



ARTE TERAPIA

talleres de psicoestimulación
a través de las artes



© *Copyright:* Fundación Uszheimer - Excma. Diputación Provincial de Huelva

Edita: Excma. Diputación Provincial de Huelva

Elabora: Fundación Uszheimer

Depósito legal:

Maqueta e imprime: Artes Gráficas Bonanza

ARTE TERAPIA

talleres de psicoestimulación
a través de las artes

Autora: **Neus Rodríguez Cabedo**
Presidenta de la Fundación Uszheimer

AGRADECIMIENTOS

Ferran C.

Paciente. Barcelona

Noemí Cullell

Neuropsicóloga. Fundación Uszheimer. Barcelona

Luis Rodríguez

Bellas Artes. Granada

Equipo técnico del Proyecto IDEAS

Excma. Diputación Provincial de Huelva

V. Van Gogh

Pintor. (*Mí inspiración*)

Mi Familia,

por su paciencia y entrega al proyecto. Gracias por
creer en mí.

PRÓLOGO

En un principio nuestra experiencia en arte-terapia parte de un paciente, que poseía cualidades para la pintura y que asistía a nuestros talleres de estimulación cognitiva, sus dibujos eran buenos pero carecían de profundidad, es decir, aparecían planos ante nuestros ojos, sin perspectiva.

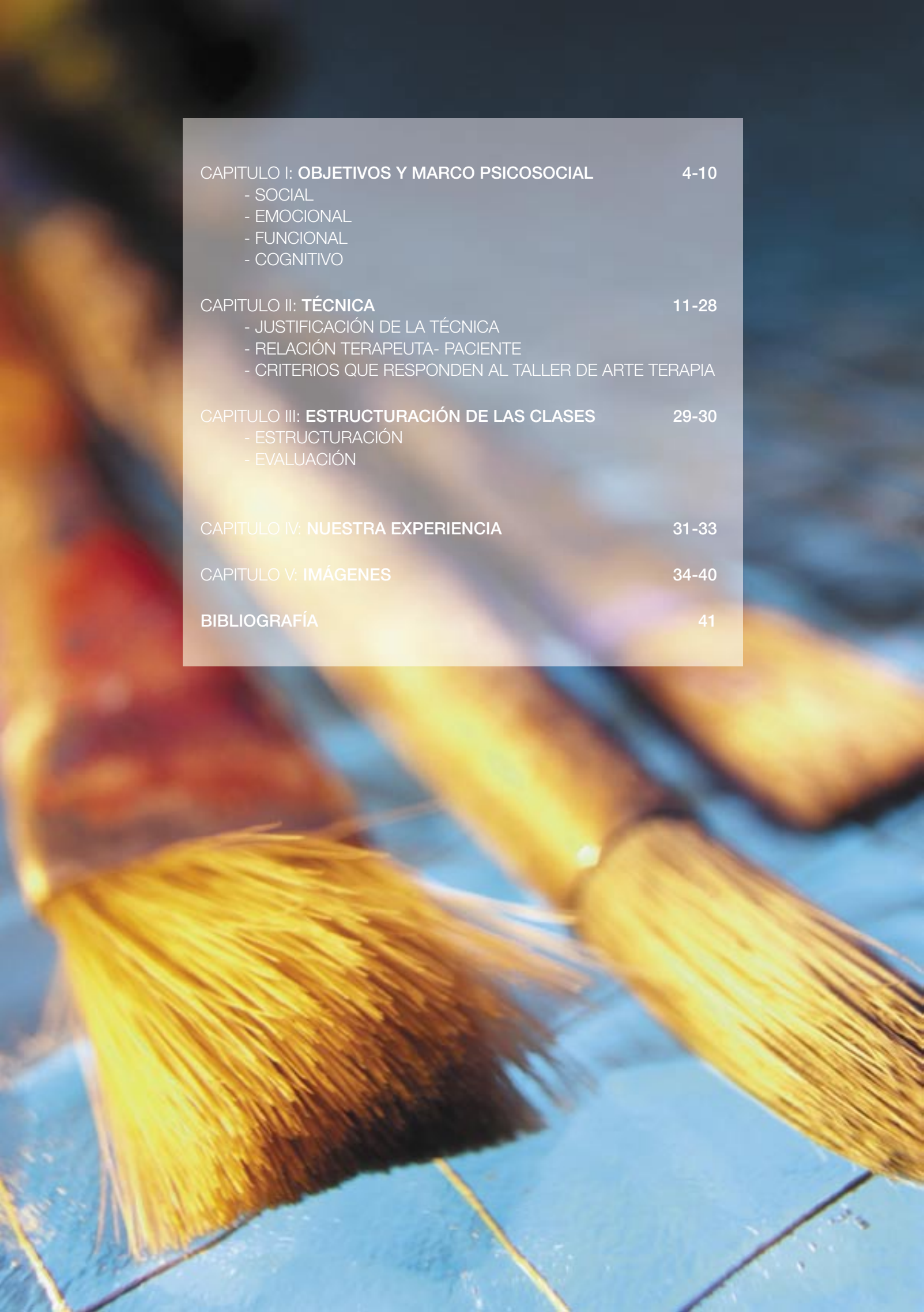
La reacción que provocaban estos cuadros en los/las demás pacientes y en el propio artista, nos llevó a aplicar la pintura como una intervención psicosocial más, dentro del proyecto Uszheimer.

Algunos trabajos han apuntado el hecho de que el cultivo de las habilidades artísticas en varias de sus modalidades: barro, pintura, etc., constituye una forma eficaz de terapia, puesto que contribuye a enriquecer la capacidad de iniciativa, imaginación y comunicación del/la paciente afectado de un proceso de deterioro cognitivo: demencias, esquizofrenia, etc.

Asimismo, la participación en actividades artísticas de forma grupal fomenta la interacción social, permite que sentimientos de autoestima, utilidad y autonomía afloren y que la persona enferma descubra ciertos potenciales hasta el momento ignorados.

Partiendo de nuestra experiencia, hemos podido comprobar que la técnica que más se ajusta a los objetivos marcados es el Impresionismo, por su trazo corto y variedad de colores, ya que facilita al enfermo/a de Alzheimer la expresión, aún sin haber tenido contacto previo con el mundo del arte.

El impresionismo permite que la persona enferma de DTA, con dificultades en el lenguaje oral e incluso con ciertos déficits visoespaciales, pueda expresarse a través de la pintura creando algo propio que no raye el infantilismo y potencie en él sentimientos que refuercen su autoestima.



CAPITULO I: OBJETIVOS Y MARCO PSICOSOCIAL	4-10
- SOCIAL	
- EMOCIONAL	
- FUNCIONAL	
- COGNITIVO	
CAPITULO II: TÉCNICA	11-28
- JUSTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA	
- RELACIÓN TERAPEUTA- PACIENTE	
- CRITERIOS QUE RESPONDEN AL TALLER DE ARTE TERAPIA	
CAPITULO III: ESTRUCTURACIÓN DE LAS CLASES	29-30
- ESTRUCTURACIÓN	
- EVALUACIÓN	
CAPITULO IV: NUESTRA EXPERIENCIA	31-33
CAPITULO V: IMÁGENES	34-40
BIBLIOGRAFÍA	41

1. SOCIAL

• FACILITAR LA COMUNICACIÓN CON LAS DEMÁS PERSONAS.

La comunicación es nuestra pretensión más importante. La clase es un espacio socializador y por tanto facilita la comunicación en varias direcciones:

- **ENTRE LAS PERSONAS PARTICIPANTES:** Dando a conocer su obra y buscando la aprobación y reconocimiento de los demás.
- **ENTRE EL/LA PARTICIPANTE Y EL/LA ARTE-TERAPEUTA:** En el momento que le comenta su obra y le explica que sensación o que recuerdos le trae.
- **COMUNICACIÓN NO VERBAL:** Reflejada en sus rostros y gestos de satisfacción y entusiasmo durante y después de la realización.

• PROPORCIONAR UN ESPACIO DONDE PUEDAN EXPRESAR Y COMPARTIR SENTIMIENTOS Y EMOCIONES.

Cuando realizan una obra, intentan expresar una idea o situación en la que se ponen en juego sentimientos y emociones.

Es un espacio donde pueden plasmar todo aquello que sienten y que puede llevar a una lectura posterior en algunos de los casos.

EJEMPLO: Rosa

Es una señora de Granada que siempre hacía los cielos azules, puesto que le recordaban los cielos de su tierra natal, un día hizo un cielo rojo y al preguntarle el motivo contestó que ella lo veía así.

Nos enteramos por su hija que su sobrina había muerto y ella lo sabía.



EJEMPLO: Alex

Es un señor entusiasta de la montaña y la escritura, las dos aficiones de su vida que ahora no puede realizar por problemas de visión.

Con la pintura a podido volver a sentir la ilusión de volver a crear y sentirse realizado.

**EJEMPLO: Lupe**

Es una señora de un pueblo de Teruel y siempre quiere que en sus cuadros aparezcan árboles, sino es así no está satisfecha. Con los árboles plasma el recuerdo de las montañas de su pueblo y le aporta agradables sentimientos.

• POTENCIAR Y REFORZAR LOS VÍNCULOS EMOCIONALES ENTRE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES.

Se tiende a creer que la persona ya no puede realizar otras actividades, que su vida ya ha acabado y que está viviendo una fase de deterioro.

Pero los familiares se encuentran con una persona que todavía es capaz de crear una obra, que no es nada infantil y les gusta.

El/la enfermo/a, es capaz de darse cuenta de la ilusión de los que le rodean, es capaz de percibir la cara de sorpresa de su familia ante el cuadro. Hay un reconocimiento real.

EJEMPLO: Jesús

La nuera del señor Jesús nos contaba que a todas las visitas las llevaba a su habitación para que admiraran su cuadro.

En el centro, los propios familiares nos piden como poder compartir con ellos y ellas la experiencia de pintar. Así nos muestran su interés por lo que hacen sus padres y madres o familiares y les puede servir a ellos como terapia para relajarse y desconectar.

2. EMOCIONAL

La producción artística de estos enfermos/as es expresión de “vuelta interior”, los sueños, las fantasías y las emociones se proyectan simbólicamente en el cuadro.

A través del arte-terapia aumentamos la autoestima y la confianza de el/la paciente, se despiertan sentimientos todavía vivos como:

- **Sentirse válido/a.**
- **Gozar con la obra.**
- **Solidarizarse con el grupo.**

Es un canal que permite al paciente evocar recuerdos de imágenes, olores, sensaciones y emociones. Despertando la sensibilidad artística del enfermo/a, facilitamos la expresión de sentimientos difíciles de verbalizar.

3. FUNCIONAL

Otro de los ámbitos que estamos estimulando y muy relacionado con el cognitivo es el ámbito funcional, con actividades tan simples como el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, que consiste en lavarse las manos después de realizar el taller, preservando así su higiene personal. (Ellos y ellas piden no mancharse y utilizan bata).

4. COGNITIVO

La evaluación neuropsicológica de el/la paciente con demencia, que participa en un programa de arte-terapia, constituye un requisito relevante en la descripción del potencial del enfermo/a para llevar a cabo este tipo de tarea, y en el control de los progresos o la relativa eficacia de la aplicación del propio programa, pero en ningún caso, es el único modo ni el más eficaz de valorar la forma en que su ejercicio incide sobre el/la paciente con demencia.

Desde la neuropsicología, la arte-terapia tiene una función claramente estimulante de diversas funciones cognitivas, y son precisamente éstas las que deben explorarse antes y después de las intervenciones terapéuticas. Pero en el trabajo estimulativo con estos/as enfermos/as, la incidencia de cualquier tipo de programa sobre el estado emocional de la persona es igualmente relevante, y por tanto, el éxito de la intervención deberá comprender tanto la evaluación de los resultados de las exploraciones neuropsicológicas como psicopatológicas.

OBJETIVOS DEL EXAMEN NEUROPSICOLÓGICO:

1. En primer lugar, el examen neuropsicológico tiene la función de contribuir a escoger las personas idóneas para la arte-terapia, siendo éstas, aquellas cuyas alteraciones perceptivas o cuyas habilidades prácticas no impidan, dado el curso avanzado de éstos déficits, la realización exitosa de la propia tarea. Escoger a las personas que pueden obtener un mayor beneficio, es fundamental para controlar la posible ansiedad.

2. La exploración neuropsicológica permite obtener una línea base, para cada participante, del estado de aquellas habilidades cognitivas concretas que se ponen en juego en la realización de un taller de arte-terapia.

3. Parte de la justificación del éxito del trabajo, (aunque debe insistirse en que no es en ningún caso la única) recae en una valoración neuropsicológica posterior, o en el seguimiento permanente de las funciones cognitivas que se ponen en juego, en cada individuo.

El/la enfermo/a puede mejorar habilidades como la capacidad para mantener la atención, independientemente de que esas habilidades dependan a su vez de otras variables como la ansiedad.

¿Debemos empeñarnos en la demostración científica del efecto de la estimulación sobre el funcionalismo cerebral? ¿Es suficiente con la valoración subjetiva de los familiares, o de los cambios en el estado de ánimo



del enfermo/a? En este mismo sentido, ¿Es suficiente la comprobación pre-post en un mismo enfermo/a de que algunas de sus funciones cognitivas han podido incluso mostrar una ligera mejora?.

Lo que es seguro, es que en el terreno de la aplicación de técnicas que actúan sobre el estado emocional del individuo, es impracticable la separación entre emoción y cognición.

ARTE-TERAPIA Y FUNCIONES COGNITIVAS

Conocemos los efectos que la arte-terapia, como técnica que se lleva a cabo de forma grupal, tiene sobre el mantenimiento de rutinas y habilidades sociales. Diversos estudios han puesto de manifiesto sus efectos sobre el estado emocional y sobre el sentimiento de autosatisfacción en la patología (Sandblom, 1982). Los efectos a nivel cognitivo de la arte-terapia en enfermos/as con demencia, son poco conocidos, aunque empiezan a publicarse los primeros casos de la repercusión de la práctica artística sobre el curso del deterioro de las funciones propias del hemisferio derecho (Miller y cols., 1998). Otros trabajos han interpretado el proceso de deterioro que se observa en la enfermedad de Alzheimer, a través del análisis de la organización pictórica en artistas, que han padecido la enfermedad (Cummings & Zarit, 1987).

Desde el punto de vista estrictamente cognitivo, el ejercicio de la pintura, es un ejercicio complejo que pone en juego diversas habilidades:

1. LA CAPACIDAD PARA MANTENER LA ATENCIÓN. Quizá sea la habilidad más destacable sobre la que incide la práctica de la arte-terapia. Nuestra experiencia propia, con pacientes afectados de diversos tipos de demencia, nos ha llevado a observar que la capacidad de atención-concentración (una función que implica la activación de circuitos fronto-basales, y que en muchos casos impide la participación en determinadas tareas de estimulación cognitiva), se mantiene con más facilidad cuando el/la enfermo/a participa en este tipo de tarea artística.

Los/as participantes son capaces de mantenerse pintando hasta una hora, sin levantarse y deambular, o sin ni siquiera dejar el pincel.

La acción de pintar requiere y estimula la atención y la concentración, y éstas son dos capacidades especialmente relevantes en la estimulación de los/as enfermos/as con demencia, puesto que de ellas depende la eficacia de cualquier intervención, bien sea cognitiva, psicomotora, o de cualquier otro tipo.

2. LAS HABILIDADES VISOESPACIALES, VISOPERCEPTIVAS Y VISOCONSTRUCTIVAS. Son las habilidades más directamente relacionadas con la actividad artística en sí. Se trata de habilidades propias del hemisferio derecho, y que en las demencias corticales, en algún momento de la evolución de la enfermedad, acaban deteriorándose de forma incapacitante. El ejercicio de la pintura implica trabajar la percepción de formas, la diferenciación figura-fondo, la percepción del color, la organización espacial de los elementos, y la coordinación visomanual necesaria para la visoconstrucción.

3. MEMORIA. La memoria es la función cognitiva que se altera inicialmente en la enfermedad de Alzheimer. Pero no todas las memorias se alteran al mismo tiempo. La memoria reciente y la capacidad de aprendizaje verbal son los aspectos de la memoria que primeramente se afectan. Posteriormente se van añadiendo el resto de capacidades mnésicas, desde la memoria remota, la relativa a los aspectos biográficos del paciente, hasta la memoria inmediata, es decir, la capacidad de retener la información durante unos segundos, justo después de haberla recibido.

Pero existen dos aspectos de la memoria que tardan en alterarse en los/as pacientes con enfermedad de Alzheimer, y que, casualmente, son aspectos de la memoria que se ponen en juego en la práctica de la arte-terapia:

- **La memoria procedimental:** Se trata de la capacidad del individuo para aprender a través de la acción. Es una memoria en la que están implicadas áreas cerebrales distintas a las que se alteran primero en los/as enfermos/as, y que justifican los déficits de memoria clásicamente descritos. El cerebelo, por ejemplo, está

implicado en la memoria de procedimientos.

Muchas personas, hemos comprobado cómo los/as enfermos/as, no son capaces de aprender nueva información, pero sin embargo, sí son capaces de aprender el lugar donde comen, o de mejorar el rendimiento en tareas psicomotrices. En los grupos de arte-terapia, los/as pacientes consiguen mejorar su capacidad para realizar las obras. Partimos de la base, claro está, de que se trata de elementos sencillos y de que se utilizan técnicas asequibles para la persona, pero no deja de resultar sorprendente observar cómo los/as pacientes son capaces de mejorar, o sea, de aprender la técnica.

Un ejemplo claro de conservación de la memoria procedimental es la capacidad de muchos enfermos/as, en estadios incipientes, para conducir un automóvil. Probablemente se desorientan, su atención les impide la conducción, no atienden a las señales de tráfico, etc., pero el acto de cambiar las marchas (un aprendizaje procedimental previo), pueden realizarlo, sin errores, de una forma automatizada. La pintura permite también este aprendizaje y esta automatización de movimientos y secuencias.

- **La memoria emocional:** No existe una definición clara del concepto de memoria emocional. Nos referimos aquí, a la capacidad del enfermo/a para reconocer estímulos agradables, que evocan al pasado biográfico, o que tienen una implicación sentimental. No existen estudios en relación a la memoria emocional, únicamente la impresión del personal de los centros o residencias, que comprueba el cambio de expresión de un/a enfermo/a, ante la visita de un familiar. Nos referimos a la observación frecuente de una falta de reconocimiento por parte del paciente, de un no saber quien es, pero de una actuación concordante ante alguien íntimamente próximo a ellos/as.

4. LAS FUNCIONES EJECUTIVAS. También la práctica de la arte-terapia pone en juego capacidades de elección, de organización, de selección (el color, por ejemplo) y de secuenciación. El/la paciente debe realizar toda una serie de tareas que implican organización temporal (qué es antes y qué es después), de secuenciación y de ubicación espacial. Todos estos requisitos para la realización de la obra artística, son habilidades que tradicionalmente se han relacionado con la funcionalidad de las estructuras prefrontales.

5. HABILIDADES PSICOMOTRICES. Las habilidades prácticas son evidentemente, estimuladas ante la práctica de la arte-terapia. Tanto la habilidad para secuenciar movimientos, como la velocidad viso-motora o la coordinación óculo-manual, se trabajan en el ejercicio de la pintura.

La velocidad viso-motora, es un elemento clave en la realización de la expresión artística, y en las demencias corticales, la velocidad visomotriz, que implica la disfunción de circuitos subcorticales, se mantiene relativamente bien preservada.

Uno de los efectos principales de la arte-terapia en pacientes afectados de algún tipo de demencia, (y en pacientes con otras enfermedades degenerativas, como la esquizofrenia, por ejemplo), es el que podemos observar sobre el estado de ánimo y el sentimiento de autoestima o autoconfianza que despierta la realización de tareas artísticas.

Estos cambios pueden explorarse con pruebas estandarizadas, aunque, en su mayor parte, los cambios, que suelen resultar evidentes para el/la terapeuta y los familiares, no pueden reflejarse en estos tests.

Nos encontramos, en la actualidad, faltos de escalas de observación suficientemente elaboradas como para recoger los cambios que la arte-terapia puede suponer al individuo. ¿Cómo valorar la expresión de un/a enfermo/a ante su obra finalizada? ¿Y la sensación de apaciguamiento que transmite mientras se encuentra con el pincel en la mano? Quizás, la única forma de valorar esos aspectos sea a través de la elaboración de escalas observacionales modestas, propias, ad hoc para la situación de cada centro donde se realiza esta tarea.

ARTE-TERAPIA Y CURSO CLÍNICO

La práctica de la expresión artística como terapia que pretende incidir en el curso clínico de diversas patologías graves, no es una novedad. El ejemplo de los trabajos publicados con pacientes esquizofrénicos, es suficiente para poder afirmar que la práctica del arte como terapia rehabilitadora puede modificar el curso esperado de una

patología, en la que, las experiencias vitales del individuo (independientemente de que la enfermedad tenga un substrato neurológico, como apuntan las teorías del neurodesarrollo cerebral), su estabilidad emocional, contribuyen tanto a la aparición como a la presentación de los síntomas durante el curso clínico.

Durante muchos años hemos descartado la posibilidad de que las demencias degenerativas pudieran obtener algún beneficio de la estimulación cognitiva, o de las técnicas de psicoestimulación, en general. Actualmente, aunque son pocos los trabajos con una metodología científica que confirman la eficacia de estos programas, estamos convencidos de que muchos pacientes obtienen beneficios. Incluso podemos acogernos, para justificar el trabajo estimulativo, a los hallazgos neurobiológicos sobre la posibilidad de regeneración axonal en las enfermedades neurodegenerativas (Barbacid, 1994).

La práctica del arte-terapia, en aquellos pacientes que se encuentran en condiciones de realizar la tarea (demencia incipiente, sin déficit motor que incapacite la tarea, etc....) constituye una forma de estimulación completa. Y lo es porque, independientemente de su posible eficacia sobre el mantenimiento de las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento al llevarla a cabo, su práctica, incide directamente sobre el estado emocional del enfermo/a.

En este sentido, el ejercicio de la expresión artística reduce la ansiedad y puede contribuir a la mejora del estado anímico del paciente. Sabemos, que cuando la depresión aparece de forma concomitante al proceso de deterioro propio de la demencia, los déficits se acentúan y el proceso de pérdida de funciones cognitivas es más rápido. Sabemos también, que cuando la ansiedad se manifiesta en el/la enfermo/a, sobretodo en las primeras fases de la enfermedad, desestructura de tal manera la relación familiar, que genera una problemática que, siendo angustiante para el familiar, revierte en el propio enfermo/a.

Es decir, se crea un círculo de interacción en el que la ansiedad del enfermo/a genera angustia en el familiar, éste transmite su ansiedad al enfermo/a, y el/la enfermo/a aumenta sus trastornos de conducta, incidiendo de nuevo en la capacidad del familiar para sostener la situación.

El resultado de esta problemática deriva, probablemente, en un curso clínico más rápido y sobretodo más difícil de sobrellevar.

La arte-terapia, como cualquier técnica útil para reducir la ansiedad del enfermo/a, puede, por tanto, contribuir a que la progresión de la enfermedad se lleve a cabo de una forma menos conflictiva, y en este sentido, estamos incidiendo en el curso clínico del enfermo/a. Y como tratamiento ansiolítico, es una técnica lícita de ser aplicable a estos/as enfermos/as, puesto que algunos de ellos/as, pueden ser capaces de expresar a través del color o del trazo sencillo, y no obtener beneficio de otros programas que requieren de una cierta capacidad de razonamiento verbal y de juicio, y sobretodo que requieren la utilización de memorias que se ven comprometidas muy tempranamente en las demencias primarias.

CAPITULO II: TÉCNICA

Fuimos estudiando posibles técnicas hasta llegar al impresionismo, caracterizado por la importancia de la luz. Esto nos llevó a utilizar una paleta de colores puros (blanco, rojo, amarillo, verde y azul), desterrando los colores oscuros, neutros, grises, que no aparecen en el espectro solar. El resultado es una pintura luminosa y de tonalidades vivas.

Otra característica de esta técnica es la yuxtaposición de los colores, no hay mezclas, unos se superponen a otros, así no se hace necesario limpiar constantemente el pincel y así se facilita al paciente la labor de pintar, consiguiendo un efecto visual de complementariedad y contraste que embellece el cuadro.

Para que la intervención educativa sea de calidad, debe dominarse la técnica que va a desarrollarse, y al mismo tiempo debe crearse un clima sensible, creativo y sociabilizador.

La conjunción entre la técnica y el clima creado por el/a educador/a, hace que la persona enferma, se sienta receptora de la satisfacción que producen sus cuadros en los demás aumentando así su autoestima.

Todo esto se lleva a cabo mediante técnicas especializadas siguiendo a uno de los pintores más carismáticos de todos los tiempos, Van Gogh. El taller de arte-terapia permite que la persona enferma de Alzheimer pueda expresarse a través de la pintura creando algo propio.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA

FIGURA 1



FIGURA 2



Estas dos obras (Figura 1 y 2), de un enfermo de Alzheimer que antes de la enfermedad era pintor, fueron la motivación de investigación sobre la técnica de arte-terapia. Una representa la vista de un pueblo en la ladera de una montaña, con un árbol en primer plano a la izquierda de la composición y una peculiar valoración del claroscuro. La otra reproduce una cesta de mimbre con un ramo de flores. En las dos se aprecian notables connotaciones naíf, como el pueblecito, con iglesia y campanario, al pie de la montaña y las florecitas de la cesta, en la que el toque infantil es más patente. Con seguridad el estilo de este enfermo en su vida activa anterior, no sería como el de estos cuadros, sino que estos pueden ser una consecuencia de la regresión a la infancia que conlleva esta enfermedad; aunque sin duda este enfermo ha mantenido, sin ser consciente de ello, su conocimiento de la pintura.

En la actualidad existen pocos trabajos publicados sobre el arte como terapia en enfermedades neurodegenerativas. Nuestra apuesta por llevar a cabo esta técnica con rigurosidad y profesionalidad, nos ha permitido que diferentes disciplinas interactuaran para poder hacer una investigación cualitativa de la intervención.

Profesionales del campo de la neuropsicología, psicología y educación social, utilizaban un diario de campo para confrontar observaciones e ideas que dejaran ver los cambios que el/la enfermo/a experimentaba durante las clases. Los objetivos son importantes en el momento de aplicar la técnica. El primer marcador destacable era la autoestima del enfermo/a, tan dañada a partir de los primeros síntomas de la enfermedad.

Empezamos utilizando los colores puros, (figura 3 y 4) principalmente primarios y secundarios, sobre cartulina blanca.



FIGURA 3



FIGURA 4

De esta manera, rellenaba plantillas con formas geométricas o de animales (figura 5 y 6).

La experiencia no fue positiva, la persona enferma se sentía frustrada porque el resultado no era algo creado por él o ella y se acercaba a una práctica infantil.



FIGURA 5



FIGURA 6

Durante las siguientes sesiones se marcó como pauta la división de la cartulina con una línea horizontal, marcada con cualquier color. Pretendíamos, así, que el/la enfermo/a, diferenciara el cielo de la tierra escogiendo dos colores distintos, que identificaran estos elementos, y los aplicara con movimientos libres de pincel hasta rellenar la cartulina, utilizándose la mezcla con blanco en algunos casos. (Figura 7,8, 9 y 10)

El resultado mejoró, pero no llegó a cumplir las expectativas deseadas.



FIGURA 7



FIGURA 10



FIGURA 8

FIGURA 9





FIGURA 11

El siguiente paso fué utilizar la técnica del puntillismo (Figura 11-17) Durante más de un año, los pacientes, mediante dibujo libre, aplicaban los colores unos sobre otros, dejando espacios en blanco que daban luminosidad al cuadro.



FIGURA 12



FIGURA 13



FIGURA 14



FIGURA 15

FIGURA 16



FIGURA 17



Después seleccionamos láminas con representaciones de cuadros muy conocidos de algunos pintores impresionistas (Figura 18-27) El resultado fué muy satisfactorio porque los/as enfermos/as, comenzaron a mostrar cada vez más entusiasmo con esta terapia, esperando ansiosos el día de la semana señalado para la pintura.



FIGURA 18



FIGURA 19



FIGURA 20

FIGURA 21



FIGURA 22



Por otra parte, plasmaban con gusto su nombre en la obra realizada, lo que supuso un doble beneficio; por una parte aprendieron, de nuevo, a firmar y a reconocer el nombre que ellos/as mismos/as habían estampado y por otra, sintieron el reconocimiento de su familia en una actividad de la que se sentían orgullosos/as.



FIGURA 23



FIGURA 24

Posiblemente, debido a que el puntillismo es una técnica pictórica en la que para conformar una imagen, se emplean elementos pequeños y toques de color que se unen y complementan en un todo, será por lo que al enfermo/a de Alzheimer le resulte más fácil reproducir e interpretar una obra.



FIGURA 25



FIGURA 26

Después de esta actividad, nos propusimos hacer copiar al enfermo/a una lámina con reproducciones de paisajes, en los que éste podría reconocer un prado, un río, una montaña, un árbol, etc. En esta serie de trabajos se perciben diferencias de calidad entre unos y otros, que dependen del grado de desarrollo de la enfermedad, la edad del paciente y su nivel cultural.

Técnicamente, (Figura 29-30) podemos ver la utilización de colores puros que se encuentran mezclados directamente sobre la cartulina con pinceladas largas y yuxtapuestas, o bien otras más cortas, dispuestas unas junto a otras, que juegan con el blanco del fondo, pero en casi todos podemos observar como principalmente los elementos de vegetación, como árboles y arbustos, han sido elaborados mediante puntos y pequeñas pinceladas, que los enfermos aplican con más decisión y soltura.



FIGURA 29



FIGURA 30

La mayoría elabora las obras mediante pinceladas cortas y yuxtapuestas, una pasta pictórica densa, hasta rellenar todo el espacio correspondiente a los distintos elementos de la composición, pero dando protagonismo al fondo blanco del papel, que se deja percibir entre los golpes de pincel.

Generalmente, todos los elementos de la composición paisajista, como el cielo, la tierra, el mar, etc., se empiezan a realizar de un solo color, generalmente primario o a veces secundario, aplicando, en algunas ocasiones, otros colores con la pintura de base aún fresca, para matizar ciertas zonas. A continuación se pintan otros elementos como árboles y pequeños matorrales en flor con pinceladas puntuales que aplican superponiéndolas a los otros elementos. (Figura 31-35)



FIGURA 31



FIGURA 32



FIGURA 33



FIGURA 34



FIGURA 35

2. RELACIÓN TERAPEUTA – PACIENTE

El/la arte-terapeuta, guiará a los/as participantes dando siempre unas pautas para todos los cuadros:

1. Ubicar y orientar en espacio-persona-tiempo.

La sesión comienza colocando nombre y fecha detrás de la cartulina.

2. Realizar una línea en la cartulina que separará el cielo y de la tierra.

Una cosa que parece tan fácil para nosotros/as, es todo un logro para las personas enfermas. Es importante que entiendan que la parte superior es el cielo y la inferior la tierra.

3. Firmar la obra por delante con su nombre como cualquier artista.

Para un posterior reconocimiento, una vez acabada.

4. Por último exponer todas las obras mediante un colgador.

Dónde podrán contemplar todos los cuadros y comentar como han quedado. Siempre alaban a los compañeros y compañeras con comentarios positivos.

3. CRITERIOS QUE RESPONDEN AL TALLER DE ARTE-TERAPIA

• ESTAR DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS, TANTO EN EL ENFOQUE COMO EN LA PRESENTACIÓN.

La persona enferma, puede comportarse como un/a niño/a, sin embargo, es una persona adulta a pesar de su discapacidad. A nadie le gusta ser considerado como un/a niño/a.

Ejemplo: “Colorear dibujos” daña la dignidad de la persona.

• SER CONCRETOS

Las actividades responden a un objetivo “un pincel sirve para pintar”. Utilizar un lenguaje concreto, frases cortas y dirigidas.

• SELECCIONAR CUIDADOSAMENTE LA LÁMINA PARA NO ENFRENTAR A LA PERSONA CON SU DISCAPACIDAD.

Es negativo pedirle que haga lo que ya no puede hacer. Se da cuenta de su incapacidad. Ésto puede provocar reacciones agresivas, aislamiento, ensimismamiento.

Las láminas deben estar acorde con sus habilidades y estado cognitivo.

• SER DE FÁCIL REALIZACIÓN:

- Dividir la actividad en pequeñas secuencias, dando las instrucciones de manera clara para cada una de ellas, y repetir las veces que haga falta.
- Empezar la actividad en el punto en el que la persona enferma pueda llevarlo a cabo con éxito. Ejemplo: Habrá algunos pacientes que no podrán cortar las cartulinas, con lo que se les darán ya cortadas o la pintura ya en las cubiteras, etc.
- No dudar en empezar la actividad nosotros/as para enseñar bien lo que tiene que hacer el/la participante. A veces, no es suficiente sentar a la persona en una mesa delante de una cartulina y un pincel, sino que hay que ponerse a su lado y enseñarle el gesto de coger la pintura y plasmarla en la cartulina.
- Preparar por adelantado el material que se necesita para tenerlo a mano con la finalidad de no perder el tiempo y estar con ellos y ellas.
- Disminuir las posibilidades de distracción, puesto que tienen dificultad para concentrarse. Hay que controlar los ruidos, situarse en un lugar tranquilo, que no sea de paso.

• **NO HAY QUE JUZGAR LA REALIZACIÓN SINO LA PARTICIPACIÓN.**

Tendemos a pensar que una actividad tiene un fin bien definido.

Si hay que poner la mesa, esperamos que esté correctamente puesta, en el orden que esté habitualmente establecido por la familia. Si usted pide que uno de sus hijos o hijas haga esa actividad y pone los cubiertos en desorden, usted le dirá que no es así como hay que hacerlo. Juzga la realización de la actividad.

Sería un error en nuestro caso.

La persona con Alzheimer puede llegar a realizar correctamente una tarea pero, el éxito depende de varios parámetros o factores.

La persona enferma ha participado en la actividad y el resultado final puede ser desastroso. Pero usted ha conseguido su objetivo, ha hecho que ella participe en una actividad, la ha apoyado con instrucciones. Ella tendrá la sensación de haber finalizado con éxito lo que se le ha pedido. No tiene importancia si la realización final no es del todo perfecta.

• **SIEMPRE SE LES HA DE ANIMAR Y FELICITAR.**

La persona enferma depende mucho de nosotros/as, si se le ha confiado una tarea a realizar, esperará recibir su opinión.

¡Animarla y felicitarla!, sea como sea el resultado.

• **EL TIEMPO NECESARIO.**

Procure que toda actividad empezada pueda transcurrir hasta el final. Interrumpir una actividad a medio camino, llega a ser una frustración añadida para la persona enferma.

• **INTENTAR CONSTRUIR UNA RUTINA.**

El taller se desarrollará siempre de la misma manera, a la misma velocidad, con el mismo objetivo, e incluso a la misma hora del día. En nuestro caso siempre utilizamos la misma sala, con el mismo grupo y disposición de las mesas. Cinco minutos antes ponemos una música, que siempre es la misma, para que se orienten en el taller a realizar.

• **DAR MUESTRAS DE FLEXIBILIDAD Y CREATIVIDAD.**

Hay que dar muestras de flexibilidad y creatividad tanto en la forma de proponer la actividad como de enfocarla. Es importante respetar la decisión de la persona enferma.

• **CONSEGUIR QUE EL PROFESIONAL ESTE PREPARADO PARA ENTENDER EL ARTE DE LA PERSONA ENFERMA.**

Precisa de un entrenamiento y una formación adecuada.

CAPITULO III: ESTRUCTURACION DE LAS CLASES Y EVALUACIÓN

1. ESTRUCTURACIÓN

• **PARTICIPACIÓN ACTIVA.** Es muy importante que los/as enfermos/as ayuden en la preparación del taller.

- Colocar papel de periódico en las mesas.
- Cortar las cartulinas.
- Preparar las pinturas: colocar los colores en las cubetas.

• **LOS COLORES.** Han de ser básicos, no hay mezcla de colores sino yuxtaposición.

- Amarillo
- Verde
- Blanco
- Rojo
- Azul

- **LAS CUBETAS.** Las cubiteras de hielo son ideales ya que permiten visualizar mejor los colores. En vasos de plástico es más difícil identificar el color y pueden volcarse debido a su inestabilidad.
- **PINCELES.** El pincel recomendado es el nº 12, porque ni es muy grueso ni muy fino. Nunca se limpiaran los pinceles para cambiar de color, sino que se mezclaran.
- **LUZ.** En el espacio donde se vaya a realizar la actividad es muy importante que haya una buena iluminación, a ser posible luz natural.
- **MÚSICA.** Para acompañar las clases de pintura es recomendable poner música, pero ésta no ha de decir nada. Es aconsejable una música neutra, no ha de ser ni muy relajante ni tampoco una música que haga que se alteren. El hecho de poner cinco o diez minutos antes esta determinada música, hace que se orienten en la actividad que van a realizar.
- **MESAS.** Las mesas tienen que ser redondas y de cuatro participantes por terapeuta.
- **MODELO.** En los grupos, dependiendo del nivel cognitivo, utilizamos como modelo una lámina de un pintor impresionista.
Al intentar plasmar un modelo, trabajamos la atención y la concentración, así como la orientación a la hora de coger el color adecuado.
Los modelos se escogen, a veces, según la estación del año para poder orientar.
- **TIEMPO.** El tiempo de la clase es de una hora semanal y es importante que siempre se inicie y acabe el cuadro en esta hora, porque así reconocen completamente su obra. El día que no se termina, no produce la misma satisfacción.

2. EVALUACIÓN

Algunos trabajos han apuntado el hecho de que las habilidades artísticas ayudan a los/as pacientes a facilitar la comunicación, al hacer terapia de forma grupal se fomenta la interacción.

La preocupación por la productividad artística ha pasado por tres etapas bien definidas:

- El estudio con una orientación diagnóstica (árbol-tierra)
- El arte psicopatológico como expresión de la enfermedad (las personas esquizofrénicas pintan de una determinada manera, las personas depresivas todo negro...)
- El periodo actual en el que predomina una preocupación de la utilización de esta capacidad como vehículo de comunicación.

Dos planteamientos:

- Penetrar en el significado.
- Estudiar la obra pictórica como vehículo de comunicación con la persona.

Se analiza poco como se enfrenta el/la paciente a su enfermedad, no se estudia el modo de cómo vive sus pérdidas de memoria, de identidad. La persona enferma necesita una nueva forma de expresión para comunicar sus vivencias. La enfermedad produce una transformación total en la personalidad, se convierten en personas distintas de las que previamente eran, añadiendo además la carencia de lenguaje que les impide hablar de sí mismo y de sus vidas. Pintar es un recurso que se encuentra al alcance de la persona enferma, por tanto buscar el lenguaje del arte hará que se exprese a través de él.

El/la artista necesita algo con que expresarse, cosas que en sus manos se transformen para manifestar lo que ha captado. Y tal como ocurre con los/as artistas, algunas obras de las personas enfermas son bellas y otras no comunican nada. Pero está claro, que en nuestro caso, no vamos a estudiar la obra, sino su realización y todo lo que se crea mientras se realiza.

Ciertamente, si quisiéramos ver lo que expresan en dibujos sin utilizar esta técnica que presentamos, les daríamos colores y pinceles y a su libre albedrío pintarían. Pero estas personas que padecen demencia requieren una técnica que les guíe, o así lo hemos visto desde la experiencia.

No se pretende ver si es vascular, demencia frontal u otras patologías, lo que se pretende es lograr comunicar al terapeuta y al paciente, y que éste se comunique con sus compañeros y compañeras así como con su familia. Además, si el/la terapeuta es creativo/a, logrará estimulación cognitiva y trabajar las emociones de la persona enferma.

CAPITULO IV: NUESTRA EXPERIENCIA

La comprensión de esta patología pasa por la sensibilidad del/la terapeuta para entender todos los sentimientos que se desencadenan en la persona enferma y el mundo que le envuelve.

La complicidad terapeuta-paciente se crea cuando el/la profesional es capaz de adaptarse a tantos cambios de actitud en un espacio de tiempo limitado.

Así, si el/la terapeuta no tiene desarrollada su creatividad, es imposible que de respuesta a situaciones donde su intervención requiere imaginación y destreza para reconducir conductas.

Claro está que la empatía se produce también como algo natural, pero la capacidad de aceptar que no importan las acciones del pasado y que en el presente es un ser humano indefenso y con ganas de que todo lo que le envuelve le entienda, nos hace pensar en las personas que han perdido la audición, cuando el comunicante cansado de que no reciba sus mensajes acaba diciendo “ya te lo diré otro día”.

Estos y estas pacientes esperan recibir respuestas a sus miedos y angustias, su falta de comprensión ante los mensajes verbales hace que el/la terapeuta emplee con más énfasis la comunicación no verbal, tratando de tranquilizar o suavizar el conflicto. Cuando ni la capacidad ni la profesionalidad del/la terapeuta son suficientes para reducir algunas situaciones creadas, entonces, lejos de insistir, dejaremos unos minutos la intervención para insistir nuevamente en la reconducción conductual.

Todo ello es importante para entender que el arte es capaz de despertar sentimientos todavía vivos que florecen cuando la persona contempla algo creado con sus propias manos, algo que no hubiera hecho antes de la enfermedad.

El despertar de esos sentimientos hace que el propio terapeuta goce del éxito de la persona y de sus logros.

La estimulación cognitiva se emplea como algo desdibujado dentro del arte-terapia, desde el reconocimiento de colores, la atención, la orientación, la secuenciación y la psicomotricidad. Pero la base del trabajo con el/la paciente es fomentar su autoestima haciéndole que se sienta útil (el cuadro que hace adornará la habitación de su nieta...)

Es importante el reconocimiento del grupo al admirar su obra, recordamos unas anécdotas en que dos pacientes reconocían una obra como propia y esto provocó que uno de ellos se enfadara y no quisiera merendar. Un paciente que por la tarde veía objetos alucinantes y era capaz de seguir la obra con el pincel y la frase “con aire”. U otro que empezó pintando puntos y después era capaz de llenar la lámina de luz y de color.

La persona enferma es portadora de cultura, y poder plasmar algún recuerdo, hace que se sienta mejor.

Una profesora de música, jamás creía hacerlo bien ya que lo suyo en arte era tocar el piano, pero en realidad gozaba cuando alababan sus obras, pintaba como empleando las notas con un pincel. Así, muchas veces la música de fondo guiaba sus pinceladas hasta el punto, que no sabía decir si lo que le hacía más feliz era lo que oía o lo que pintaba.

Una paciente, durante un tiempo, no quiso pintar debido a dolores en el brazo, pero al mejorar los síntomas, a pesar de su postura un tanto difícil por problemas de columna lo volvió hacer.

El perfeccionismo de una señora empresaria, hacia que la elaboración de su obra fuera más lenta, no quería dejar ningún espacio sin pintura, el gusto que utilizaba en su trabajo de confección de ropa se repetía cuando cogía los pinceles.

Hay que resaltar que los/las pacientes mayoritariamente sonríen mientras pintan, quizá recuerdan, quizá su autoestima por ese espacio de tiempo sube, o tal vez es el placer de hacer algo que siempre han querido hacer.

¿Cuántos de nosotros y nosotras, en algún momento de nuestras vidas no hemos pensado lo bonito que sería saber pintar, para plasmar un paisaje que se presenta ante nuestros ojos, poder plasmar los colores que nuestra mente está interiorizando y la cámara de fotos no recoge...?

Creemos que en eso radica el éxito de esta técnica, en que es algo que hemos querido hacer y no le hemos dedicado tiempo.

Para la persona terapeuta, mirar sus caras, sus ojos y escuchar sus palabras es un bálsamo que ayuda a seguir adelante. Es una dura tarea: paciencia, amor y sentidos se ponen a disposición de estas personas que requieren todo de quién les enseña. Pero lo que recibe el/la terapeuta de ellos y ellas, hace que vuelva con más cariño a la próxima sesión de pintura.

Hemos probado varias formas de intervención y la de guiarlos por medio de terapeutas es la más satisfactoria, ya que a través de esta persona son capaces de valorar sus obras, y cuando han hecho algo mal, son capaces de ver que no es bello, que no muestra aquello que pretendían.

En las clases de docencia muchos profesionales apuntaban el porqué de la rectificación y los toques que el/la terapeuta da a los cuadros, el motivo es que en las primeras intervenciones, la persona enferma debe de tener un grado de satisfacción que haga posible su deseo de volver a pintar.

Todos los/las pacientes al principio de la terapia no se atreven, tienen miedo al pincel. Pero al ver que la técnica no requiere grandes esfuerzos se tranquilizan y siguen las indicaciones.

Algunos/as pacientes tenían tendencia a contabilizar sus cuadros e incluso llegaban a ponerles valor monetario.

Cuando exponíamos sus obras en Congresos o en Salas de Exposiciones se esforzaban por hacer, lo mejor posible, sus obras. Posteriormente, les mostrábamos fotografías y recortes de prensa que hacían referencia al evento.

Finalmente el equipo decidió llevar a cabo un proyecto donde las personas enfermas pudieran ver sus obras en una exposición conjunta. Fueron 38 cuadros expuestos en un recinto con luz y plantas naturales.

La experiencia no pudo tener una evaluación mejor, se otorgaron premios a las personas que lo habían realizado, y ellas nos regalaron la satisfacción reflejada en sus miradas,..... Nos regalaron VIDA



Maria T. sufre desde hace 8 años una demencia vascular. A sus 83 años sigue participando de actividades como la Arterapia. Cuando pinta se olvida de los pensamientos negativos que a menudo le pasan por la cabeza.

....ME GUSTA PINTAR, Y ME GUSTAN LOS CUADROS QUE HAGO.....





Alex M. de 84 de edad, escritor y excursionista participa del taller de Arterapia que se realiza en la Unidad de Memoria Uszheimer desde hace aproximadamente un año.

*...HA SIGNIFICADO PARA MI
UN GRAN DESCUBRIMIENTO
AUNQUE ME HE DESPERTADO
UN POCO TARDE. QUISIERA
HABER PODIDO DISFRUTAR DE
LA PINTURA MUCHO ANTES...*

La Sra. Rosa P. de 78 años de edad esta afectada de la enfermedad de Cuerpos de Lewy (DCL). Carnicera de profesión ha encontrado una forma de manifestar sus emociones a través de la pintura.

*...ESTOY CONTENTA CUANDO
HACEMOS EL TALLER DE
PINTURA ME AYUDA A SEGUIR
ADELANTE...*





La Sra. Asunción O. a sus 79 años, acude a la Unidad de Memoria Uszheimer des del año 2003. Manifiesta claros déficit de memoria que dificulta su autonomía personal.

.....AL PRINCIPIO PENSABA QUE NO SABRÍA HACERLO BIEN....LUEGO ME DI CUENTA QUE ERA DIVERTIDO Y ME HACIA ESTAR TRANQUILA Y RELAJADA...



El Sr. J. José D., de 87 años de edad, sufre la Enfermedad de Alzheimer des del año 2.000. Aficionado a las artes en general disfruta pensando en el taller de Arterapia.

....SIEMPRE HE PINTADO... DESDE QUE ERA JOVEN... AHORA CON ESTA NUEVA TÉCNICA HE APRENDIDO A PINTAR DIFERENTE.....



Magda T. de 79 años de edad sufre una enfermedad poco común llamada Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP). Costurera de profesión. En la actualidad sigue pintando con nosotros y nosotras.

...EL ARTE COMO TAL ES MARAVILLOSO... LA FACILIDAD DE ESTA TÉCNICA HACE QUE LAS PERSONAS PUEDAN DISFRUTAR PLENAMENTE....



Rosa G. de 79 años, hace ya unos años que sufre una demencia mixta (Vascular+Alzheimer) a sus años sigue tan enérgica y alegre como cuando era joven.

...YO NO HABÍA PINTADO NUNCA UNA OBRA DE ARTE ANTES DE VENIR AL CENTRO....ME GUSTA COMO ME SALEN LOS CUADROS ÚLTIMAMENTE.....



A sus 78 años, la Sra. Pepita. S. Le encanta participar en el taller de pintura. En su diagnóstico actual padece la Enfermedad de Alzheimer.

.....YO NO SE PINTAR PERO LOS CUADROS SALEN MUY BONITOS....

Maria L. de 83 años de edad hace ya 4 que padece la Enfermedad de Alzheimer. Su ilusión actual es compartir con nosotros/as la jornada de trabajo en el centro de día.

.....ESTAR AQUÍ PINTANDO
ES LO MEJOR QUE ME
HA PASADO EN MUCHO
TIEMPO.....



El Sr. Josep A. de 80 años de edad manifiesta un deterioro cognitivo característico de la Enfermedad de Alzheimer. Toda la vida ha trabajado como empresario. Ahora goza de la posibilidad de aprender a pintar.

.....ESTO SI QUE ME
GUSTA....LOS COLORES
SON ALEGRES Y
PRIMAVERALES.....





Con 61 años de edad, hace unos 2 años Juan L. acude a Uszheimer para evitar la pérdida de memoria. Su familia refiere una gran mejoría en su estado a partir del ingreso en nuestro centro.

...SOY FELIZ EN MEDIO DE ESTA GENTE....DOY GRACIAS POR HABERLOS ENCONTRADO....



Josefa A. tiene en la actualidad 91 años y desde hace 4 presenta la Enfermedad de Alzheimer. Pastora en su juventud sigue ofreciendo su alegría y vitalidad a todos los que la rodean.

....PINTO LOS PAISAJES QUE VEÍA EN MI TIERRA CUANDO SACABA A PASTAR A LAS OVEJAS....

BIBLIOGRAFÍA

Bancia D. Ayuso: El arte de la locura, IMQC, 1995

Barcia Goyanes J.J: Psiquiatría y Arte, Colegio Mayor Universitario La Asunción de Ntra. Señora, Valencia 1964.

Deley J. Volmar R.: Expresiones estéticas de la Locura". Ediciones Sandoz 1966

Escudero Valverde J.A: Pintura Psicopatológica. Espasa-Calpe, Madrid 1975.

Kogan J. El lenguaje del arte. Psicología y Sociología del arte . Piados, Buenos Aires, 1965.

Reja M. Lart chez les Fons. Mercure de France. París, 1907.

Sarró R. De la teorías Mitologenetica al homo demens. Policrom. Barcelona 1994.

Cummings, J.L. & Zarit, J, M. (1987): Probable Alzheimer's Disease in an Artist. JAMA; 258:2731-2734.

Miller, B.L.; Mishkin, F; Boone, K; Prince; Ponton, M & Cotman, C. (1998): Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. Neurology, 51:978-982.

Sandblom, P. (1982): Creativity and Disease. Philadelphia, George F. Stickley, Co.

Cummings, J.L. & Zarit, J, M. (1987): Probable Alzheimer's Disease in an Artist. JAMA; 258:2731-2734.

Miller, B.L.; Mishkin, F; Boone, K; Prince; Ponton, M & Cotman, C. (1998): Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. Neurology, 51:978-982.

Sandblom, P. (1982): Creativity and Disease. Philadelphia, George F. Stickley, Co.



