo que alguien es realmente, está muy estrechamente ligado a lo contenido en este tipo de memoria.