



Evaluación del efecto de un programa de arteterapia aplicado a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias seniles

Pilar M. Domínguez-Toscano¹; Juan R. Román-Benticuaga²; M. del Aire Montero-Domínguez³

Recibido: 22 de julio de 2016 / Aceptado: 29 de enero de 2017

Resumen. Se presenta un estudio experimental con grupo control, de metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) que evalúa un programa de arteterapia para personas mayores con alzhéimer u otras demencias seniles.

Tras 4 meses de intervención, más una segunda fase de 16 meses objeto de evaluación cognitiva de seguimiento, los resultados son: utilizando T de Student para dos muestras independientes, con un nivel de confianza del 0.95 ($\alpha=.05$), 26 g.l., los tests sobre desarrollo cognitivo (MMSE) constatan una mejora comparativa en el grupo de intervención en la evaluación de seguimiento (-3.25), mejora no significativa tras la primera fase de intervención (-0.73). Del contraste de medidas post de depresión obtenidas con el BDI-II resulta un $T=-3.47$, valor significativo. Las medidas de estado funcional y calidad de vida, obtenidas mediante COOP/WONCA (9 escalas), arrojan como resultado: no se aprecian cambios significativos en dos escalas; mejora significativa pero moderada en 4 escalas; el grupo intervenido con arteterapia ha obtenido una mejora significativa y alta en Sentimientos ($T=-3.22$) y Actividades Sociales (-5.05). Se añade cálculo de T para muestras dependientes (experimental) en dos medidas (pre y post) o tres (pre, post y seguimiento en Estado Cognitivo). Se añade una visión de los contrastes de medidas en el grupo control, también utilizando el estadístico T para muestras dependientes.

Para la evaluación cualitativa se utilizan la observación directa y entrevistas semiestructuradas. Respecto a la autoestima, fortalecimiento emocional, motivacional, actitudinal y relaciones interpersonales, los resultados muestran incrementos en las personas participantes en el programa.

Palabras clave: Arteterapia; mayores; alzhéimer; demencia senil; depresión.

[en] Evaluation of the effect of an arteterapy program applied to persons with Alzhemimer disease or other sense dementities

Abstract. Is presented an experimental study with control group, mixed methodology (quantitative and qualitative) that evaluates a program of art therapy for older people with Alzheimer's or other senile dementias.

After 4 months of intervention, plus a second phase of 16 months subject to follow-up cognitive assessment, the results are: using T-test for two independent samples, with a confidence level of 0.95 ($\alpha = .05$), 26 gl, on cognitive development tests (MMSE) find a comparative improvement in the intervention group at follow-up evaluation (-3.25), no significant improvement after the first phase of

¹ Universidad de Huelva (España)
E-mail: pimia.arteterapia@gmail.com

² Universidad de Huelva (España)
E-mail: unaymilmanerasdemirar@gmail.com

³ Universidad de Huelva (España)
E-mail: mairemontero@gmail.com

intervention (-0.73). Post contrast depression measures obtained with the BDI-II results in a $T = -3.47$, significant value. The measures of functional status and quality of life, obtained by COOP / WONCA (9 stops), cast as a result: no significant changes were seen in two scales; moderate but significant improvement in 4 scales; art therapy group intervened has obtained a significant improvement in high Feelings ($T = -3.22$) and Social Activities (-5.05). T calculation for dependent samples (experimental) is added in two measures (pre and post) or three (pre, post and follow up in Cognitive Status). A comparison of measures contrasts is added in the control group, also using the T statistic for dependent samples.

Qualitative assessment for direct observation and semi-structured interviews are used. Regarding self-esteem, emotional, motivational, attitudinal and strengthening interpersonal relationships, the results show increases in participants in the program.

Keywords: Art therapy; seniors; Alzheimer's disease; senile dementia; depression.

Sumario. 1. Introducción. 2. Revisión documental sobre AT aplicada a personas mayores EA u otro trastorno neurocognitivo prevalente en la vejez. 2.1. Aspectos generales. 2.2. Selección de documentos, referencias directas de nuestro programa. 3. Programa de investigación. 3.1. Objetivos. 3.2. Metodología de investigación. 3.2.1. Diseño del estudio. Caracterización general. 3.2.2. Instrumentos de observación/medición y método. 3.2.3. Procedimiento. 3.2.4. Lugar de realización de las intervenciones. 4. Programa de intervención. 5. Resultados. 5.1. Especificaciones sobre las mediciones al término de la primera y segunda fase de Descripción e interpretación de resultados cuantitativos. 5.2. Descripción de resultados cuantitativos. 5.3. Descripción de resultados cualitativos. 6. Discusión. 7. Conclusiones. Agradecimientos. Referencias.

Cómo citar: Domínguez-Toscano, P.M.; Román-Benticuaga, J.R.; Montero-Domínguez, M.A. (2017) Evaluación del efecto de un programa de arteterapia aplicado a personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias seniles. *Arte, Individuo y Sociedad*. 29 (Núm. Especial), 255-278.

1. Introducción

El presente documento informa el planteamiento, metodología y resultados de un programa de arteterapia aplicado a personas mayores con EA u otro trastorno neurocognitivo mayor prevalente en la vejez. Los objetivos principales del programa son: desacelerar el deterioro cognitivo, reducir la depresión y mejorar la percepción de calidad de vida, junto al fortalecimiento de la autoestima y las relaciones interpersonales. La intervención se contextualiza teóricamente en la documentación científica que reporta programas de arteterapia en esta población, particularmente aquéllos evaluados e informados según estándares científicos.

Definición de arteterapia aquí adoptada

No existe una definición de arteterapia unánimemente aceptada por todas las asociaciones y entidades relacionadas con la misma, si bien existen entre ellas importantes confluencias. Destacando aquéllas que enfatizan la utilidad del trabajo inter y multiartístico, la definición de arteterapia que inspira el presente trabajo podría formularse en estos términos: Arteterapia es una modalidad de intervención terapéutica que integra prácticas asistenciales y/o formativas, mediadas por el arte en cualquiera de sus formas de expresión (visual, musical, corporal, verbal) o mediante la integración de estas formas. Según el contexto de aplicación y sus específicas demandas, la arteterapia puede cumplir una función preventiva, terapéutica, paliativa o de fortalecimiento de la salud.

2. Revisión documental sobre AT aplicada a personas mayores EA u otro trastorno neurocognitivo prevalente en la vejez

2.1. Aspectos generales

Este programa se inserta teórica y metodológicamente en el enfoque arteterapéutico aplicado a la población mayor con EA o TNM asociado a la edad, habitualmente afectada de depresión secundaria. Para una revisión de la documentación disponible en bases de datos científicas, se realiza, en junio de 2015, un rastreo bibliográfico de artículos publicados en revistas científicas indizadas y otros documentos (libros, capítulos de libro, tesis, documentación en formato electrónico) recogidas por los siguientes recursos: Elsevier-ScienceDirect, EBSCOHost, PsyInfo, SCOPUS// SCIENCE DIRECT, ISOC, NDTLD portal de tesis, Plataforma Proquest (que agrupa 7 bases de datos, de las cuales la más relevante para este tema es MEDLINE), Google academic, metabuscador BUHGLE. Los criterios de búsqueda fueron: palabras clave: arteterapia + alzhéimer, límite temporal: sin límite; idiomas: inglés y español. Los documentos y reporteros encontrados fueron seleccionados en función de su afinidad con algún aspecto del presente programa. Esta selección suma 90 documentos. Ampliada esta búsqueda consultando los listados de referencias presentes en los documentos encontrados, y ciñéndonos a la documentación sobre AT aplicada a mayores con demencia, la cifra total asciende a 2.524.

Vista en su conjunto, la documentación consultada ofrece una visión alentadora sobre las posibilidades de los lenguajes artísticos para el abordaje de las demencias seniles. Las intervenciones formativas/terapéuticas de este tipo pueden conseguir una mejora en la calidad de vida del enfermo y de su autopercepción, pueden frenar el embotamiento afectivo y sensibilizarlo hacia objetos de valor emocional y biográfico; puede contener parcialmente el avance del deterioro sensorial, mediante un ejercicio continuado de la estimulación multisensorial y frenar el deterioro cognitivo, fundamentalmente manteniendo al enfermo intelectualmente activo, con tareas que implican creatividad (resolución de problemas en sistemas abiertos). No obstante, de la mayor parte de la documentación consultada se desprende una conciencia clara de que las aproximaciones psicosociales como las terapias artísticas resultan paliativas, pero no pueden evitar que el enfermo finalmente perezca como consecuencia de su afección. Es la sociedad quien debe valorar si ese aumento significativo en la calidad de vida del enfermo es suficiente para justificar una inversión en abordajes de este tipo.

2.2. Selección de documentos, referencias directas de nuestro programa.

Del conjunto de estudios consultados, todos ellos referidos a las aplicaciones arteterapéuticas para personas mayores con demencias, destacamos aquéllos que han servido de referencia directa para el diseño de nuestra investigación.

Los criterios de selección, que se basan en la semejanza con nuestro diseño, son los siguientes:

1. Estudios que evalúen intervenciones arteterapéuticas (quedan excluidas las revisiones documentales, reseñas y metanálisis de estudios de variada metodología).

2. Las intervenciones han de ser grupales (quedan excluidos los estudios de caso único, experimentales N =1).
3. La metodología de investigación ha de incluir el método experimental, es decir, ha de ser combinada (observacional y experimental/cuasiexperimental) o experimental sólo.

Aplicando estos criterios, se seleccionan los siguientes informes:

Rentz (2002) presenta el programa *Memories in the Making* y una evaluación cuantitativa del mismo basado en la evidencia, concretamente en sus resultados en los niveles de bienestar y autoestima. Patrocinado por la Asociación de Alzheimer del Área Metropolitana de Cincinnati, el programa fue aplicado a 41 ancianos con demencia, institucionalizados. Se aplicó grupalmente en sesiones semanales, utilizando terapéuticamente técnicas de artes plásticas y haciendo especial hincapié en la expresión emocional. Según la autora del informe, “los datos preliminares sugieren que la participación en las sesiones semanales contribuyó al sentido de bienestar de los individuos” (Rentz, 2002, p. 175).

Esta misma autora participa en el equipo que emprende esa evaluación más rigurosa del mismo programa mediante un diseño cuasiexperimental intragrupo. El programa de AT, *Memories in the Making*, consiste en actividades de artes plásticas que promueven la expresión emocional. Según las autoras del informe, “los resultados indicaron que los individuos mostraron significativamente más interés, atención sostenida, placer, autoestima, y normalidad durante la participación en *Memories in the Making*” (Kinney y Rentz, 2005, p. 220).

Staal, Sacks, Matheis, Collier, Calia, Hanif y Kofman (2007) informan un estudio experimental, aleatorizado, simple ciego. Participaron 24 pacientes con demencia moderada a severa ingresados en una unidad de psiquiatría geriátrica de un hospital de Nueva York. Todos los participantes recibieron tratamiento farmacológico, terapia ocupacional y ambiente hospitalario estructurado, y fueron asignados al azar para recibir tratamiento multisensorial (MSBT) y multiartístico o una sesión de actividad estructurada. La intervención va dirigida fundamentalmente a mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD), la agitación y la apatía.

Se observó una mayor independencia en las AVD para el grupo tratado con MSBT (KI- ADL; $P = 0,05$) que con la atención estándar de la hospitalización psiquiátrica sólo. En el grupo intervenido con MSBT también se redujo la agitación y la apatía ($P = 0,05$). El análisis de regresión múltiple predijo que en el grupo multi-sensorial, las AVD aumentaron y la apatía y agitación se redujeron ($R < \sup > 2 < / \sup > = 0,42$; $p = 0,03$).

Oresnik (2008) informa un estudio experimental realizado en Croacia con 16 pacientes con diagnóstico probable de EA, evaluados con el MMSE; los dos grupos, experimental y control, fueron equiparados considerando las variables sexo, edad y estado de la enfermedad. Al grupo experimental se le asignó una terapia cognitiva adicional, fundamentalmente basada en actividades creativas, para mejorar las habilidades cognitivas junto con el tratamiento regular; el segundo grupo sólo recibió tratamiento regular. Ambos programas se desarrollaron duraron 6 meses. Al término de la intervención, los 16 pacientes fueron reevaluados con el MMSE. Los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa en las capacidades cognitivas de los pacientes tras la intervención, resultados consistentes con los de otras investigaciones. Éstas, en su mayor parte, muestran una disminución más lenta

de las capacidades cognitivas en pacientes con EA que están mentalmente activos.

Con el elocuente título *Efectos de la estimulación multisensorial en la cognición, la depresión y los niveles de ansiedad de los pacientes afectados moderadamente de Alzheimer*, Ozdemir (2009) publica un artículo que informa un estudio cuasiexperimental realizado en Turquía. Participan 27 sujetos con EA en fase inicial (deterioro cognitivo leve). El estudio se propone evaluar el efecto de la estimulación multisensorial (con actividades de pintura, visionado de vídeos y música) en el estado cognitivo (medido mediante MMSE), depresión (medida mediante el BDI) y ansiedad (medida con la Escala de Ansiedad de Beck) de pacientes con EA en fase leve.

Las diferencias entre las mediciones antes, inmediatamente después y 3 semanas después de la intervención son significativas, pero menor en la segunda medida post que en la primera medida post. En palabras de los autores: “La conclusión principal del estudio es que el método de estimulación multisensorial aplicado a pacientes leve o moderadamente afectados por la enfermedad de Alzheimer tuvo un efecto positivo en su estado cognitivo, los niveles de depresión y de ansiedad” (Ozdemir, 2009, p. 213). Además, este efecto continuó durante tres semanas después de la finalización de la intervención, con una tendencia a disminuir progresivamente.

Otro estudio experimental realizado en Luxemburgo por Ciccarello (2010) se propone evaluar la utilidad de la AT en personas mayores con diferentes grados de demencia y de dependencia. Se formaron dos muestras –experimental y control– internamente heterogéneas, con sujetos con diverso grado de deterioro cognitivo. La intervención mediante AT se propone mejorar el estado cognitivo (particularmente, la memoria), el estado de ánimo (reducir ansiedad y depresión), incrementar autoestima y controlar otros parámetros geriátricos (dolor, tensión). Para ello, se aplica 1 sesión semanal, en contexto hospitalario, a los sujetos del grupo de intervención. Las actividades son fundamentalmente artes plásticas y música. La duración del programa es variable, dependiendo del tiempo de hospitalización.

En cuanto a resultados, se observa mejora en el grupo intervenido en varios parámetros, destacando bienestar y estado cognitivo (memoria). La heterogeneidad de la muestra y la variabilidad del número de sesiones –puesto que dependían del tiempo de hospitalización– interfieren, según los propios autores, la generalizabilidad de los resultados. Asimismo recomiendan aumentar el número de sesiones para consolidar los efectos obtenidos.

El estudio de Kang (2010), que evalúa una intervención arteterapéutica realizada en Corea del Sur, es nuestro referente más directo. Se trata de un estudio cuasiexperimental.

Dado que el objetivo de la intervención abarca aspectos cognitivos y emocionales de la vida de personas mayores, su calidad de vida y su estabilidad psicológica en conjunto, los autores justifican la necesidad de un abordaje globalizador, que integre distintas vías de acceso y activen funciones también diferentes.

Muestra: El tamaño muestral del estudio coreano fue calculado tras establecer la magnitud del efecto, un nivel de confianza de 0.95 y una potencia de 80 %. La muestra consta de 38 personas mayores residentes en un centro geriátrico de alto nivel y afectadas por demencias de la vejez en fase leve.

Intervención.

Contenido de la intervención: La intervención incluía 4 programas: de estimulación cognitiva, de AT, de musicoterapia y de horticultura, siguiendo el enfoque integrador

cuya idoneidad Kang apoya en abundante bibliografía. La intervención integrada constó de 18 sesiones.

Investigación

Objetivo de investigación: Evaluar el efecto de un programa integrado en la función cognitiva (medida con MMSE, versión coreana), el nivel de depresión (medido con la Escala de Depresión Geriátrica) y la salud mental-emocional de los sujetos intervenidos -medida con un instrumento poco conocido en nuestro entorno, propuesto por Choi et al. (1990)-.

Resultados: La puntuación media en cuanto a función cognitiva del grupo experimental aumentó de 17,78 a 22,03. En el grupo control, la puntuación de la función cognitiva disminuyó de 21,42 a 16,69. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La puntuación media de depresión en el grupo experimental se redujo de 21,30 a 13,75. En el grupo control, la puntuación de depresión aumentó 17,50 a 25,89. La disminución en el nivel de depresión del grupo experimental después de la prueba fue significativamente mayor que la del grupo control ($p < 0,001$).

La puntuación de salud mental-emocional en el grupo experimental aumentó de 38,85 a 45,45 y en el grupo control aumentó de 37,00 a 38,00. El aumento en el grupo intervenido es significativamente mayor ($p < 0,001$) que en el control. No obstante, deben ser destacadas las diferencias en las puntuaciones de partida de ambos grupos.

3. Programa de investigación

El proyecto del que aquí se informa ha sido realizado en el Centro de Mayores San Joaquín y Santa Ana, en San Juan del Puerto (Huelva).

Es un estudio experimental de intervención con asignación aleatoria al grupo de intervención de AT o al control. Puede considerarse ensayo clínico sin medicamentos, por lo que se aplican las normas éticas de los mismos.

Ha sido incluida una muestra de 32 sujetos, 14 de ellos diagnosticados de EA en fase avanzada o (cuando el tipo de síndrome demencial no pudo ser especificado) TNM con máximo nivel de gravedad (totalmente dependiente), y otros 18 diagnosticados de EA en fase moderada o TNM con nivel de gravedad moderado. En prácticamente todos los casos existe depresión asociada. Siete personas enfermas de alzhéimer o con TNM en fase avanzada y nueve con demencia en fase moderada constituirán el grupo experimental y las restantes serán control. Para el establecimiento del nivel de gravedad se utiliza el instrumento MMSE, adaptación española de Lobo et al. (1979). La asignación a una de las dos condiciones experimentales se ha hecho por aleatorización simple. A los 4 grupos les fue analizada, antes y después de la intervención, una serie de variables clínicas psicológicas indicativas de la evolución de sus enfermedades y calidad de vida.

3.1. Objetivos

1º. Valorar si la aplicación de la AT mejora los parámetros cognitivos de la enfermedad de alzhéimer o Trastorno Neurocognitivo Mayor en personas con más de 80 años (o más de 60, en casos de alzhéimer) internadas en un Centro de Mayores como residencia habitual.

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

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

3.2. Metodología de investigación

3.2.1. Diseño del estudio. Caracterización general.

Tipo de diseño: experimental.

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

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

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

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

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

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

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

Temporalización total del estudio: 23 meses.

| Medidas pre (marzo 2013) | INTERVENCIÓN 1ª fase (Abril-julio 2013) | | Medidas post (agosto-septiembre 2013) | INTERVENCIÓN2ª fase (septiembre 2013-diciembre 2014) | Medidas seguimiento |
|--------------------------|---|------------|---------------------------------------|--|---------------------|
| MMSE | Mayor deterioro | Menor Det. | MMSE | Mayor y Menor Deterioro | MMSE |
| BDI-II | | | BDI-II | | |
| COOP/WONCA | | | COOP/WONCA | | |

3.2.2. Instrumentos de observación/medición y método

Instrumentos de observación/medición.

Los siguientes instrumentos son aplicados a ambos grupos, control y experimental, antes y después de la intervención. Se utiliza pues la técnica de retest con un máximo de dos utilizaciones con el fin de evitar contaminaciones por sobreutilización, a excepción del MMSE, que es aplicado cada 6 meses según el protocolo de seguimiento habitual en esta institución.

Depresión. Instrumento utilizado: BDI-II. Para la medida de la depresión se ha utilizado la adaptación española a la segunda versión del Beck Depression Inventory (BDI-II), hecha por Sanz y Vázquez (2011). Para la que presentación que aquí se hace de este instrumento, sus propiedades psicométricas y valores referenciales en población española, nos atenemos al Manual del mismo (Beck, Sterr y Brown, 1996). Para estudiar las propiedades psicométricas de la adaptación española de Sanz y Vázquez (2011), utilizaron tres muestras. La fiabilidad de la consistencia interna de las puntuaciones fue estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, oscilando entre 0,89 y 0,91 para las tres muestras de pacientes externos y entre 0,87 y 0,91 para las muestras de adultos y de estudiantes universitarios. En cuanto a validez convergente, las correlaciones halladas entre la adaptación española del BDI-II y la Escala de depresión mayor y la Escala de distimia (ambas del MCMI-II) son de 0,70 y 0,68 respectivamente en las muestras de pacientes externos con trastornos psicológicos. Presenta también una buena congruencia factorial (entre factores similares) hallada en las muestras españolas. Esta adaptación española del BDI-II, en conjunto, presenta, según sus autores, buenos índices psicométricos, semejantes a los de la versión original y las adaptaciones a otros países. Este instrumento es el más utilizado en nuestro país para evaluar la depresión.

Deterioro cognitivo. Instrumento utilizado: MMSE. Por su aplicación breve y sus buenas propiedades psicométricas, cuenta con amplia aceptación en ambientes clínicos y de investigación. En su versión española (Lobo et al., 1979) es probablemente el instrumento más utilizado en nuestro país para la valoración cognitiva. En general, las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad del instrumento son buenas, aunque disminuyen cuando el deterioro es leve o cuando el nivel de estudios es se sitúa en los extremos (bajo o muy alto) (Del Barrio, 2003); en concreto, si la escolaridad se sitúa en ocho años o menos, disminuye la especificidad y se incrementa la sensibilidad, efecto aún más acusado a partir de los 80 años.

Los datos obtenidos por la psicóloga del centro residencial tras aplicar el MMSE (adaptado por Lobo et al., 1979), vienen clasificados en las siguientes categorías: normal; discreto déficit; deterioro cognitivo; deterioro cognitivo importante; deterioro cognitivo grave. Dado que aproximadamente un 40 % de nuestros sujetos no realizó estudios de ningún tipo y que el resto realizó estudios elementales o primarios, la correspondencia entre tales niveles y los valores de referencia propuestos por Folstein et al. (1975) sobreestiman el deterioro, por lo que, si consideramos lo propuesto por Folstein y su equipo con posterioridad (Crum, Anthony, Bassett y Folstein, 1993), el punto de corte debe situarse en 19 puntos.

Para la cuantificación de los datos, se asignan puntos del 5 al 1 a las 5 categorías, correspondiendo a: normal (5 puntos), discreto déficit (4 puntos), deterioro cognitivo (3 puntos), deterioro cognitivo importante (2 puntos), deterioro cognitivo grave (1 punto).

Estado funcional y calidad de vida. Instrumento utilizado: COOP/WONCA. El COOP/WONCA es un instrumento de autoinforme ampliamente difundido en investigación y evaluación clínica para medir el estado funcional, fundamentalmente en personas mayores. Además de sus buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, este instrumento ofrece dos importantes ventajas: permite una valoración independiente de las distintas escalas que lo constituyen; presenta los distintos ítems en forma de viñetas gráficas, con figuras esquematizadas que representan, de modo intuitivo, distintos niveles descriptivos dentro de diversas variables involucradas en el estado funcional.

Instrumentos de valoración cualitativa: observación y entrevista

3.2.3. Procedimiento

Los análisis estadísticos de las medidas de Depresión, Estado Funcional y Calidad de Vida y Estado Cognitivo son calculados por un equipo de metodólogos, evaluadores externos de este programa. Los cálculos se hacen a partir de los tests administrados por la psicóloga del centro residencial. El grupo experimental está constituido por 16 sujetos en la primera fase de la intervención, y 12 sujetos en el grupo control. Y 13 sujetos en el grupo experimental al término de la segunda fase de intervención, 12 en el grupo control; esta segunda fase es objeto de evaluación de seguimiento sólo de los parámetros cognitivos.

3.2.4. Lugar de realización de las intervenciones

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

Residencia San Joaquín y Santa Ana

C/ Huelva, 8-10. San Juan del Puerto, 21610 Huelva

4. Programa de intervención

Por razones de extensión, se presenta aquí una muestra de las actividades del programa.

Bailar sobre papel

Dispuestos los participantes en corro, se inicia la actividad con comentarios espontáneos sobre el transcurso de la semana, para ir derivando el coloquio hacia los temas musicales favoritos. Se inicia entonces la audición de coplas de Antonio Molina y de sevillanas de los años 40-50-60. Una vez oídas y seguido, más o menos, el compás con las manos, se pasa a “bailar” la música sobre el papel, con ceras. La instrucción requería usar ambas manos alternativamente, buscando una activación cerebral global. Al final, cada uno pone título a su obra.



Figura 1. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita.

Recuerdos en collage

Se puso a disposición de los participantes una abundante cantidad de imágenes de los años 40-50-60, representando escenas cotidianas, efemérides y, sobre todo, profesiones. Los usuarios seleccionaban las imágenes con las que se sintieran identificados y tras recortar con las manos los bordes o las figuras, las pegaban sobre una cartulina, componiéndolas libremente. Finaliza la sesión con un coloquio.

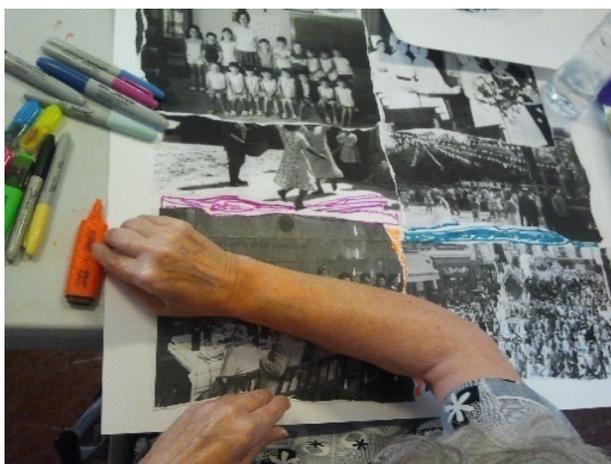


Figura 2. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita.

El árbol de mi vida

Se parte de la estampación de una mano sobre media cartulina blanca, con el color de ténpera que cada cual elija. De los dedos parten las ramas de las que penden los logros vitales, pasados, presentes y futuros.



Figura 3. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita.

Interpretación corporal de paisajes sonoros

Audición de sonidos naturales y artificiales. Tales sonidos se presentan inicialmente aislados, y luego constituyendo paisajes sonoros. La consigna es identificar la fuente sonora y expresarla gestualmente con las manos.

Dirijo mi orquesta... con batuta de color

Audición de piezas clásicas conocidas. La instrucción era comunicar a la ficticia orquesta las emociones con que debían interpretar sus partituras. Sobre media cartulina blanca, cada participante empuñaba un instrumento gráfico de los colores de su elección, y lo deslizaba sobre el soporte, haciendo que aquel dibujo en el aire realizado al “dirigir la orquesta” se materialice ahora sobre el papel.



Figura 4. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita.

Escultura de manos

Se realizan ejercicios previos de movilización de brazos y, en lo posible, tronco. Tras el calentamiento psicomotor, se enlazan manos y brazos para construir una “escultura” humana colectiva.



Figura 5. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita

Despertando el olfato y el gusto

Dispuestos todos en corro, cada participante, con los ojos tapados con un pañuelo, era sometido a una prueba de reconocimiento olfativo y gustativo.

Pintura sintética y agua para imaginar

Se vierten finos chorros de pintura sintética sobre agua y se remueve. Los folios se depositan sobre la superficie quedando impregnados. Una vez terminadas las obras, se les pide a los participantes que imaginen objetos, seres, etc. en esas formas coloreadas.

El placer de manchar

Sobre media cartulina negra doblada por la mitad, cada participante vierte pintura acrílica. Se pliega la cartulina de modo que la pintura se estampe en otra mitad, dando como resultado formas simétricas. Les ponen título a sus obras.

A mi manera

Llevamos libros de arte para mostrar a los participantes cómo algunas vanguardias del siglo XX interpretaban un motivo clásico, concretamente el bodegón. A continuación, montamos en el centro de cada mesa un bodegón con objetos de volúmenes sencillos. La consigna era interpretar, libre y subjetivamente, el bodegón, y luego analizar las coincidencias entre las distintas interpretaciones y los modos característicos de las vanguardias.

En mi propio nombre

Esta actividad se realizó simultáneamente a la creación de una “tela de araña”. Tomar conciencia del significado del propio nombre tiene un efecto de reforzamiento de la autoestima y el sentido de identidad personal.

Una flor para mi ángel

Cada cual dibujó y coloreó una flor para su ángel custodio, coincidiendo con una festividad religiosa con amplia tradición en este entorno.

Primavera interior

Empezamos por destacar la explosión de colores, en la primavera y experimentar esta eclosión cromática con la técnica de la estampación inversa.

La obra de todos

Realización de un mural sobre tabla, trabajando colectivamente las distintas fases: elección consensuada del motivo, reparto del trabajo, (por nuestra parte: adaptaciones técnicas para facilitar la realización), y realización.

Platero es pequeño

La coincidencia de esta sesión con el Día del Libro y celebración del centenario de Platero y yo. Los mayores coloreaban libremente el dibujo simplificado de un burrito, con libertad técnica. La actividad capturó su atención y a todos nos resultó llamativa la diferencia de estilos y modos particulares de resolver la figura.

Taller de sevillanas

Se inicia con esta actividad un ciclo dedicado al baile de las sevillanas, adaptadas a sus situaciones. Se movilizan brazos y manos, con acompañamiento de palmas.

En torno a mi rostro

Se obtuvieron un total de 94 fotografías de los 12 participantes. La instrucción es intervenir libremente en el fondo, con cualquiera de las técnicas disponibles (collage de papel seda, collage de tiras de cartulina de color, pintura con témpera, ceras o trazos de rotulador), y construir un collage con las imágenes resultantes.

Figura 6. Fotografía de los autores. Ilustra la actividad arriba descrita

Exponernos, con arte

En la Sala de Exposiciones Jesús Quintero, dependiente del Ayuntamiento de San Juan del Puerto, se inauguró el 26 de junio la exposición “Los mayores también pintamos”, con una gran afluencia de público.

5. Resultados

5.1. Especificaciones sobre las mediciones al término de la primera y segunda fase de intervención

Denominamos aquí medición post la realizada al término de la primera fase de la intervención, que es objeto de evaluación más completa. Al término de la segunda fase, se realiza una valoración de seguimiento centrada exclusivamente en los parámetros cognitivos.

Este seguimiento no constituye una evaluación específica del programa, sino que se utilizan los datos proporcionados por la psicóloga del centro residencial, que realiza evaluaciones periódicas de la evolución cognitiva de los residentes. Las bajas

por defunción, causadas tanto en el grupo experimental como en el control, reducen los mismos a 13 y 12 sujetos, sobre los que se realizan las mediciones de seguimiento.

5.2. Descripción e interpretación de resultados cuantitativos

Como estadístico de contraste de medias se utiliza T de Student para dos muestras independientes. Se utiliza un nivel de confianza del 0.95 ($\alpha = .05$) y 26 grados de libertad. Nivel crítico: 1,706

Medidas del estado funcional y calidad de vida

-Datos

Las 9 escalas puntúan del 1 al 5, indicando el 1 mejor calidad de vida y el 5 peor, con sus niveles intermedios.

| | Interv.-Pre | Control-Pre | Interv.-Post | | Control-post | |
|----------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Media | Media | Media | S2 Insegada | Media | S2 Insegada |
| Forma física | 4.74 | 4.69 | 4.78 | 0.72 | 4.71 | 0.49 |
| Sentimientos | 2.51 | 2.46 | 1.72 | 0.68 | 2.70 | 0.58 |
| Act. Cotidiana | 3.16 | 2.94 | 2.48 | 1.25 | 3.02 | 1.20 |
| Act. Social | 1.79 | 1.64 | 1.17 | 0.70 | 2.57 | 0.30 |
| Cambio salud | 3.19 | 3.26 | 2.77 | 0.44 | 3.33 | 0.32 |
| Estado salud | 3.52 | 3.55 | 2.95 | 0.70 | 3.72 | 0.50 |
| Dolor | 2.90 | 2.68 | 2.45 | 0.99 | 2.77 | 1.32 |
| Apoyo social | 1.92 | 1.99 | 1.22 | 0.68 | 2.08 | 0.79 |
| Calidad vida | 3.35 | 3.13 | 2.60 | 0.70 | 3.37 | 0.55 |

Tabla 1. Descriptivos en medidas de COOP/WONCA de los grupos (control vs. experimental) en dos momentos de medida.

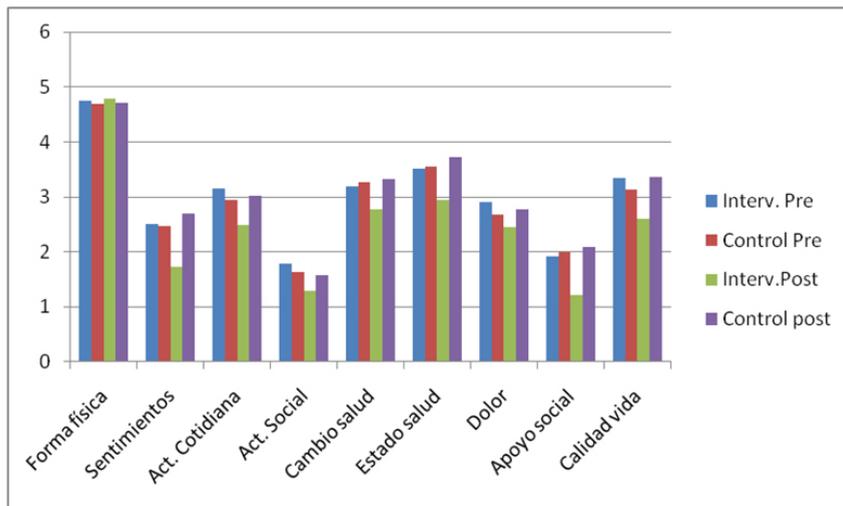


Gráfico 1. resultados de medidas COOP/WONCA. Promedios grupos control y experimental, pre y post

-Descripción de resultados

Entre grupos experimental y control, medidas post

Se calcula T de Student para contraste de medias de muestras independientes en las 9 escalas del COOP/WONCA, entre grupos experimental y control, medidas post intervención. El signo negativo procede de la diferencia entre medias de los datos obtenidos para el grupo experimental y control, diferencia que (al restarle 0, como valor otorgado a la hipótesis nula) constituye el numerador de la fórmula para el cálculo de T; el significado de este signo es el siguiente: si es positivo, indica que los valores son más altos en el grupo experimental que en el control, es decir, los valores indican mayor deterioro o peor estado funcional y de calidad de vida en el grupo experimental que en el control; el signo negativo indica lo contrario: mejores valores en estado funcional y calidad de vida en el grupo experimental que en el control.

T para Forma Física: 0.23

T para Sentimientos: -3.22

T para Act. Cotidiana: -1.28

T para Act. Social: -2.05

T para Cambio Salud. T5 = -2.36

T para Estado Salud: -2.58

T para Dolor: -0.79

T para Apoyo Social: -2.65

T para Calidad de Vida: -2.54

En grupo experimental, medidas pre y post

Aplicamos ahora el estadístico de contraste T para dos muestras dependientes (grupo experimental medidas pre y grupo experimental medidas post) a fin de evaluar el progreso (si se da) dentro del grupo intervenido. Dado que el grupo experimental estaba constituido por 15 sujetos en la primera fase (cuando se aplica el COOP/WONCA), el valor crítico con un nivel de confianza de 0.95 para 14 g.l. es de 1,761.

En este caso, el sentido del signo es el siguiente: signo positivo, medida post mayor que la pre, lo que indica empeoramiento; signo negativo, mejora.

Los resultados son los siguientes:

T para Forma Física: 0,15

T para Sentimientos: -2,87

T para Act. Cotidiana: -1,53

T para Act. Social: -2,35

T para Cambio Salud. T5 = -2,02

T para Estado Salud: -2,48

T para Dolor: -0,91

T para Apoyo Social: -2,57

T para Calidad de Vida: -2,52

-Interpretación de resultados

Contraste entre grupos experimental y control, medidas post

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

Desglosados los resultados, no se aprecian resultados significativos en la escala Forma Física (0.23), en la escala Dolor (-0.79) y en Actividades Cotidianas (-1.28) en el sentido de escasa mejoría en el grupo de intervención que no alcanza el nivel de significación.

En el grupo de intervención, respecto al control, se observa mejora significativa pero moderada en Cambio de Salud (-2.36), Calidad de Vida (-2.54), Estado de Salud (-2.58) y Actividades Sociales (-2,05); el grupo intervenido con arteterapia ha obtenido una mejora significativa y alta en Sentimientos (-3.22) y Apoyo Social (-2.65).

Es también necesario hacer notar que los valores T encontrados revelan resultados comparativos, es decir, la existencia o no de diferencias entre el grupo intervenido y el no intervenido. Esta puntualización es oportuna cuando, tras una lectura de los gráficos, se puede observar que todos los grupos, experimentales o controles, se deterioran con el paso del tiempo en la mayoría de las variables estudiadas, y que este efecto es mayor cuanto mayor es el deterioro con el que se parte. Es decir: en términos absolutos los sujetos tienden a empeorar, pero este empeoramiento se desacelera o detiene si las personas están sometidas a intervención arteterapéutica.

Contraste en grupo experimental, entre medidas pre y post

Con un nivel de confianza del 0.95 ($\alpha = .05$) y 14 grados de libertad (nivel crítico: 1,761), los datos de Estado Funcional obtenidos arrojan resultados significativamente diferentes entre las medidas pre y post del grupo experimental, en el sentido de mejora de Estado Funcional en el grupo de intervención en 6 escalas (Cambio de Salud, Calidad de Vida, Estado de Salud, Actividades Sociales; Sentimientos y Apoyo Social) de las 9 escalas, y mejora que no alcanza en nivel de significación en las escalas restantes (Forma Física, Actividades Cotidianas y Dolor) puesto que no supera el nivel crítico.

Medida de depresión

-Datos

Se ofrece a continuación los datos de Depresión medida con el BDI-II, expresados mediante un índice de tendencia central (media) y otro de dispersión (varianza insesgada), seguida de una tabla con los descriptivos diferenciando grupos de mayor y menor deterioro (esta diferenciación tiene especial interés en el caso de Depresión):

| | Intervención | | Control | |
|---------|--------------|-------|---------|-------|
| | Pre | Post | Pre | Post |
| M | 26.03 | 23.68 | 25.99 | 25.93 |
| S2inses | 2.79 | 3.00 | 2.90 | 2.76 |

Tabla 2. Descriptivos en medidas de Depresión de los grupos (control vs. experimental) en dos momentos de medida.

| | Intervención | | | | Control | | | |
|---------|--------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Pre | | Post | | Pre | | Post | |
| | Mayor | Menor | Mayor | Menor | Mayor | Menor | Mayor | Menor |
| M | 25.03 | 26.82 | 23.37 | 23.92 | 24.92 | 26.76 | 25.08 | 26.55 |
| S2inses | 2.66 | 2.89 | 3.06 | 2.95 | 3.11 | 2.76 | 3.06 | 2.56 |

Tabla 3. Medias y varianzas insesgadas de las puntuaciones obtenidas en Depresión por los grupos experimental y control, diferenciando grupo de mayor y menor deterioro, en mediciones pre y post.

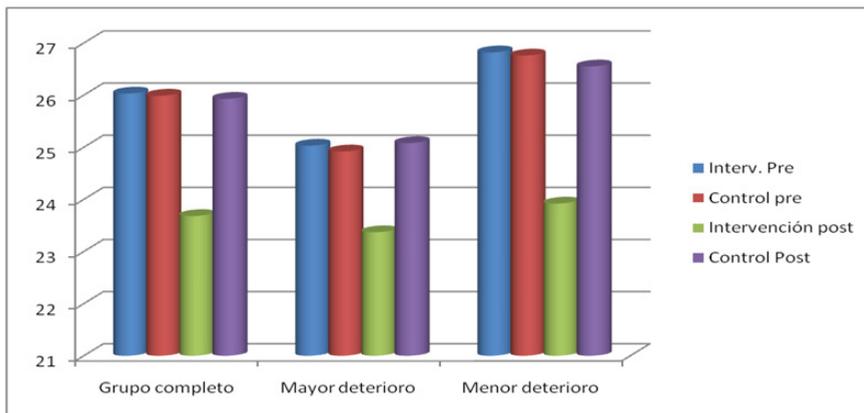


Gráfico 2. comparación de medidas pre y post en grupos experimental y control con mayor y menor deterioro.

-Descripción e interpretación de resultados

Contraste de medias de dos muestras independientes (experimental y control)

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

Los datos muestran que las mediciones de depresión previas a la intervención son mayores en sujetos con menor deterioro, es decir, el aumento del deterioro fundamentalmente cognitivo no implica incremento en la depresión, sino que puede darse la tendencia inversa. Sin embargo, las personas menos deterioradas son más sensibles a la intervención, por lo que, en ellas, la reducción de la depresión es mayor.

Contraste de medias de dos muestras dependientes (experimental, medidas pre y post)

Con el mismo nivel de confianza y 14 g.l., el nivel crítico para T se establece en 1,761. El contraste estadístico de medidas pre y post en el grupo experimental arroja un $T = -3,50$ en el grupo completo (mayor y menor deterioro). En el grupo de menor deterioro, la $T = -4,21$ indica una mejora sustancial, mientras que en el grupo de mayor deterioro ($T = -2,49$), la mejora, aún siendo significativa, es menor.

Contraste de medias de dos muestras dependientes (control, medidas pre y post)

Repetido el análisis con las puntuaciones obtenidas por el grupo control antes y después, se observa escasa variación, T muy bajos que no alcanzan el nivel crítico de significación en ningún caso (ni en menor, mayor deterioro o grupo completo).

Medida del estado cognitivo

Nuestros sujetos fueron evaluados antes de la intervención (medición pretest), después de la intervención fase primera (medición postest), y, continuando la intervención un año más –segunda fase-, al término de ésta (medición de seguimiento).

Los datos expresados en índices de tendencia central (media de puntuaciones) e índice de dispersión (varianza insesgada) son:

| | MEDIDAS PRE | | MEDIDAS POST | | MEDIDAS SEGUIMIENTO | |
|----------|--------------|---------|--------------|---------|---------------------|---------|
| | Intervención | Control | Intervención | Control | Intervención | Control |
| M | 3.1 | 3.2 | 3.0 | 2.8 | 2.7 | 1.8 |
| S2insesg | 0.70 | 0.50 | 0.58 | 0.44 | 0.49 | 0.59 |

Tabla 4. Descriptivos en medidas de Estado Cognitivo de los grupos (control vs. experimental) en tres momentos de medida (pre, post y seguimiento).

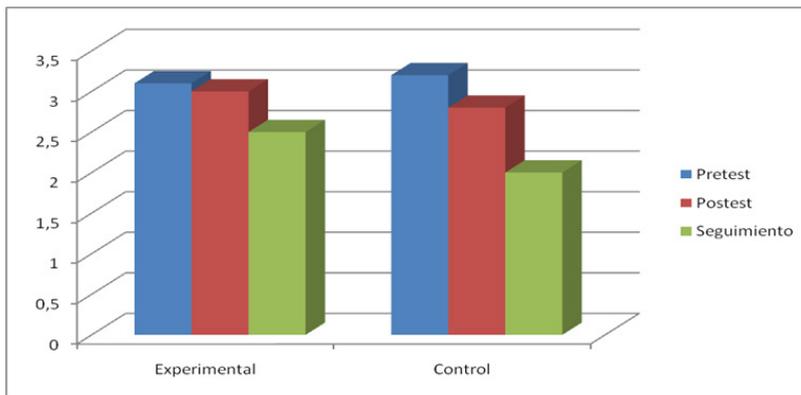


Gráfico 3. comparación de mediciones pre, post y seguimiento en sujetos experimentales y controles.

-Descripción e interpretación de resultados

Contraste de medias de dos muestras independientes (experimental y control)

Como en el análisis de los datos sobre Estado Funcional y Depresión, se utiliza T con 26 g. l. y $\alpha = .05$.

Tras el cálculo del estadístico de contraste de medias T para dos muestras independientes, experimental y control, entre medidas pre y post y medidas pre y seguimiento y medidas post y seguimiento, se obtiene lo siguiente:

T para medidas pre control y experimental: - 0.33

T para medidas post control y experimental: - 0.73

T para medidas seguimiento control y experimental: -3.25

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

Tal diferencia parece indicar que, si bien el programa de arteterapia incide beneficiosamente en los niveles de estado cognitivo, cuando la intervención es de 4

meses (primera fase) este efecto no es significativo, pero sí lo es cuando aumenta el tiempo de intervención (primera y segunda fase, 16 meses en total). En todo caso, la mejora es relativa (comparativa respecto al control); en términos absolutos, el deterioro aumenta con el tiempo, si bien ese aumento se frena o desacelera en el grupo intervenido con arteterapia.

Contraste de medias de dos muestras dependientes (experimental, pre, post y seguimiento)

Se utiliza T con 14 g. l. y $\alpha = .05$. Nivel crítico: 1,761.

T para medidas pre y post experimental: - 0,49

T para medidas post y seguimiento experimental: - 3,21

T para medidas pre y seguimiento experimental: -3,58

Mientras los cambios, siempre con tendencia a la mejora cognitiva, no alcanzan el nivel de significación en el contraste entre las medidas pre y post, sí es significativa entre las medidas post y seguimiento y, de mayor cuantía, entre las medidas pre y seguimiento.

Contraste de medias de dos muestras dependientes (control, pre, post y seguimiento)

Se utiliza T con 12 g. l. y $\alpha = .05$. Todos los cálculos T comparativos entre las 3 medidas del grupo control arrojan valores altos, ampliamente significativos en el sentido de empeoramiento progresivo del Estado Cognitivo, más acusado entre las medidas post y seguimiento.

5.3. Descripción de resultados cualitativos

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

Se presenta el informe resultante de la evaluación cualitativa realizada por la psicóloga del centro residencial, D^a Carmen Rodríguez Cárdenas. Se presenta el texto literal del informe en lo correspondiente a la evaluación del programa de arteterapia; se omiten datos clínicos previos de los residentes, como medida de protección de su identidad.

Tanto objetiva como subjetivamente, el trato directo y la valoración que hemos hecho (analizando la repercusión que ha tenido el proyecto de arteterapia en las variables de personalidad, como autoestima, capacidad de afrontamiento, estado emocional, ansiedad)... son índices directos de si la intervención fue útil o no. La forma de influir en cada persona ha sido diferente, es decir, ha dependido de características de personalidad, el tipo de sesión que trabajó, los profesionales a impartir... A destacar, si tenemos en cuenta que la repercusión que ha tenido en todos ha sido positiva, cabría decir en general que: Han mejorado/consolidado en cuanto a la noción de ser un grupo, han reforzado sus relaciones interpersonales, integración social, han desarrollado incluso descubiertos habilidades, han reforzado positivamente el sentimiento de utilidad, seguridad y autoestima, han rescatado motivos positivos, y de valía, ilusiones del día a día y han roto su monotonía.

6. Discusión

Como se ha dicho, el referente directo de nuestro estudio es el realizado por Kang (2010). Las importantes similitudes los hacen comparables, a pesar de las siguientes diferencias:

El tamaño muestral del estudio coreano fue calculado tras establecer la magnitud del efecto, un nivel de confianza de 0.95 y una potencia de 80 %. El tamaño muestral de nuestro estudio fue determinado por la disponibilidad de sujetos residentes en el centro donde se realizaría la intervención, sin poder establecer previamente el tamaño muestral en base a la potencia; dado que utilizamos el mismo nivel de confianza y magnitud del efecto, al ser nuestra muestra más pequeña, la potencia ha de ser también necesariamente menor.

En cuanto a la aleatoriedad en constitución de la muestra, Kang declara: “este estudio utilizó una asignación no aleatoria de participantes en la investigación” (Kang, 2010, p. 53). En nuestro caso, la asignación de los sujetos a la intervención o al control sí se hizo mediante azar.

Otro aspecto diferencial es el nivel de deterioro cognitivo con el que partían los sujetos al comenzar el estudio. La muestra coreana está constituida por personas mayores con demencia leve; los sujetos de nuestra muestra padecen demencia moderada o severa. La comparación más directa se establece en los resultados en cuanto a estado cognitivo, puesto que el instrumento de medida utilizado en ambos estudios es el mismo (MMSE, en versión coreana y española, respectivamente).

Veamos una tabla comparativa de los resultados obtenidos por Kang (2010) y los nuestros en cuanto a funcionamiento cognitivo:

| | Estudio de Zang (2010) | | Nuestro estudio | |
|------------------------------------|------------------------|---------|-----------------|------------------|
| | Z/t | Valor p | Z/t | Valor p |
| Funcionamiento cognitivo | | | | |
| Pretest (control y experimental) | - 1.02 | 0.347 | - 0.33 | 0.40 < p < 0.45 |
| Postest (control y experimental) | - 1.49 | 0.141 | - 0.73 | 0.25 < p < 0.20 |
| Diferencia(control y experimental) | - 3.41 | < 0.001 | | |
| Seguimiento (control y exp.) | | | - 3.25 | .005 > p > .0005 |

Tabla 5. Valores Z/t y Valor p de los estudios de Kang y el nuestro en las mediciones comparativas pre y post de funcionamiento cognitivo, en grupos experimental y control.

Partiendo de los valores de t para la diferencia de medias de los grupos control y experimental en medidas pre, observamos que Kang obtiene un valor (-1.02) considerablemente más elevado que el nuestro (-0.33). Estos resultados son interpretables en el sentido de que nuestra muestra total (experimental + control) es más homogénea que la coreana. Esta homogeneidad de partida puede compensar en parte la escasa potencia fundamentalmente debida al pequeño tamaño muestral.

En cuanto a depresión, el estudio de Kang es el que muestra con más precisión y detalle los valores obtenidos. La siguiente tabla se ofrece para una visión comparativa de los resultados calculados con el estadístico t (utilizado por ambos estudios).

| | Estudio de Kang (2010) | | Nuestro estudio | |
|----------------------------------|------------------------|---------|-----------------|---------|
| | Z/t | Valor p | Z/t | Valor p |
| Funcionamiento cognitivo | | | | |
| Pretest (control y experimental) | - 1.06 | 0.298 | 0.062 | > 0.45 |
| Postest (control y experimental) | - 3.37 | < 0.001 | -3.47 | < 0.001 |

Tabla 6. Valores Z/t y Valor p de los estudios de Kang y el nuestro en las mediciones comparativas pre y post de Depresión, en grupos experimental y control.

La diferencia entre medidas pre en muestras control e intervención, en el estudio de Kang, es más elevada que la nuestra, aun sin alcanzar el nivel de significación.

El cálculo del estadístico de contraste para la diferencia entre medias post de los grupos control y experimental arroja resultados similares en los estudios de Kang y el nuestro.

En lo que respecta a estado funcional y calidad de vida, es enorme la disparidad de instrumentos utilizados incluso en los estudios que hemos considerado referenciales, lo que dificulta la comparación o la imposibilita en este aspecto.

En conjunto, las limitaciones principales de nuestro estudio radican en haber partido de una pequeña muestra, y de conveniencia, más el uso de un instrumento (el COOP/WONCA) que no ha permitido comparaciones con los estudios de referencia.

Se puede considerar el nuestro un estudio que aporta información sobre el efecto del programa de arteterapia en personas mayores demenciadas, pero afectado por limitaciones (principalmente, escaso tamaño muestral) que deberán ser solventadas en posteriores estudios a fin de incrementar su potencia probatoria.

7. Conclusiones

Los resultados obtenidos, a pesar de las limitaciones apuntadas, apoyan la afirmación de que las estrategias arteterapéuticas pueden mejorar de modo significativo el nivel de depresión y la percepción de calidad de vida de la persona mayor afectada

de alzhéimer o demencias seniles, y puede ralentizar el progreso del deterioro cognitivo en estas personas, confirmando lo encontrado por la práctica totalidad de la documentación científica sobre aplicaciones terapéuticas de los medios de expresión a la persona mayor afectada de estas dolencias.

Agradecimientos

Este programa ha sido financiado, durante tres ediciones consecutivas (2012, 2013, 2014), por CEPESA a través de la convocatoria de investigación Cátedra CEPESA, con una subvención de 13.000 €. Y, desde 2014, por la empresa Inés Rosales SAU., con 14.532 €. Expresamos nuestro agradecimiento a las empresas patrocinadoras. Porque construyen esperanza.

Referencias

- Beck, A. T.; Sterr, R.A. & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory- Second Edition. USA: NCS Pearson. Para la adaptación española: Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson.
- Buendía, J., Fernández, B., Ramos, F. & Pérez, M. (2009). Trastornos asociados a la vejez. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología*, vol. II.
- Ciccarello, A. (2010). Comparative study on elderly and disabled subjects with various degrees of dementia. *Bulletin De La Société Des Sciences Médicales Du Grand-Duché De Luxembourg*, 1(1), 205-17.
- EFE (2014). *Datos y cifras del alzhéimer que no se deben olvidar*. Recuperado de <http://www.efesalud.com/noticias/datos-alzheimer-afectados-olvidar/> (Consultado el 20-10-2014).
- Folstein, M.P.; Folstein, S.E. & Hugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Instituto Nacional de Estadística (2015a). INEBASE (Cifras de población y Proyecciones de población). <http://www.ine.es>
- Kang, H. Y., Bae, Y.S., Kim, E.H., Lee, K.S., Chae, M.J. & Ju, R. A. (2010). An Integrated Dementia Intervention for Korean Older Adults. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(12), 42-50.
- Kiewitt, K. (2006). Artistic therapies in nursing homes for the elderly. Occupational activities to pass the time?. *Pflege Zeitschrift*, 59(2), 92-95.
- Kinney, J.M. & Rentz, C.A. (2005). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making, an art program versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20 (4), 220-227.
- Lobo, A. et al. (1979). El "Mini-examen cognoscitivo": un test sencillo, práctico para detectar deficiencias intelectivas en pacientes médicos. *Actas luso-españolas de Neurología Psiquiátrica*, 3, 189-192.
- Martín Carrasco, M. (2006a). Enfermedad de Alzheimer. En Agüera, L., Cervilla, J. y Martín, M., *Psiquiatría Geriátrica*, (pp. 284-306). Barcelona: Masson.

- Martín Carrasco, M. (2006b). Demencia de los Cuerpos de Lewy y demencia en la enfermedad de Parkinson. En Agüera, L., Cervilla, J. y Martín, M., *Psiquiatría Geriátrica*, (pp. 322-333). Barcelona: Masson.
- Martínez Lage, J.M. & Láinez Andrés, J.M. (2000). *El Alzhéimer: teoría y práctica*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Méndez, M. F. & Cummings, J.L. (2003a). *Dementia. A clinical approach* (3ª ed.). Philadelphia: Butterworth-Heinemann.
- Méndez, M. F. & Cummings, J.L. (2003b). Demencia: significance, definition and epidemiology. En Méndez, M.F. y Cummings, J.L., *Dementia. A clinical approach* (3ª ed., pp. 1-18). Philadelphia: Butterworth-Heinemann.
- OMS (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>) (10-10-2014)
- Orešnik, M. (2008). The influence of cognitive rehabilitation on cognitive competence in patients with Alzheimer's disease. *Psychiatria Danubina*, 20 (2), 174-178.
- Ozdemir, L., & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal Of The Neurological Sciences*, 283(1-2), 211-213.
- Rentz, C. (2002). Memories in the making: outcome-based evaluation of an art program for individuals with dementing illnesses. *American Journal Of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, 17(3), 175-181.
- Staal, J.A., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. & Kofman, E.S. (2007). The effects of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (4), 357-370.