



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**MEDICIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ARTETERAPIA
SOBRE LOS ESTADOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS DE PERSONAS
MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN ALBERGUE PÚBLICO DE
LA CIUDAD DE PANAMÁ DURANTE EL PERIODO 2024, 2025.**

Tesis de Licenciatura en Psicología

PRESENTADA POR:

LIC. YADYRA YÁNEZ Z.

N-21-417

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DIANA OVIEDO

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO DE TESIS: DR. ADAM E.

TRATNER

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**MEDICIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ARTETERAPIA
SOBRE LOS ESTADOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS DE PERSONAS
MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN ALBERGUE PÚBLICO DE
LA CIUDAD DE PANAMÁ DURANTE EL PERIODO 2024, 2025.**

Tesis de licenciatura en Psicología

PRESENTADO POR:
LIC. YADYRA YÁNEZ Z.
N-21-417

JURADO EVALUADOR:

DR. _____

Presidente

Firma: _____

DRA. _____

Secretario

Firma: _____

Ponente: _____

Firma: _____

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo sale a la luz gracias a la presencia y apoyo de muchas personas en mi vida.

Mi esposo Alfredo (Q.E.P.D.), mi compañero y amigo; el primero que creyó en mí, me impulsó a estudiar una segunda carrera y me apoyó desde el amor y la admiración en cada una de mis ideas. Lamentablemente no está presente y, aunque su partida fue dolorosa, sé que hoy celebra conmigo este paso como tantos otros que son parte de nuestra historia.

A mis hijos, Nataly, Stephanie y Alfredo, mi soporte, mi espacio seguro y amoroso. Hemos compartido todas las emociones y también los avances de cada logro que consideramos nuestro.

A mi equipo de trabajo permanente, por su compromiso, a quienes un "gracias" se les queda corto; a mis colegas en Grupo MAI, profesionales increíbles que me acompañan con su visión de un mundo mejor a través del arte y la salud mental.

A los directores de los albergues que nos han abierto las puertas para trabajar con su población residente, a los voluntarios activos que reconocen la necesidad y ofrecen desde su propia estructura para construir.

A mis maestras y maestros que dejaron una huella positiva más allá del aprendizaje y supieron ser empáticos cuando el dolor destrozaba mi vida.

Principalmente a la directora de mi tesis, Dra. Diana Oviedo, por su guía y sus palabras de validación cuando más lo necesitaba.

No es fácil optar por una segunda licenciatura a los 50 años de edad; se necesita tenacidad, paciencia y una gran dosis de autocomprensión. Mucho más difícil aún con crisis personales o pandemias. Por eso, cierro este capítulo, reconociendo a la persona valiente que habita en mí, con las miles de facetas que poseo. Desde la humildad que la autoconciencia me permite, agradezco las decisiones que me he permitido tomar a lo largo de mi vida; con aciertos y desaciertos, han servido para construirme como un ser humano sensible ante las necesidades del otro y como un profesional ético ante el ejercicio correcto.

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre, quien siempre me miró con orgullo y creyó en mis capacidades sin reservas. En cada paso de este camino sentí su aliento, esa fuerza silenciosa que me impulsaba a dar lo mejor de mí. Gracias por enseñarme el valor de la ética, la sensibilidad por las necesidades humanas y la dignidad en cada logro y en cada obstáculo.

A mi madre, refugio de amor incondicional, quien sin importar la distancia me acompañó con su amor y bendiciones constantes, iluminando este trayecto de mi vida con sus palabras de aliento y su ejemplo de valor y tenacidad. Su fe en mí me dio alas cuando el cansancio parecía ganar y su sabiduría me ha acompañado en todos mis momentos de duda.

Son mis padres los inspiradores de mis proyectos dedicados a la tercera edad; por ellos y para ellos. Por lo tanto, dedico este estudio y las publicaciones que de él se originen, a cada persona mayor con la que he trabajado y trabajaré, principalmente a mi grupo de arteterapia de MAI Center, a los “abuelitos” de los albergues San Pedro Nolasco, Luz y Vida, Virgen de Loreto y Nueva Vida y a cada persona que transita esta etapa de adultez mayor y que puede encontrar en este documento información, inspiración, salud y balance en su propio recorrido.

RESUMEN

Introducción: la institucionalización de personas mayores va en aumento debido a la falta de atención domiciliaria, recursos económicos y apoyo familiar limitados, aunado a las dificultades para acceder a servicios de salud. Esto se asocia con una alteración del estado emocional y cognitivo y con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y, en algunos casos, negligencia o maltrato. La arteterapia ha demostrado ser una intervención no farmacológica eficaz en entornos geriátricos, reduciendo síntomas depresivos y ansiosos, y mejorando la cognición.

Objetivo: el objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024, 2025.

Metodología: en este estudio cuasi-experimental (pre-test, post-test y post-post test), inicialmente se midió la cognición con el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (adaptado para discapacidad) y el estado emocional de los participantes: ansiedad, tristeza, irritabilidad y hostilidad, a través de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). Tras cuatro meses de intervención semanal, se realizó una primera reevaluación. Luego, se aplicó un programa de refuerzo quincenal durante cinco meses, seguido de una segunda reevaluación. Además, se utilizó un cuestionario de satisfacción (CSQ-8) a los cuidadores para saber su grado de satisfacción con el

programa y se realizaron encuestas a los cuidadores para obtener información sobre su percepción con el programa. Todas las sesiones se registraron en un Diario de Campo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Universidad Santa María La Antigua (2024-P025).

Resultados: la edad promedio de la muestra fue de 79.21. Entre los principales diagnósticos se reportaron: Alzheimer y otras demencias (18.6%), depresión con intento suicida (22%), ansiedad (8.5%), esquizofrenia y otros trastornos de personalidad (6.8%) y afasia severa (3.4%). En cuanto a condiciones físicas, un 18.6% tenía discapacidad motriz, 13.6% otras discapacidades, 5.1% diabetes y 3.4% cardiopatías. No se observaron cambios significativos en MoCA entre el pre-test ($M=11.90$, $DE=4.65$) y el post-test ($M=12.8$, $DE=4.24$; $p=0.399$), pero los participantes mostraron puntuaciones de MoCA significativamente más altas en el post-post test ($M=15.5$, $DE=3.69$) en comparación con el post- test ($p=0.024$) y el pre-test ($p=0.004$). Los resultados del EVEA mostraron que, en la subescala de alegría, los participantes obtuvieron una media de 24.36 en el pre-test, 23.57 en el post-test y 29.79 en el post-post test, evidenciando un aumento en el bienestar emocional al terminar el programa. En la subescala de ansiedad, los participantes mostraron puntuaciones significativamente más altas en el pre-test ($M=11.07$; $DE=8.42$) en comparación con el post-test ($M=4.00$; $DE=5.31$; $p=.010$) y el post-post test ($M=4.93$; $DE=4.81$; $p=0.019$). En cuanto al resto de las variables emocionales, aunque no se vieron diferencias significativas entre las distintas medidas, si hubo un incremento en las medias. En ira/hostilidad, se observó una reducción progresiva desde 12.71 en el pre-

test a 5.36 en el post-test y 3.36 en el post-post test. En la subescala de tristeza/depresión, la media pasó de 11.07 en el pre-test a 5.14 en el post-test y 4.79 en el post-post test. Adicionalmente, los registros de campo y los cuestionarios de satisfacción aplicados a cuidadores y voluntarios reflejaron una valoración altamente positiva del programa. Ambos grupos destacaron su relevancia e impacto, y manifestaron el deseo de que la iniciativa continúe.

Conclusión: el programa mostró un impacto positivo en el bienestar emocional y cognitivo de personas mayores institucionalizadas. La alta satisfacción expresada por participantes, cuidadores y voluntarios refuerza la pertinencia de implementar y dar continuidad a programas de arteterapia en contextos geriátricos públicos.

Palabras clave: envejecimiento, institucionalización, arteterapia, musicoterapia, protección cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: The institutionalization of older adults is increasing due to limited home care, economic resources, and family support, compounded by difficulties in accessing health services. This situation is associated with alterations in emotional and cognitive states, as well as increased risk of cardiovascular and metabolic diseases and, in some cases, neglect or abuse. Art therapy has proven to be an effective non-pharmacological intervention in geriatric settings, reducing depressive and anxious symptoms and improving cognition.

Objective: The aim of this study was to evaluate the impact of an art therapy program on the emotional and cognitive status of institutionalized older adults in a public nursing home in Panama City during 2024.

Methodology: This quasi-experimental study (pre-test, post-test, and post-post test) initially assessed cognition using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA, adapted for disability) and emotional state variables—anxiety, sadness, irritability, and hostility—through the Mood Assessment Scale (EVEA). After four months of weekly interventions, a first reassessment was conducted. A five-month biweekly reinforcement program followed, after which a second reassessment was performed. Additionally, a satisfaction questionnaire (CSQ-8) was administered to caregivers, and surveys were conducted to gather their perceptions of the program. All sessions were recorded in a Field Diary. The project was approved by the Research Bioethics Committee of Universidad Santa María La Antigua (2024-P025).

Results: The mean age of the sample was 79.21 years. Main diagnoses included Alzheimer's disease and other dementias (18.6%), depression with suicide attempt (22%), anxiety (8.5%), schizophrenia and other psychotic disorders (6.8%), and severe aphasia (3.4%). Regarding physical conditions, 18.6% presented motor disabilities, 13.6% other disabilities, 5.1% diabetes, and 3.4% heart disease. No significant changes were observed in MoCA scores between the pre-test ($M = 11.90$, $SD = 4.65$) and the post-test ($M = 12.8$, $SD = 4.24$; $p = .399$), but participants showed significantly higher scores in the post-post test ($M = 15.5$, $SD = 3.69$) compared to the post-test ($p = .024$) and the pre-test ($p = .004$). EVEA results showed that on the joy subscale, participants obtained a mean of 24.36 in the pre-test, 23.57 in the post-test, and 29.79 in the post-post test, evidencing an increase in emotional well-being at the end of the program. On the anxiety subscale, participants scored significantly higher in the pre-test ($M = 11.07$; $SD = 8.42$) compared to the post-test ($M = 4.00$; $SD = 5.31$; $p = .010$) and the post-post test ($M = 4.93$; $SD = 4.81$; $p = .019$). For the remaining emotional variables, no significant differences were found between measures, although mean scores improved. Anger/hostility decreased progressively from 12.71 in the pre-test to 5.36 in the post-test and 3.36 in the post-post test. On the sadness/depression subscale, the mean decreased from 11.07 in the pre-test to 5.14 in the post-test and 4.79 in the post-post test. Additionally, field notes and satisfaction questionnaires completed by caregivers and volunteers reflected a highly positive evaluation of the program. Both groups emphasized its relevance and impact and expressed their desire for the initiative to continue.

Conclusion: The program demonstrated a positive impact on the emotional and cognitive well-being of institutionalized older adults. The high satisfaction expressed by participants, caregivers, and volunteers reinforces the importance of implementing and sustaining art therapy programs in public geriatric settings.

Keywords: aging, institutionalization, art therapy, music therapy, cognitive protection.

INDICE GENERAL

<u>Agradecimiento</u>	<u>3</u>
<u>Dedicatoria</u>	<u>5</u>
<u>Resumen</u>	<u>6</u>
<u>Abstract</u>	<u>9</u>
<u>Índice de Tablas</u>	<u>15</u>
<u>Índice de figuras</u>	<u>16</u>
<u>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</u>	<u>18</u>
<u>1.1 Planteamiento del problema</u>	<u>18</u>
<u>1.1.1 Antecedentes y situación actual</u>	<u>24</u>
<u>1.1.2 Objetivos de la Investigación</u>	<u>36</u>
<u>1.1.2.1 Objetivo general</u>	<u>36</u>
<u>1.1.2.2 Objetivos específicos</u>	<u>37</u>
<u>1.1.3 Hipótesis</u>	<u>37</u>
<u>1.1.4 Pregunta de investigación</u>	<u>38</u>
<u>1.1.5 Justificación</u>	<u>38</u>
<u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</u>	<u>40</u>
<u>2.1 Definición</u>	<u>40</u>
<u>2.2 Antecedentes históricos</u>	<u>41</u>
<u>2.2.1 El Arte de los locos</u>	<u>42</u>
<u>2.3 El psicoanálisis como antecedente de arteterapia</u>	<u>46</u>
<u>2.4 La Terapia Ocupacional como antecedente de la arteterapia</u>	<u>49</u>
<u>2.5 Propuestas de atención existentes</u>	<u>51</u>
<u>2.6 Arteterapia en la actualidad</u>	<u>51</u>
<u>2.6.1 Aspectos psicológicos y matéricos de la arteterapia</u>	<u>53</u>
<u>2.7 Variables clínicas</u>	<u>56</u>
<u>2.8 Variables cognitivas</u>	<u>62</u>
<u>2.9 Envejecimiento</u>	<u>70</u>
<u>2.10 Institucionalización.</u>	<u>73</u>
<u>2.11 Demencia</u>	<u>74</u>
<u>2.11.1 Tipos de demencia</u>	<u>75</u>

<u>2.12 Estrategias y recursos de arteterapia</u>	<u>81</u>
<u>2.12.1 Arteterapia como estimulación cognitiva</u>	<u>83</u>
<u>2.12.2 Arteterapia como estimulación multisensorial (EMS)</u>	<u>93</u>
<u>2.12.3 Arteterapia como estimulación psicomotriz.</u>	<u>99</u>
<u>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</u>	<u>101</u>
<u>3.1 Tipo y diseño de investigación</u>	<u>101</u>
<u>3.2 Población y muestra</u>	<u>102</u>
<u>3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión</u>	<u>103</u>
<u>3.4 Definición conceptual de variables</u>	<u>104</u>
<u>3.5 Instrumentos</u>	<u>107</u>
<u>3.6 Procedimiento</u>	<u>112</u>
<u>3.6.1 Técnica de recolección de datos y procedimiento de información</u>	<u>112</u>
<u>3.6.2 Selección de participantes y reclutamiento</u>	<u>112</u>
<u>3.6.3 Ejecución del programa</u>	<u>116</u>
<u>3.7 Consideraciones éticas</u>	<u>120</u>
<u>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</u>	<u>122</u>
<u>4.1 Análisis estadísticos</u>	<u>122</u>
<u>4.2 Resultados</u>	<u>122</u>
<u>4.2.1 Datos sociodemográficos</u>	<u>122</u>
<u>4.2.2 Resultados sobre la salud cognitiva</u>	<u>123</u>
<u>4.2.3 Resultados sobre los estados de ánimo</u>	<u>126</u>
<u>4.2.4 Análisis de varianza para evaluar cambios en variables entre aplicaciones</u>	<u>128</u>
<u>4.3 Análisis sobre la respuesta a los talleres</u>	<u>130</u>
<u>4.4 Percepción de los voluntarios sobre el programa</u>	<u>131</u>
<u>4.5 Satisfacción de los cuidadores con el programa</u>	<u>136</u>
<u>4.6 Análisis de resultados</u>	<u>138</u>
<u>4.6.1 Sobre la Cognición</u>	<u>138</u>
<u>4.6.2 Sobre los estados emocionales</u>	<u>139</u>
<u>4.6.3 Aceptación y percepción del programa</u>	<u>141</u>
<u>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>143</u>
<u>5.1 Conclusiones</u>	<u>143</u>

<u>5.2 Recomendaciones</u>	<u>146</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA.</u>	<u>148</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>168</u>
<u>DIARIO DE CAMPO</u>	<u>179</u>

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Diferencias claves entre estado de ánimo positivo y negativo.....	61
Tabla 2 Etapas Clínicas de la Demencia	75
Tabla 3 Definición de las variables.	104
Tabla 4 Programa de actividades semanales	116
Tabla 5 Programa de actividades semanales de refuerzo	119
Tabla 6 Distribución por nivel de deterioro valorado por MoCA.....	124
Tabla 7 Subescalas MoCA	125
Tabla 8 Puntuaciones EVEA por ítem y por área	126
Tabla 9 Las pruebas multivariadas ómnibus de las medidas repetidas ANOVA.....	129
Tabla 10 Puntuaciones de las evaluaciones pre-test, post-test, y refuerzo.....	129
Tabla 11 Temas emergentes en los cuestionarios a los voluntarios sobre su percepción del programa	135
Tabla 12 Respuestas al cuestionario CSQ-8 sobre el nivel de satisfacción ante los talleres	136

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Modelo lógico de cómo se pueden unir las artes con la salud. Reporte 67 OMS, 2021</i>	26
Figura 2 “Un destello de miedo”, Paul Klee, 1939.....	43
Figura 3 Vincent van Gogh, Sorrowind old man, 1890.	44
Figura 4 La autómeta (1927, óleo sobre lienzo, Des Moines Art Center, Iowa. Colección Edmunson)	45
Figura 5 Graham Hill, A. K. (1918). Ruinas entre el Bosque de Bernafay y Maricourt (Ruins between Bernafay Wood and Maricourt, en inglés). Cuadro en exposición en el Museo de la Guerra Imperial (Imperial War Museums, IWM, en inglés) en Londres.....	46
Figura 6 Ejemplo de acordes cromáticos registrados por el Estudios de Eva Heller (Psicología del Color, 2007).....	54
Figura Clasificación de las propiedades de medios artísticos propuesta por Kagin y Lusebrink	55
Figura 8 Miriam Schapiro, Explode, 1972.....	85
Figura 9 Mandala elaborado por Jung: Sublimación visual de los siete sermones....	86
Figura 10 Taller de Dibujo alterno. Paciente dibujó a Eva a partir de un estímulo contrario	88
Figura 11 Evolución de autorretrato de William Utermohlen de 1967 a 2000 durante su deterioro neurocognitivo.....	89

Figura 12 Taller de máscaras en el Hogar San Pedro Nolasco	91
Figura 13 Taller de escritura terapéutica, Hogar Virgen de Loreto, 2024	92
Figura 14 Taller de musicoterapia con residentes de Hogar Virgen de Loreto	95
Figura 15 Círculo cromático de Goethe: “Los colores son actos de luz y actos de sufrimiento” (1810/1992).....	97
Figura 16 Sesión de modelado con arcilla, “el doble vientre”, MAI Center 2023 ..	100
Figura 17 Diagrama de flujo del procedimiento del estudio.....	115
Figura 18 Diagnósticos de enfermedades y condiciones de salud de los participantes	123
Figura 19 Resultados del Test de MoCA.....	125
Figura 20 Subescalas de la aplicación pre-test, post-test y post-post test del cuestionario EVEA.....	127
Figura 21 Taller/aspecto de mayor interés para los participantes	131
Figura 22 Cantidad de talleres asistidos.....	134
Figura 23 Impacto de los talleres en su vida personal	134

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Informe Social Mundial de las Naciones Unidas del 2023, emitido por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA), 761 millones de personas en el mundo tienen 65 años o más, lo cual se prevé que aumente a 1600 millones hacia el 2050. El aumento del envejecimiento se debe a la disminución de las tasas de nacimiento, el aumento de la esperanza de vida y la migración internacional que determina la velocidad, duración o disminución del crecimiento poblacional, así como los cambios en la distribución por edades. El envejecimiento poblacional avanza a un ritmo acelerado y ya ha superado los índices de natalidad e infancia. En 2020, el número de personas mayores de 60 años superó al de niños menores de 5, según el Informe de Envejecimiento y Salud de la OMS (2024). De acuerdo con el Reporte Mundial sobre Fertilidad (2024), la tasa global de nacimientos por mujer ha disminuido de manera continua en este siglo, pasando de 4,8 en 1970 a 2,2 en 2024, con una tendencia descendente hacia finales del siglo. En algunos países como China, Singapur, Corea del Sur y Ucrania, la tasa se ha reducido incluso a menos de un nacimiento por mujer.

En cuanto a la esperanza de vida, el informe del Departamento de División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial (2022), desde 1960 hasta 2022, presenta datos con un significativo aumento en aproximadamente 21 años, considerando factores como los avances médicos y los estilos de vida saludables. Sin embargo, este aumento no es lineal, ya que no todos los países poseen el mismo

aumento en la esperanza de vida. En la Figura 2, se observa la distribución de esperanza de vida por país según el informe del Banco Mundial (2022).

El Informe expone la necesidad de replantear políticas de atención, especialmente en servicios sociales, salud y atención, puesto que una población que envejece requiere mayores recursos y cuidados a largo plazo. Las necesidades asociadas al envejecimiento se observan principalmente en los países de ingresos bajos y medianos, que son quienes presentan mayores índices de envejecimiento, siendo los que mayoritariamente reportan recursos insuficientes o no adecuados para invertir en programas y estrategias de sostenimiento (World Population Aging, 2019).

Por otro lado, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el período 2021-2030 como la década del envejecimiento saludable. Como parte de esta iniciativa, se solicitó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el liderazgo de proyectos que incluyan gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, medios de comunicación, sector académico y privado, para que se lleven a cabo acciones concretas durante estos 10 años en torno a promover un envejecimiento saludable (OMS, 2020). Como soporte a esta solicitud, a través de un informe de progreso sobre la década de envejecimiento saludable emitido para el período 2021-2023, se proponen cuatro áreas puntuales de acción sobre las cuales los países miembros deben reportar progreso; las cuales son:

1. Área de acción 1: cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento. Con el propósito de eliminar el edadismo, se incluye a más del 60% de países preparados con mecanismos para promover y

proteger los derechos de las personas mayores, principalmente hacia las que han sufrido algún tipo de discriminación.

2. Área de acción 2: garantizar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, promoviendo el desarrollo de ciudades amigables a través de la RED Mundial de la OMS de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores (GNFACC por sus siglas en inglés).

3. Área de acción 3: ofrecer atención integrada centrada en cada persona y brindar servicios de salud primaria que respondan a las necesidades de las personas mayores, para lo cual propone una guía de atención integrada para personas mayores (ICOPE). ésta se enfoca en la funcionalidad y la capacidad intrínseca de la persona hacia su propia salud.

4. Área de acción 4: proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesitan, que incluya políticas regionales y locales enfocadas a la capacitación del recurso humano que dará soporte y cuidado.

Si bien es cierto que no todos los países están preparados para ejecutar estas acciones, existe un medidor de progreso con guía, que enfoca los esfuerzos e invita a promover un envejecimiento saludable como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El envejecimiento es un proceso natural que conlleva cambios y, dependiendo de las capacidades intrínsecas, el contexto, el sostenimiento familiar o la atención recibida, vendrá acompañado de mayores o menores deterioros físicos, neurológicos, psicológicos e incluso sociales. El enfoque está en promover la salud y la atención sociosanitaria de manera integral, considerando que muchas de las

características que determinan el envejecimiento pueden ser modificables. Sin este enfoque y esfuerzo, la vulnerabilidad es latente y el aumento de la necesidad de cuidados y acompañamiento puede sobrepasar la capacidad de sostenimiento que las familias pueden proveer (Beard et al., 2015). En este caso, los cuidadores determinan las normas básicas de atención, llegando en algunos casos a la decisión de institucionalizar a la persona mayor en hogares de acogida o albergues, donde dependiendo de la situación económica, tendrán o no condiciones adecuadas de atención y vivienda, lo cual puede convertirse en un proceso traumático que lleva incluso a su muerte (Sángari, 2016).

La persona mayor institucionalizada puede presentar una disminución en diferentes áreas de salud: disminución en las funciones cognitivas como memoria, atención, lenguaje, fluidez verbal, funciones ejecutivas, orientación y percepción. Por otro lado, puede presentar deterioro muscular por la falta de estimulación motriz, llegando a provocar el síndrome de inmovilidad, identificado en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10, M62.3), como el deterioro y descenso de la capacidad para ejecutar movimientos motores voluntarios en actividades de la vida diaria y que consecuentemente causa la pérdida de capacidad propioceptiva, hipotonía, aceleramiento de enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas, ulceraciones, atrofias, entre muchas otras patologías (Alonso, 2006). A esto se suman componentes emocionales como la ansiedad ante rutinas desconocidas, el estrés y el miedo por un entorno nuevo, la sensación de abandono por el fraccionamiento del vínculo familiar, que induce a estados depresivos. Por otro lado,

muchas de las instituciones no cuentan con el personal profesional o capacitado adecuadamente para la atención, presentando, por ende, maltrato, estigmatización o discriminación. Según una encuesta del BID realizada a cuidadores de personas mayores en América Latina, estos reconocen sufrir de sobrecarga y las estimaciones revelan que la relación de la calidad de vida del adulto mayor bajo el cuidado de una persona con altos niveles de sobrecarga se ve afectada; uno de cada 6 adultos mayores sufre de maltrato, a menudo de sus propios cuidadores. La Global Health Estimation (GHE, 2020) muestra que de las muertes por suicidio a nivel mundial, una cuarta parte (27.2%) se da en personas mayores de 60 años. Considerando que el objetivo fundamental de la existencia de hogares geriátricos está en sostener a una población que no puede residir en casa, el enfoque de estos debe orientarse hacia la calidad de vida, el bienestar, el mantenimiento de la autonomía y la participación activa de sus residentes, independientemente de la discapacidad o funcionalidad que posean (Palacios, et al. 2023), por lo que cada vez más se puede encontrar la alternativa de integrar actividades artísticas o terapias basadas en el arte para promover esta participación activa de las personas que residen en hogares o albergues de mediana y larga estancia.

Para abordar las afectaciones de personas institucionalizadas, se ha propuesto la ejecución de diferentes actividades como musicoterapia, escritura terapéutica, dibujo, pintura, danza, psicodrama, etc. Estas actividades están siendo paulatinamente aceptadas como tratamiento, principalmente en procesos traumáticos. Uno de los motivos por los cuales se contempla el arte como terapia, es debido a que el 90% de la

comunicación humana es no-verbal, incluyendo el lenguaje corporal, tono de voz, y contacto visual (Mehrabian, 2017).

Algunos estudios evidencian que el arte mejora el estado de ánimo de las personas mayores disminuyendo niveles de ansiedad, depresión y estrés. Las investigaciones señalan que estas actividades de estimulación artística en estas poblaciones vulnerables contribuyen también en el fortalecimiento del autoestima, habilidades y destrezas motoras, flexibilidad de pensamiento, autoconocimiento, empatía, creatividad e imaginación, entre otros (Covarrubias Oppliger, 2006; Lelchuk Staricoff, s.f.). Las investigaciones sobre las actividades terapéuticas manuales o artísticas, “intencionadas”, las proponen como actividades factibles de ser incorporadas en evaluaciones, tratamientos y mantenimiento de funciones físicas de pacientes con enfermedades físicas o neurodegenerativas, abriendo así un camino multidimensional de herramientas adicionales, complementarias y funcionales (Luco, 2016; Tapia et al., 2022).

Por ende, el objetivo general de esta tesis de licenciatura fue evaluar el impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024.

El primer capítulo de esta tesis incluye el planteamiento del problema, en donde se detallarán los antecedentes, objetivos, hipótesis y justificación del proyecto. En el segundo capítulo se detalla la revisión bibliográfica. El tercer capítulo contempla la metodología empleada en la investigación. El cuarto capítulo explica los resultados y

análisis estadísticos. Y, por último, el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones.

1.1.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

El interés por las artes en la atención a personas mayores continúa en aumento, acompañado de un creciente número de publicaciones. Mientras los primeros estudios (Smith, 1986; Clair, 1996) se centraban en la cognición, investigaciones más recientes incluyen también el bienestar psicológico, la calidad de vida y la socialización (Phillips, 2010). En 2022, Tapia, Muñoz y colaboradores presentaron un documental de revisión descriptiva sobre arteterapia y envejecimiento, en el que concluyen que si bien la evidencia sigue siendo limitada, el uso de mecanismos artísticos representa una herramienta válida para estimular procesos psicológicos, físicos y emocionales en personas mayores. La creatividad tiene un papel crucial en la salud individual y colectiva (Ávila-Valdez, 2021). Sin embargo, uno de los principales conflictos entre el arte y la salud es la escasez de investigaciones sistemáticas: aunque en la práctica se observan efectos positivos, aún no existe una metodología unificada que permita obtener resultados estandarizados. Muchas de las técnicas aplicadas mantienen un carácter experimental, lo que limita su aceptación en foros de salud. No obstante, este campo continúa en expansión, con esfuerzos cada vez más sólidos para elevar los estándares de sistematización e integrar el arte como metodología de tratamiento en centros de atención sanitaria (Ávila-Valdez, 2021).

En cuanto al impacto del arteterapia en la salud cognitiva, mental y física de las personas mayores, diversas investigaciones señalan que la práctica artística durante el envejecimiento favorece el mantenimiento de la mente y el cuerpo frente a posibles enfermedades degenerativas. Además, la inclusión cultural promueve una mejor calidad de vida y bienestar, mientras que la participación activa en actividades artísticas incrementa la percepción de felicidad, la sensación de logro y el sentido de pertenencia social (Martínez et al., 2024).

Atención integral, capacidad intrínseca y artes en salud

Las estrategias de atención integral, como las promovidas por la OMS a través del programa ICOPE (2023), enfatizan la importancia de detectar y estimular la capacidad intrínseca de las personas mayores, entendida como el conjunto de recursos físicos, psicológicos y cognitivos que permiten su interacción con el entorno. Esta capacidad varía con la edad y los hábitos de vida, pero no depende exclusivamente de la edad cronológica, sino también de factores como el contexto social, la cultura, la familia, la nutrición, el ejercicio y la presencia de enfermedades. Una evaluación temprana de estos factores es esencial, dado que muchos son modificables mediante intervenciones preventivas y programas multifactoriales que incluyan ejercicio, nutrición adecuada, manejo de enfermedades y adaptaciones en el entorno.

En este marco, las actividades manuales intencionadas han demostrado ser útiles para mantener y potenciar funciones físicas, cognitivas y emocionales, especialmente en pacientes con enfermedades neurodegenerativas. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) las incorpora como parte de la evaluación

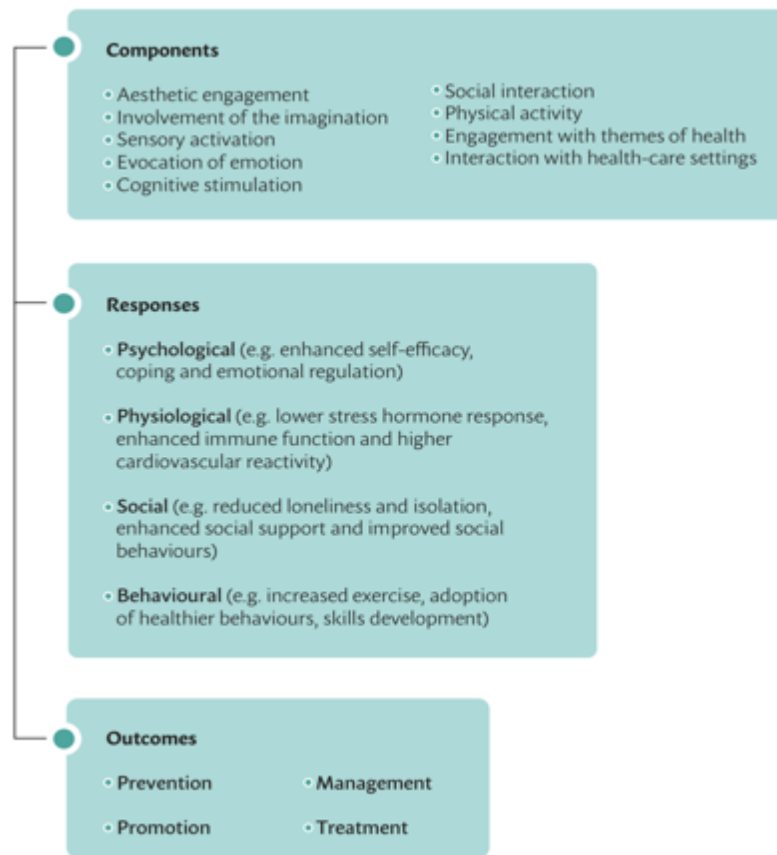
y tratamiento, resaltando su valor para integrar sistemas funcionales y mejorar la autorregulación. Esta visión se remonta a los aportes del psiquiatra William Rush Dunton, quien a inicios del siglo XX impulsó el uso de actividades creativas en entornos hospitalarios para favorecer la salud física y mental.

Entre las intervenciones artísticas, destacan la musicoterapia, escritura terapéutica, pintura, danza y psicodrama, cada vez más aceptadas como recursos coadyuvantes, sobre todo en procesos traumáticos y de salud mental. Dado que gran parte de la comunicación humana es no verbal (Mehrabian, 2017), el arte abre canales expresivos y emocionales alternativos. Por ejemplo, la música puede reducir significativamente la ansiedad, como lo mostró el estudio de Marconi Union y la Academia Británica de Terapia del Sonido (Lewis-Hodgson, 2011).

La evidencia científica respalda estos efectos. En 2019, la OMS Europa publicó un informe que analizó más de 3,000 estudios sobre artes y salud, concluyendo que actividades como escuchar música, bailar o pintar generan beneficios físicos, emocionales y sociales, desde la regulación del estrés y fortalecimiento inmunológico hasta la reducción de la depresión y el aislamiento (Östlin, 2020; Fancourt, 2019).

Figura 1

Modelo lógico de cómo se pueden unir las artes con la salud. Reporte 67 OMS, 2021.



Las artes en salud muestran efectos positivos en múltiples contextos: reducen ansiedad y dolor en el embarazo y postparto; apoyan a niños y jóvenes con trastornos mentales; complementan tratamientos farmacológicos en adultos con psicosis; favorecen el desarrollo de prematuros; potencian la rehabilitación motora; disminuyen la ansiedad en cirugía; mejoran la comunicación en personas neurodivergentes; y benefician a pacientes mayores y con demencia, incluso en etapas avanzadas. Programas como *Dance for PD* han mostrado mejoras en el equilibrio y la marcha de personas con Parkinson y esclerosis múltiple.

En suma, las artes constituyen un recurso terapéutico transversal, capaz de incidir en lo psicológico (autoeficacia, afrontamiento, regulación emocional), lo fisiológico (reducción de cortisol, mejor inmunidad, activación cardiovascular), lo social (reducción de soledad y aislamiento) y lo conductual (incremento de hábitos saludables). Esto las posiciona como un aliado clave en la promoción del bienestar y en la atención integral de las personas en todas las etapas de la vida.

En cuanto a las personas institucionalizadas, una revisión sistemática realizada por Curtis y Gibson (2018), analizó el impacto de las artes en la salud y el bienestar de personas mayores residentes en albergues. De un total de 1090 documentos revisados, se seleccionaron 74 artículos de estudios relevantes. El 83% correspondió a estudios cuantitativos, 11% a cualitativos y 6% a diseños mixtos. Entre los cuantitativos, el 38% empleó diseños pre y post sin control, el 23% ensayos clínicos aleatorizados (ECA), el 17% diseños cuasiexperimentales y uno fue de cohorte retrospectivo. Los estudios aplicaron principalmente musicoterapia (68%), seguida de actividades multisensoriales (11%), diálogos hablados o escritos (8%) y manualidades (8%). Casi la mitad (45%) se enfocó en conductas de salud; un 24% analizó la reducción de conductas agitadas y síntomas de demencia; y otro 24% estudió el bienestar psicológico (ansiedad y depresión). Otras evaluaciones incluyeron cognición (14%), autocuidado (13%) y calidad de vida (11%). En total participaron 2086 personas mayores, con una edad media de 84 años (rango 64–87.5). En cuanto a resultados, un 9% de los estudios reportó cambios significativos en la conducta y síntomas asociados con la demencia, aunque ninguno mostró efectos relevantes directamente sobre la sintomatología. En

depresión, nueve estudios evidenciaron reducciones significativas y mejoras sostenidas en el estado de ánimo, como lo demostraron Suzuki (1998) y Hilliard (2004), quien además observó mayor longevidad en quienes participaban en musicoterapia. En cognición, las intervenciones con música se asociaron a mejoras en MMSE y reducción de recuerdos negativos, aunque otras actividades, como el teatro, no mostraron beneficios en memoria de trabajo (Noice & Noice, 2006). Solo un estudio (Koike et al., 2012) reportó mejoras físicas en presión arterial y temperatura.

La evolución de la literatura refleja un cambio en el enfoque: los primeros estudios (Smith, 1986; Clair, 1996) se centraron en cognición, mientras que los posteriores ampliaron su mirada hacia bienestar psicológico, calidad de vida y comunicación social (Phillips, 2010). Otros estudios cualitativos han seguido esta línea mostrando que el arte mejora el bienestar, salud y calidad de vida, así como un fortalecimiento de la identidad personal y de la socialización entre residentes y cuidadores (Billington et al., 2013). Más recientemente, Tapia y Muñoz (2022) presentaron un análisis documental basado en literatura científica y métodos histórico-lógicos y analíticos, donde concluyen que, aunque aún es limitada la evidencia, la arteterapia constituye una herramienta potencialmente útil para estimular la actividad cognitiva y favorecer procesos psicológicos, físicos y emocionales en adultos mayores.

Otros estudios han evaluado los efectos de la arteterapia y de programas de estimulación creativa en personas mayores con demencia o enfermedad de Alzheimer, mostrando resultados consistentes en la mejora del bienestar emocional y cognitivo. En Estados Unidos, Rentz (2002) presentó el programa *Memories in the Making*,

implementado con 41 adultos mayores institucionalizados con demencia. Los resultados preliminares evidenciaron un aumento en el bienestar y la autoestima. Posteriormente, Kinney y Rentz (2005) realizaron una evaluación cuasiexperimental del mismo programa, observando mejoras significativas en interés, atención, placer y autoestima de los participantes. De forma complementaria, Staal et al. (2007) desarrollaron un estudio experimental aleatorizado en 24 pacientes con demencia moderada a severa en un hospital de Nueva York. La intervención multisensorial y multiartística (MSBT) mostró efectos positivos en la autonomía para actividades de la vida diaria, así como en la reducción de la apatía y la agitación.

Por otro lado, en Europa, específicamente en Croacia, se llevó a cabo un estudio experimental con 16 pacientes con diagnóstico de Alzheimer (Oresnik 2008). El grupo que recibió terapia cognitiva creativa adicional presentó mejoras cognitivas significativas, confirmando que la estimulación mental ralentiza el deterioro. De forma similar, Ozdemir (2009), en Turquía, evaluó la estimulación multisensorial (pintura, música y vídeos) en 27 pacientes con Alzheimer leve. Los resultados mostraron mejoras en cognición, depresión y ansiedad, con efectos sostenidos hasta tres semanas después de la intervención. Recientemente, se realizó un estudio para determinar el efecto de la arteterapia sobre el estado cognitivo y el bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas (Ozge et al., 2025). Este estudio se llevó a cabo con 42 personas mayores, residentes en 3 albergues en Turquía. Incluyó un grupo control $n = 21$ y experimental $n = 21$, a quienes se aplicó pre y post Mini Mental Test (MMSE) y una escala de bienestar psicológico (PWBS). Los resultados encontraron una mejoría

en la cognición después del programa de arteterapia, recomendando a la arteterapia como herramienta de intervención de desarrollo moderado.

Por otro lado, en Luxemburgo, se analizó la aplicación de arteterapia en adultos mayores con distintos grados de deterioro cognitivo y dependencia (Ciccarello, 2010). Aunque la heterogeneidad de la muestra limitó la generalización, se observaron beneficios en memoria, autoestima y estado de ánimo, recomendándose aumentar el número de sesiones para consolidar los efectos. En otra investigación Europea, en España (Dominguez-Toscano, 2017), se observaron mejoras significativas en el estado funcional, cognición, la calidad de vida y la reducción de la depresión en el grupo de intervención. Además, los resultados cualitativos mostraron que hubo un incremento en la autoestima, fortalecimiento emocional, motivacional, actitudinal y relaciones interpersonales en las personas participantes en el programa. Otro estudio similar cuasiexperimental de (Hebl & Enright 1993), realizado en 20 personas mayores (50-95 años) residentes en un asilo, quienes participaron en ocho sesiones de cerámica basadas en técnicas orientales, mostró que hubo una reducción significativa en depresión, incrementos en autoestima y una ligera disminución en ansiedad en comparación con el grupo control.

De manera similar, en Asia, se han llevado a cabo estudios sobre arteterapia en personas mayores. En Corea del Sur se evaluó una intervención arteterapéutica con 38 adultos mayores en fase leve de demencia (Kang, 2010). El estudio, de carácter cuasiexperimental, evidenció mejoras tanto en aspectos cognitivos como emocionales, resaltando la necesidad de un abordaje integral que contemple la calidad de vida y la

estabilidad psicológica de los participantes. Igualmente, en Indonesia, se llevó a cabo un estudio piloto sobre la viabilidad y efectividad de actividades artísticas en adultos mayores con depresión, residentes en un asilo (Roswiyani, 2016). El programa consistió en 12 sesiones de 90 minutos, aplicadas a un grupo experimental y comparadas con un grupo control. Los resultados evidenciaron disminución en síntomas depresivos y aumento en el bienestar subjetivo en el grupo experimental. Aunque no se observaron cambios en la función cognitiva, las entrevistas posteriores revelaron mejoras en la expresión emocional, la cooperación y la disposición a participar en nuevas actividades.

En años recientes, la aplicación de diversas iniciativas sobre arteterapia como programas, talleres, creación de centros, programas académicos, ha mostrado muy buenos resultados en cuanto a la participación de adultos mayores en actividades culturales y artísticas. En Chile, la Fundación Teatro a Mil desarrolló la iniciativa *Al teatro*, dirigida a personas mayores de 60 años y sus familias. Este programa ofrece obras de teatro histórico y cultural, con el fin de promover la participación social, la expresión emocional y la conexión intergeneracional en un entorno psicodramático.

En España, instituciones como el Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios de la Universidad de Valencia, el Museo de Arte Contemporáneo (MACA) y la Diputación de Alicante, han implementado programas de arteterapia orientados a personas mayores con deterioro cognitivo leve, enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Ávila & Hernández, 2017; Badía, 2017). La incorporación de la creatividad se asocia con un envejecimiento satisfactorio (Shmid, 2005), favoreciendo

la inserción social, el bienestar, la reducción de la ansiedad y un mejor afrontamiento de la muerte. Las investigaciones sobre actividades artísticas intencionadas, respaldan su utilidad como parte de evaluaciones, tratamientos o mantenimiento de funciones físicas y cognitivas en pacientes con enfermedades físicas o neurodegenerativas, abriendo un camino multidimensional en la atención en salud (Luco, 2016; Tapia et al., 2022). La frecuencia semanal de estas actividades también influye positivamente en el rendimiento cognitivo.

En el Reino Unido destacan diversas iniciativas, entre ellas *Arts for Health* de la *Manchester Metropolitan University*, el centro más antiguo dedicado a investigar el impacto de las artes, la cultura y la creatividad en la salud (World Healthcare Congress, 2019). Asimismo, el *Centre for Medical Humanities* de la *Durham University* investiga lo que denomina “experiencia oculta”, a través del programa *pensar, sentir, imaginar*, dirigido por la Dra. Corinne Saunders, el cual explora cómo la literatura, la música, la danza y el teatro contribuyen al pensamiento, la emoción, la memoria y la imaginación. También, el *Arts and Humanities Research Council* (AHRC, UKRI) ha financiado investigaciones originales sobre arte y salud, particularmente durante la pandemia de COVID-19. A estas iniciativas se suma el *Centre for the Arts as Wellbeing* en la *University of Winchester*, entre muchos otros proyectos relevantes.

En España, las carreras de artes en salud y arteterapia se han consolidado a nivel de maestrías y doctorados, ampliando las posibilidades de investigación y aplicación clínica. Este desarrollo ha favorecido un cambio de perspectiva, incorporando la multidisciplinariedad y la complejidad propias de la creatividad aplicada a la salud

(Boydell et al., 2012). En Inglaterra, por su parte, la *University of the West of England* ha impulsado un modelo de intercambio de información e investigación sobre arte y salud. En este contexto, el consultor artístico Willis Newson propuso el programa *Creativo y Creíble*, cuyo objetivo es apoyar a organizaciones en la evaluación de proyectos, la toma de decisiones informadas y el fortalecimiento de la base de evidencia en este campo.

En Panamá, el Ministerio de Desarrollo Social ratificó, en marzo del 2023, su compromiso para mantener en alto reconocimiento el respeto a los derechos humanos de las personas mayores. Su principal objetivo, es crear espacios adecuados que promuevan una calidad de vida a través de actividades sanas y de beneficio para su salud física y mental. Existe un plan nacional que crea mesas de trabajo para atención a las personas mayores y sus derechos humanos, conformadas por la CSS (Caja de Seguro Social), MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), MINSA (Ministerio de Salud), MEDUCA (Ministerio de Educación), MEF (Ministerio de Economía y Finanzas), MITRADEL (Ministerio de Trabajo), INADEH (Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano), PANDEPORTES (Instituto Panameño de Deportes), Comité Ecuménico, Federación de Asociación de Jubilados, Pensionados y 3ª Edad de Panamá, Confederación Nacional de Jubilados y Pensionados de Panamá, Conferencia Episcopal Panameña, Comisión de trabajo, salud y desarrollo social de la Asamblea Nacional, Universidad del Trabajo y la 3ª edad.

La Ley 228 del 23 de junio del 2021 crea el programa denominado “Casa de día”, a través del cual se crean espacios de atención diaria, con calendario de

actividades permanentes, donde las personas mayores pueden acudir por el tiempo que requieran. Dentro de sus actividades lúdicas se incluye la arteterapia y otras actividades culturales y deportivas adaptadas a su edad.

Pese a que los datos de envejecimiento global del 2015 colocan a Panamá en una 20ª posición privilegiada, en cuanto al bienestar de las personas mayores de 60, comparado con el resto de países analizados, el problema es mucho más evidente, pues de acuerdo a un informe de la Dirección de Unidad Especializada de la Defensoría del Pueblo realizado en 2021, en conjunto con la unidad de Mecanismo Nacional para la prevención de tortura, basado en la visita a los 75 albergues de personas mayores existentes en el país, se encontró que de las personas institucionalizadas en casas diurnas, hogares y albergues a nivel nacional, el 34.3% no presenta condiciones adecuadas y se convierte en un riesgo más que en una solución; y el restante 65.7% son casas acondicionadas para funcionar como centros de cuidados. Por lo tanto, no se sostiene el argumento de que Panamá, por ser una sociedad capitalista y a nivel global, marque una posición privilegiada y la población adulta mayor goce de mejores condiciones de vida.

Actualmente, se encuentra en debate la ley que regula el ejercicio de la arteterapia en Panamá, bajo la Comisión de Trabajo, Salud y Desarrollo Social y siendo la proponente la H. D. Dra. Yarelis Rodríguez.

La Fundación MAI Panamá, creada en el 2017 y legalizada en el 2022, viene brindando atención terapéutica basada en técnicas arteterapéuticas como la musicoterapia, pintura, danza, cerámica, collage, dibujo, etc., y suma ejercicios de

terapia ocupacional o psicomotricidad para grupos de personas mayores institucionalizadas en albergues públicos. En los talleres de arteterapia se han creado espacios terapéuticos en lugares donde no hay acceso a dicha terapia; suma además un equipo de voluntarios comprometidos que acompañan los talleres y se convierten en “nietos temporales” de las personas institucionalizadas con el objetivo de crear algún tipo de vínculo. El programa, a pesar de ser ampliamente aceptado, necesita ser documentado y medido.

Como parte de las iniciativas de Fundación Mai, en el año 2021 se realizó una investigación a pequeña escala en la Universidad Santa María la Antigua sobre los efectos de las técnicas arteterapéuticas en cuidadores de adultos mayores durante la pandemia (Yáñez, 2021). Este estudio participó en el Congreso APANAC 2021 organizado por la SENACYT y fue merecedor de un premio, con lo cual se dio el primer paso para crear un camino hacia la investigación de los métodos arteterapéuticos y su efecto en espacios vulnerables en Panamá.

1.1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024.

1.1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los cambios en el estado de ánimo, específicamente síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y alegría de las personas mayores institucionalizadas antes y después de la ejecución del programa de arteterapia.
- Medir los cambios en el estado cognitivo de las personas mayores antes y después de la aplicación del programa de arteterapia.
- Evaluar la satisfacción de los cuidadores del albergue sobre el programa de arteterapia aplicado.
- Describir la percepción de los voluntarios que apoyan en la ejecución del programa de arteterapia.

1.1.3. HIPÓTESIS

1. Hi: Las técnicas arteterapéuticas, aplicada en personas mayores institucionalizadas, mejora los estados de ánimo y disminuye los niveles de depresión, ansiedad y hostilidad. Como consecuencia, los cuidadores sienten apoyo en sus labores, se sienten satisfechos con el programa y se provoca el establecimiento de una relación sana entre las personas mayores y los voluntarios.

Ho: Las técnicas arteterapéuticas, aplicada en personas mayores institucionalizadas, no mejora los estados de ánimo ni disminuye los niveles de depresión, ansiedad y hostilidad.

2. Hi: Las técnicas arteterapéuticas, aplicada en personas mayores institucionalizadas, mejora la cognición global. Como consecuencia, los cuidadores

sienten apoyo en sus labores, se sienten satisfechos con el programa y se provoca el establecimiento de una relación sana entre las personas mayores y los voluntarios.

Ho: Las técnicas arteterapéuticas, aplicada en personas mayores institucionalizadas, no mejora la cognición global.

1.1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de esta hipótesis, surge la pregunta: ¿Cuál es el impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024?

Además, se plantean las siguientes preguntas basadas en los objetivos específicos:

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los cuidadores del albergue sobre el programa de arteterapia aplicado?
- ¿Cuál es la percepción de los voluntarios que apoyan en la ejecución del programa de arteterapia?

1.1.5. JUSTIFICACIÓN

En Panamá y en la región latinoamericana, las intervenciones arteterapéuticas aún no son reconocidas como necesarias ni viables en los entornos terapéuticos. La experiencia existente es escasa e informal, con algunas aplicaciones en contextos clínicos, pero muy limitada en investigación.

La OMS ha resaltado el valor de la cultura y las artes como recursos con impacto psicológico, fisiológico, social y conductual, útiles tanto en la prevención

como en el tratamiento de enfermedades (Fancourt, 2024). En este marco, la arteterapia dirigida a personas mayores requiere de un reconocimiento legal y formal como parte de las actividades multidisciplinarias de atención, más allá del enfoque farmacológico. Su incorporación contribuiría a promover un envejecimiento activo y saludable y, por ello, debe ser visibilizada, apoyada y estimulada por instituciones públicas, privadas y estatales, así como por la sociedad en general (Katrin et al., 2022).

En el caso de las personas mayores institucionalizadas, la arteterapia puede resultar especialmente beneficiosa, ya que en esta población son frecuentes el aislamiento, la soledad, la ansiedad, la depresión y la inactividad física y mental, como factores asociados a un mayor riesgo de deterioro neurocognitivo. La pandemia por COVID-19 agravó esta situación, generando secuelas psicológicas significativas a pesar de las medidas de protección y bioseguridad. En Panamá, además de un número considerable de fallecidos en albergues (Informe País, 2021), el aislamiento y el distanciamiento físico incrementaron el impacto en la salud mental.

Según datos del INEC, antes de la pandemia existían 81 albergues de adultos mayores en Panamá con 1,605 residentes. Para 2021, el MIDES reportó 75 albergues con 1,542 personas, presentándose una reducción asociada directamente al impacto del COVID-19. Paralelamente, las proyecciones demográficas advierten un aumento acelerado del envejecimiento: actualmente hay 563,641 personas mayores registradas en Panamá, equivalente al 13.9% de la población; para 2050 se estima que superarán el millón, alcanzando el 24% del total nacional.

En este contexto, se hace necesario incorporar programas que prioricen las necesidades de las personas mayores, especialmente las institucionalizadas, donde persisten limitaciones de recursos, personal y condiciones de atención, sobre todo en instituciones públicas. Este estudio piloto busca sentar las bases para comprender los efectos de la arteterapia en comunidades vulnerables, promoviendo la apertura hacia nuevas investigaciones, publicaciones y manuales de intervención que integren el arte como recurso terapéutico para la salud física y mental de la población panameña.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Definición

La Asociación Americana de Arteterapia (AATA, 2023), define la arteterapia como una profesión de la salud mental que utiliza la creatividad y el “hacer arte” como una experiencia orientada al bienestar, particularmente útil en situaciones de crisis al facilitar la expresión más allá del lenguaje verbal mediante metáforas y recursos no verbales. De manera complementaria, *Proceedings of the National Academy of Sciences* destaca su aplicación en poblaciones diversas, como pacientes con cáncer, personas en aislamiento y veteranos militares con trastorno de estrés postraumático, así como en el control del dolor (Beans, 2019; AATA).

Por su parte, la Asociación Británica de Arteterapia (BAAT, 2025) la concibe como una forma de psicoterapia que emplea medios visuales y táctiles como canales de expresión y comunicación personal. Según esta definición, la arteterapia busca acompañar a personas de todas las edades y capacidades en la elaboración de sentimientos complejos, fomentando la autoconciencia y el crecimiento. Por otro lado,

en el ámbito iberoamericano, la Asociación Española de Arteterapia (ATE, 2025) la entiende como una profesión basada en aplicaciones psicoterapéuticas que promueve cambios significativos en el desarrollo y bienestar de los individuos a través de las artes, integrando cuatro técnicas principales: arteterapia, musicoterapia, dramaterapia y danzaterapia.

Finalmente, Moreno (2016) subraya la función del arte como mediador en contextos de vulnerabilidad, capaz de generar espacios de inclusión social, facilitar el diálogo y promover la conciencia de las propias capacidades como recurso para el desarrollo personal.

2.2. Antecedentes históricos:

En la antigua Grecia, tanto en el ámbito mitológico como en el histórico, el arte estuvo presente en la formación de la personalidad, tanto individual como social. Los relatos idílicos, los conflictos y sus resoluciones, así como el diálogo socrático y filosófico, se convirtieron en pilares para la construcción del pensamiento y de la organización social. De igual forma, el arte y la música tuvieron un papel determinante en el desarrollo de las culturas egipcia, hebrea y romana, donde la música, la pintura y el teatro emergieron como vehículos de expresión de delirios, fantasías y tragedias.

Aún más antiguos son los registros de la prehistoria, donde la percusión y los ritmos se empleaban como métodos de comunicación antes de la aparición del lenguaje. Las improvisaciones sonoras, el uso de tambores, la pintura corporal y los rituales tribales con fines mágicos, curativos o religiosos constituyen otros referentes tempranos del poder simbólico y social del arte.

2.2.1 El Arte de Los Locos

Hans Prinzhorn, psiquiatra alemán, exploró la relación entre el arte y la locura mediante el análisis de más de 5,000 obras realizadas por pacientes psiquiátricos del hospital de Heidelberg. Su interés fue determinar si el arte podía funcionar como mediador entre la enfermedad mental y la realidad. En su estudio, que incluyó la colaboración de otros hospitales de Alemania, Austria, Holanda, Italia, Japón y Estados Unidos, participaron 450 pacientes: 75% con esquizofrenia, 8% psicópatas, 6% con parálisis, 4% con epilepsia y 4% con déficit cognitivo.

La colección, publicada en 1922 bajo el título *Las obras plásticas de los enfermos mentales. Contribución a la psicología y la psicopatología de la acción de dar forma*, reveló que ciertas producciones solo podían surgir desde estados particulares de la mente, generando una “extrañeza perturbadora” en el espectador (Cerezo, 2019). Prinzhorn identificó seis pulsiones básicas en estas creaciones: el impulso psicótico expresivo, el lúdico, el de ornamentación compulsiva, el de orden pautado, el de copia obsesiva y el de simbolismo. Para él, mientras el artista conserva un vínculo con la humanidad a través de sus obras, el esquizofrénico lo rechaza, ya que recuperarlo implicaría el inicio de la sanación.

Figura 2

“Un destello de miedo”, Paul Klee, 1939.



Las investigaciones de Prinzhorn impactaron a artistas como Paul Klee, profesor de la Bauhaus, quien consideró que estas obras debían ser tomadas en serio, pues revelaban un universo intermedio entre la sinrazón, los sueños y la creación simbólica. Sin embargo, su legado se vio oscurecido durante el nazismo, cuando el denominado *arte de los locos* fue catalogado como “arte degenerado” y utilizado en el marco del Programa T4, que condujo al exterminio de 70,000 personas consideradas “vidas indignas de ser vividas” (Massin, 1996). Pese a este episodio, el arte vinculado a la locura se transformó en una forma de resistencia, reivindicación de la dignidad del enfermo mental y defensa de la libertad creativa (Cerezo, 2019). Posteriormente, el psiquiatra Gastón Ferdière recuperó la obra de Prinzhorn, defendiendo la cercanía entre surrealismo y esquizofrenia. En el hospital Sainte-Anne replicó el experimento, alentando a los pacientes a desarrollar su capacidad creativa, tomando como referentes

a Van Gogh y Dalí, cuyas producciones cargadas de elementos oníricos fueron interpretadas como expresiones de su enfermedad mental (Bolaños, 2007).

Figura 3

Vincent van Gogh, Sorrowind old man, 1890.



A partir de la Segunda Guerra Mundial, el arte comenzó a reconocerse por su influencia en la conducta humana, ya sea como herramienta ideológica o como medio terapéutico. En hospitales se utilizó para elevar la moral de soldados y civiles con PTSD (trastorno por estrés postraumático), constituyendo uno de los primeros antecedentes del uso consciente del arte y la música con fines terapéuticos. Las secuelas emocionales de la guerra marcaron su expresión artística, volviéndola reflejo de la soledad, la locura y la oscuridad. Ejemplo de ello es Edward Hopper (1882-1967), cuyas obras transmiten desolación, como en *La autómeta* (1927) (Gallego, 2022).

Figura 4

La autómata (1927, óleo sobre lienzo, Des Moines Art Center, Iowa. Colección Edmunson)



El historiador Aby Warburg (1866-1929) retomó los estudios de Hans Prinzhorn, denominándolos “Psicología de la expresión”, mientras debatía si podían considerarse arte. Afectado por un Trastorno Bipolar, Warburg repetía imágenes de rituales americanos con influencias manieristas; sus planteamientos inspiraron a los expresionistas abstractos y a la *Beat Generation*, movimiento cultural estadounidense de los años cincuenta, que rechazaba el materialismo y la represión posguerra, privilegiando la libertad creativa y espiritual influenciada por el existencialismo, el budismo y el jazz (Comas, 2024). La obra de Prinzhorn se convirtió así en fuente de inspiración para artistas que exploraban las profundidades de la mente enajenada, como Dubuffet (1944).

El inicio formal de la arteterapia se atribuye al oficial Adrian Hill (1895-1977), excombatiente de la Primera Guerra Mundial, quien utilizó el dibujo para expresar su sufrimiento y alentó a sus compañeros a hacer lo mismo. En 1939, al participar en

programas de terapia ocupacional en un hospital, descubrió que “el arte puede sanar”, ayudando a los pacientes a ordenar sus pensamientos y aliviar la angustia. Sus obras se exhiben hoy en el Museo Imperial de la Guerra en Londres, consolidándolo como pionero de la arteterapia (Collings & Fleming, 2017).

Figura 5

Graham Hill, A. K. (1918). Ruinas entre el Bosque de Bernafay y Maricourt (Ruins between Bernafay Wood and Maricourt, en inglés). Cuadro en exposición en el Museo de la Guerra Imperial (Imperial War Museums, IWM, en inglés) en Londres.



2.3. El psicoanálisis como antecedente de arteterapia:

En la década de 1920, el psicoanálisis de Freud introdujo al arte como vía de sublimación de los conflictos inconscientes. Aunque no lo incluyó entre sus “tres vías regias” hacia el inconsciente, recurrió a artistas y obras para comprender la fantasía, los sueños y los mecanismos de defensa. Para Freud, el arte es un medio de confrontar deseos reprimidos, un espacio donde la fantasía se hace realidad y se reconcilian los

principios del placer y de la realidad (Freud, 1905–1906, 1995). Ejemplificó esta función en *Hamlet*, donde el espectador se identifica con el héroe y logra una catarsis simbólica frente a temas como la religión, la política o la sexualidad (Klein, 2011). Según Freud, la creación artística presenta tres rasgos: la presencia de un héroe, el conflicto como experiencia universal y la sublimación de lo reprimido. Comparó este proceso con el juego infantil, donde el niño transforma deseos y fantasías en representaciones que aunque atenuadas, mantienen su esencia (Freud, 1917–1996).

Carl Jung amplió esta perspectiva, inspirado por Kant, Schopenhauer, Nietzsche y Schiller. Para él, el arte no solo expresaba conflictos sexuales reprimidos, sino también lo sublime, en tanto fuerza transformadora del alma (Kant, 1790). Definió el arte como un complejo autónomo que emerge del inconsciente colectivo, cargado de experiencias y energía emocional que buscan expresarse en imágenes y símbolos (Jung, 1995). Estos símbolos, o arquetipos, estructuran la experiencia afectiva y se manifiestan en la obra artística como expresión del “sí mismo” o proceso de individuación. Así, el arte opera como contenedor simbólico y vehículo de conciencia, permitiendo al ser humano reconocerse en lo que siente, vive y es (Domínguez Regueira, 2018).

En 2012, el Museo de la Universidad de Oglethorpe en Atlanta exhibió 40 obras de pacientes de Jung, resguardadas durante más de 20 años en el Instituto Carl Jung de Suiza. La muestra destacó el uso de mandalas como reflejo del psiquismo y símbolo de totalidad, recurso que Jung empleaba para fomentar introspección, integrar el yo con la conciencia y favorecer la individuación. Para él, el dibujo sistemático de mandalas

permitía a los pacientes proyectar angustias y deseos, evidenciando la transición de la mente a la obra (*El libro rojo*, 2012).

En Estados Unidos, Margaret Naumburg consolidó la arteterapia al incorporar la técnica freudiana de asociación libre a través de imágenes, juegos y pintura. Su método, *Dynamically Oriented Art Therapy* (Naumburg, 1966), permitió elaborar emociones mediante la expresión espontánea y abrió el camino a la formación de la disciplina como intervención clínica (Junge, 2015). Junto al Dr. Nolan, impulsó además la Escuela Walden (1914), donde el arte se integró a la educación como medio de exploración emocional y desarrollo personal, contribuyendo a difundir la arteterapia desde los años cuarenta hasta los ochenta (López, 2016).

Edith Kramer (1916–2014), pintora y psicoanalista, trabajó con niños en la escuela Wiltwyck de Nueva York, proponiendo que los impulsos destructivos podían sublimarse en acciones creativas. En *Art Therapy in a Children's Community* (1958), defendió la centralidad del proceso artístico sobre el resultado y subrayó el rol del terapeuta como mediador —la “tercera mano”— en la elaboración del conflicto. Fundó el programa de posgrado en arteterapia en la Universidad de Nueva York (1976), dejando un legado clave en la sistematización de la disciplina (Bustamante & Azcuénaga, 2021; Henley, 2024).

Marion Milner, psicoanalista y artista, exploró los bloqueos creativos y su vínculo con la psique en *On Not Being Able to Paint* (1950). Usó el garabato como técnica liberadora, destacando su potencial estructurante (Milner, 1991). Influenciada por Melanie Klein y D. W. Winnicott, entendió el arte como un puente entre mundo

interno y externo, facilitando la integración entre fantasía, ilusión y realidad (Devito, 2015).

Finalmente, Jeremy Holmes, psicoanalista británico, propuso que la obra artística actúa como representación física de la vida interna, comparable a la relación madre-hijo. Como marco de evaluación en arteterapia, identificó cinco ejes: apego, creación, conciencia afectiva, autoconciencia y fortaleza del yo. La obra, en este sentido, simboliza el vínculo con la identidad y permite al paciente observarse reflexivamente, crear, destruir y reformular su experiencia psíquica (Holmqvist & Lundqvist-Persson, 2023).

2.4. La terapia ocupacional como antecedente de arteterapia:

El movimiento de Artes y Oficios (1860), liderado por John Ruskin (1819–1890) y William Morris (1834–1896), es considerado precursor de la terapia ocupacional en Inglaterra, al reivindicar la manufactura artesanal frente a la producción industrial deshumanizada (Oropesa, 2015). La terapia ocupacional se formalizó a finales del siglo XIX e inicios del XX, como respuesta humanitaria en hospitales. Adolf Meyer (1922) subrayó la importancia del equilibrio emocional mediante actividades paralelas al tratamiento, rechazando la rutina repetitiva y resaltando la relación paciente–instructor como base de mejora. Para él, la creatividad era un medio de promover bienestar psicológico.

A partir de estas ideas surgieron diversas experiencias pioneras:

- Herbert James Hall (1904) implementó en Massachusetts la “cura por el trabajo” con talleres de tallado, tejido y metal, dirigidos a pacientes con neurastenia; su obra *The Work Cure* (1910) consolidó este enfoque.
- Susan E. Tracy, enfermera en la Segunda Guerra Mundial, utilizó actividades manuales como tratamiento del estrés y publicó estudios de casos específicos en donde se aplicaba su método en pacientes con invalidez y trauma (Ortega et al., 2015).
- Nise da Silveira, psiquiatra brasileña y discípula de Jung, rechazó los métodos invasivos de su época (electroshock y lobotomías) y desarrolló en los años 40 un enfoque humanista basado en talleres de arte. En 1952 fundó el Museo de Imágenes del Inconsciente en Río de Janeiro, con miles de obras de pacientes como testimonio del valor terapéutico del arte (Loussa, 2022).
- William Rush Dunton, considerado el padre de la terapia ocupacional, publicó el primer manual para enfermeras, incorporando actividades manuales y recreativas para la salud física y mental (Dunton, 1915).

En 1982, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), definió las actividades manuales “intencionadas” como parte integral de la intervención, destacando que éstas deben adaptarse al paciente, promover funcionalidad y generar una sensación de placer y utilidad (Dunton, 1915).

2.5. Propuestas de atención existentes:

Países como Israel, Canadá, Francia, Suiza y, por supuesto, Estados Unidos colocan de manera firme a la arteterapia como alternativa para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Según un estudio realizado por el Instituto Británico, se consultó cuál era el servicio psicológico más solicitado por sus ciudadanos y resultó que la primera opción en un 75% era la Arteterapia. (Gilroy, 2016).

En Panamá, hasta ahora, el tratamiento terapéutico de rehabilitación para las personas mayores ha girado netamente en torno a la salud física. En los albergues se pueden encontrar cuidadores encargados de limpieza y atención a las necesidades básicas; sin embargo, cuando se requiere un profesional de atención específica, las familias son las que se hacen responsables de llevar a las personas a los centros de salud. La visita de un médico o especialista es muy escasa o está restringida en tiempo y presupuesto a lo que el Estado puede proveer. La psicoterapia geriátrica, la fisioterapia o la terapia ocupacional es escasa, aun siendo los principales métodos de atención; según lo dice el Informe de la Defensoría del Pueblo en Panamá sobre las visitas a centros de cuidado de personas mayores, abril-mayo 2021.

2.6. Arteterapia en la actualidad

Pese a que el campo de la arteterapia es relativamente nuevo, cada vez aparecen más intervenciones e investigaciones que validan el uso del arte en diferentes entornos; siendo uno de los más usuales es el geriátrico, en el que se proponen estas actividades no farmacológicas para apoyar la batalla contra el deterioro cognitivo, la presencia de demencias y psicopatologías, con miras hacia la década de envejecimiento saludable

que piden las Naciones Unidas (Katrin et al., 2022). En países como Israel, Canadá, Francia, Suiza y Estados Unidos, la arteterapia se ha consolidado como una alternativa para mejorar la calidad de vida. Un estudio del Instituto Británico reveló que el 75% de los ciudadanos identificó la arteterapia como el servicio psicológico más solicitado (Gilroy, 2016). Por su lado, Pilar Durante, en *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y prácticas* (Masson, 2004), señala que mantener a los pacientes críticos en ocupaciones creativas permanentes alivia significativamente los tratamientos médicos, convirtiéndose en un complemento de la farmacoterapia.

Desde la década de 1960, la arteterapia comenzó a consolidarse como método de atención física y psicológica, lo que impulsó la creación de asociaciones profesionales para su regulación. En Estados Unidos se fundó la Asociación Americana de Arteterapia (AATA, 1969), gracias al aporte de Edith Kramer y en Gran Bretaña la Asociación Británica de Arteterapia (BAAT, 1964). Ambas marcaron el inicio de la profesionalización, impulsando programas de formación desde diplomados hasta doctorados. Posteriormente se constituyó la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA, 2010) y en 2011, la Federación Europea de Arteterapia (EFAT) en Bruselas, que integra a 27 países de la Unión Europea.

En América Latina, sin embargo, la presencia oficial de la disciplina es limitada. Según González y Garzón Novoa (2020), solo Argentina y Chile ofrecen programas universitarios de maestría, mientras que en otros países su aplicación es mayormente informal. En Panamá aún no existe regulación formal, aunque se observa un creciente interés en su desarrollo. La rehabilitación de personas mayores solo se

basa en la atención física y suplir sus necesidades básicas, mientras que la atención especializada, si se presta, es por iniciativa de las familias, ya que las visitas médicas o de especialistas son escasas y limitadas por presupuesto estatal, teniendo que cubrirlos los familiares, lo cual es muy limitado, ya que los mismos, en su mayoría, son de escasos recursos.

2.6.1. Aspectos psicológicos y matéricos de la arteterapia:

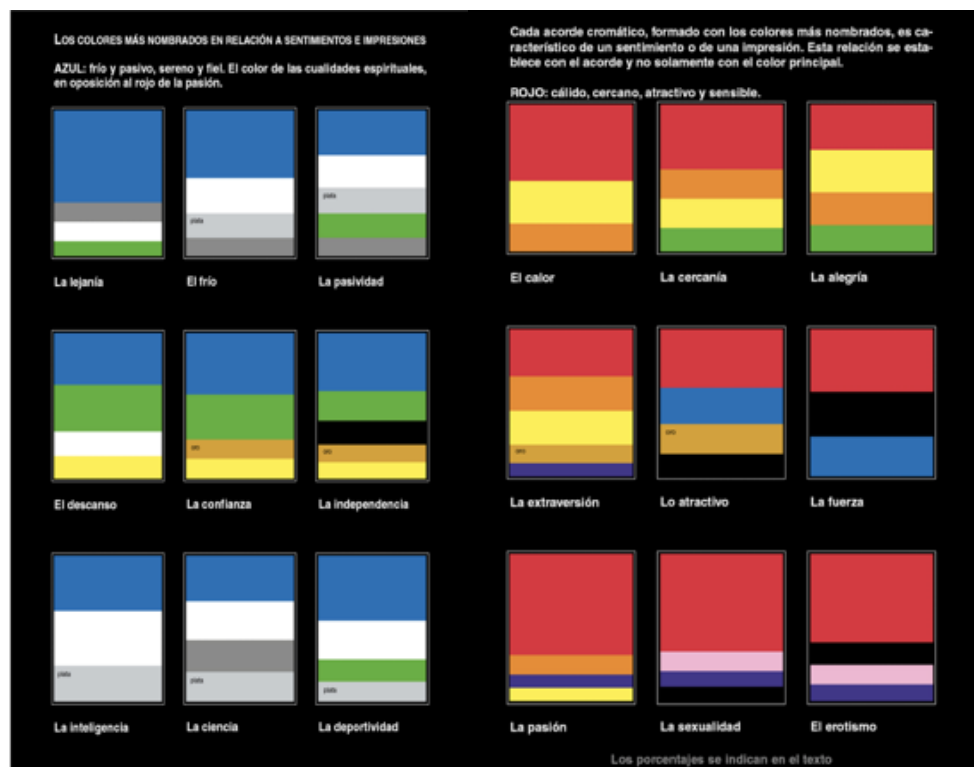
A diferencia de las terapias verbales, en arteterapia el objeto de creación adquiere un papel central. La elección del color, la fuerza aplicada en el material y las técnicas empleadas influyen de manera significativa en la interpretación (Malchiodi, 2003). La plástica ofrece una amplia gama de recursos —materiales que se esparcen, diluyen, compactan, mezclan o generan tridimensionalidad— lo que permite analizar tanto el contenido psicológico como el matérico en cada sesión. Autores como Canter (1989), Malchiodi (2000) y Samet (1989) han incorporado la digitalización, el tratamiento de imágenes y la animación 3D en sus prácticas (López Martínez, 2011).

➤ **Dimensión psicológica:** desde esta dimensión, previamente, el psicoanálisis planteaba que el dibujo o la pintura ayudan a desbloquear inhibiciones inconscientes, facilitando el acceso a emociones y conflictos internos (Klein, 1929). El proceso creativo brinda al sujeto un espacio seguro para proyectar simbolismos personales sin censura ni autocrítica (López Martínez, 2011). La teoría del color de Lüscher (1969) ofrece un precedente al vincular combinaciones cromáticas con estados emocionales y de personalidad, configurando un lenguaje metalingüístico. En la misma

línea, Eva Heller (2007), mediante entrevistas a 2000 personas, evidenció que las asociaciones emocionales con los colores surgen no solo del gusto, sino también de experiencias de infancia, lenguaje y pensamiento. Cada color posee múltiples significados, a menudo contradictorios, cuya percepción varía según el contexto cromático en el que se presenta. Los siguientes son ejemplos de los colores nombrados en relación con el porcentaje de participación de acorde cromático (contexto) que poseen y las asociaciones emocionales presentadas por los entrevistados (más ejemplos en el libro “Psicología del color”, Heller, 2007).

Figura 6

Ejemplo de acordes cromáticos registrados por el Estudios de Eva Heller (Psicología del Color, 2007)

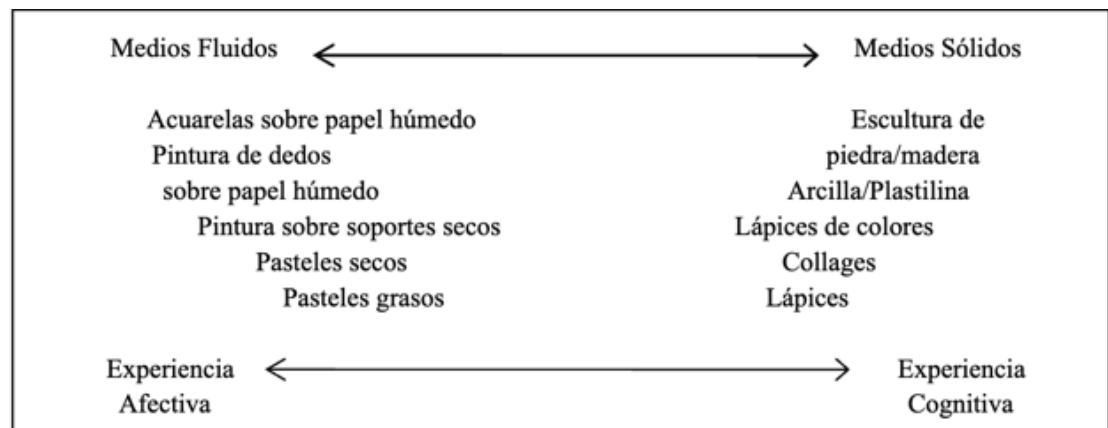


➤ **Dimensión matérica:** cada material expuesto tiene un valor por sí mismo y colocado en las manos del paciente, toma presencia y significado. Landgarten propone una clasificación sobre las capacidades que cada material posee y establece una división técnica sobre los beneficios de cada categoría (Landgarten 1987).

Kagin y Lusebrink (1978) clasifican los materiales en fluidos, sólidos, flexibles o secos, cada uno útil para exploración, estimulación, destrucción, reconstrucción o diversas técnicas como garabatear, pintar, modelar o pegar, según su capacidad evocativa. Cada material tiene un valor propio y, en manos del paciente, adquiere significado.

Figura 7

Clasificación de las propiedades de medios artísticos propuesta por Kagin y Lusebrink.



Según la clasificación propuesta por Kagin y Lusebrink, los materiales más sólidos o de dureza media son de mejor manipulación y control. Serán los seleccionados para intervención con personas mayores o con personas con

discapacidad, debido a los problemas en el agarre o en el enfoque, siendo el objetivo facilitar la experiencia cognitiva. (Kagin y Lusebrink 1978).

2.7. Variables Clínicas

Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por preocupación, miedo o inquietud excesiva que puede interferir con la vida diaria (Barnhill, 2023). El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), la describe como una alteración conductual asociada a respuestas de miedo y angustia desproporcionadas ante amenazas reales o imaginarias. Sus manifestaciones incluyen síntomas psicológicos —miedo, preocupación o nerviosismo— y físicos, como sudoración, palpitaciones, tensión muscular, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño o conductas de evitación (Craske & Stein, 2016).

Los trastornos de ansiedad presentan alta comorbilidad y cronicidad, influenciados por factores genéticos y ambientales, lo que incrementa la carga clínica y la complejidad del tratamiento (Penninx, 2022). Debido a ello, la OMS (Organización Mundial de la Salud) los reconoce como la novena causa de discapacidad relacionada con la salud, afectando al 4% de la población mundial (OMS, 2019). En adultos mayores, la prevalencia estimada es de 3,8% en personas mayores de 60 años (OMS, 2016). Sin embargo, el estigma y la falta de información sobre salud mental dificultan el acceso a atención oportuna.

En la población mayor, la ansiedad puede presentarse de manera distinta que en adultos jóvenes y confundirse con depresión o deterioro cognitivo (Red

Latinoamericana de Gerontología, 2016). Su impacto es considerable: se asocia a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, debilitamiento inmunológico, aislamiento social, deterioro cognitivo y dificultades para disfrutar de las actividades cotidianas (Wolitzky-Taylor, 2010).

En el ámbito latinoamericano, un estudio de la Universidad Cooperativa de Colombia (Martínez Acevedo, 2021) revisó 50 publicaciones sobre estados emocionales en adultos mayores institucionalizados, identificando la ansiedad como uno de los principales factores que afectan su calidad de vida. A este malestar se suman sentimientos de tristeza, miedo, ira, abandono, vergüenza, culpa, baja autoestima y angustia, que incrementan la vulnerabilidad emocional de esta población.

Depresión

Los trastornos de depresión, según el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición), son trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los criterios se basan en un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, disminución de interés por actividades, pérdida o aumento de peso, problemas para dormir, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, ideación o intentos suicidas. Esta clasificación incluye el trastorno depresivo intermitente (antes distimia), el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo por sustancias, el trastorno depresivo por afección médica, el trastorno disfórico premenstrual y otros no especificados (DSM-5).

El Trastorno Depresivo está también definido en el Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE-11), que define a la depresión como una enfermedad del estado de ánimo, caracterizada por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y pérdida de interés en actividades cotidianas durante al menos dos semanas consecutivas (CIE-11).

Desde una perspectiva neurobiológica, la depresión se asocia con la desregulación de neurotransmisores como la serotonina y con alteraciones en estructuras cerebrales como la amígdala y la corteza prefrontal (Beck, 1967). En adultos mayores, los trastornos depresivos —particularmente los descritos en el DSM-5— afectan aproximadamente al 7% de la población mayor de 60 años. Sin embargo, los síntomas suelen pasar inadvertidos en atención primaria, ya que pueden confundirse con manifestaciones de otras enfermedades. Además, los adultos mayores con depresión muestran un rendimiento funcional más deficiente en comparación con quienes padecen otras patologías (RLG, 2016).

El Instituto Nacional de Salud, en su sección sobre envejecimiento (NIH por sus siglas en inglés), señala que aunque la depresión es frecuente en la vejez, no constituye una parte natural del envejecimiento. Las investigaciones han demostrado que hay ciertos factores que están relacionados con la depresión, como las afecciones médicas, los accidentes cerebrovasculares (ACV), cáncer, personas con carga genética de depresión, estrés, aislamiento social, institucionalización, soledad, falta de ejercicio o actividad física, limitaciones funcionales, adicciones o alcoholismo (NIH, 2025). En este sentido, la institucionalización puede tener un impacto diferenciado, mientras

algunas personas mayores la asumen como una etapa de vida, otras la viven con depresión, lo que acelera el deterioro físico y emocional (Alonso Palacio, 2023).

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico comenzó a estudiarse en Estados Unidos en la década de 1980, con los trabajos de Carol Ryff (1989), quien lo definió a partir de seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, propósito de vida, crecimiento personal, autonomía y dominio del entorno (Singer, 2002). Posteriormente, Vásquez —citado por Casullo— amplió este modelo al incluir componentes cognitivos, reflexivos y valorativos, relacionados con la manera de afrontar retos y el esfuerzo por alcanzar metas (Vélez, 2019). Este enfoque multidimensional permite evaluar el nivel de satisfacción y equilibrio emocional, considerando factores como la autonomía, el crecimiento personal, las relaciones positivas y el propósito vital (Martínez Acevedo, 2021).

En las personas mayores, la conexión social desempeña un papel central en el bienestar psicológico, ya que contribuye a reducir el aislamiento y la soledad (OMS, 2023). En esta línea, la psicóloga Laura Carstensen, directora del Centro de Longevidad de la Universidad de Stanford, formuló en los años 90 la paradoja de la felicidad en la vejez: a medida que las personas envejecen, aumenta su satisfacción con la vida. Según esta teoría, la conciencia del límite vital favorece la valoración de lo cotidiano. Este planteamiento coincide con un estudio de la Universidad de Warwick y Dartmouth College, que analizó datos de más de dos millones de personas en 80 países y concluyó

que los niveles de felicidad que se tienen a los 20 años, solo se recuperan nuevamente alrededor de los 70 (RLG, 2008).

De forma complementaria, una revisión publicada en el 2019, que examinó 27 estudios sobre bienestar y envejecimiento, identificó como factores más relevantes el sentido de la vida, la salud física y mental, las conexiones sociales y la capacidad de mantener control sobre la propia vida (Sarabia-Cobo, 2023).

Estado de ánimo positivo y negativo

El estado de ánimo se entiende como una disposición emocional general que puede ser positiva (p. ej., felicidad, entusiasmo) o negativa (p. ej., tristeza, ira). Estos estados influyen en la manera en que las personas perciben y responden a su entorno y tienen un impacto significativo en la salud mental, física y social. En el contexto del envejecimiento, mantener un estado de ánimo positivo resulta fundamental para favorecer un envejecimiento saludable y prevenir problemas como la depresión o el aislamiento social.

La investigación psicológica ha consolidado los estados de ánimo positivo y negativo como dos dimensiones principales, que sirvieron de base para el desarrollo de escalas de medición fiables, como la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988). El estado de ánimo positivo se caracteriza por emociones agradables como alegría, gratitud, satisfacción y optimismo, así como por la resiliencia que facilita una perspectiva positiva hacia el futuro (Fredrickson, 2001). En contraste, el estado de ánimo negativo se asocia a sentimientos de tristeza, ira,

frustración o ansiedad, con tendencia a focalizarse en dificultades, pensamientos repetitivos y posibles conflictos pasados o futuros (Watson & Clark, 1988).

Tabla 1

Diferencias claves entre estado de ánimo positivo y negativo.

Aspecto	Estado de ánimo positivo.	Estado de ánimo negativo
Emociones predominantes	Felicidad, gratitud, entusiasmo.	Tristeza, ira, miedo, frustración.
Impacto en la salud	Mejora el sistema inmunológico y cardiovascular.	Aumenta el riesgo de enfermedades crónicas.
Relaciones sociales	Fortalece vínculos y promueve la interacción.	Aislamiento y conflictos interpersonales.
Enfoque mental	Optimista, orientado a soluciones.	Pesimista, orientado a problemas.

Hostilidad

El complejo ira–hostilidad es un constructo que integra tres dimensiones: un componente cognitivo (hostilidad); un componente afectivo-emocional (ira) y un componente conductual (agresión) (Barefoot, 1992).

La hostilidad se define como una disposición psicológica persistente caracterizada por actitudes negativas hacia los demás, con sentimientos de ira, resentimiento, desconfianza y antagonismo. No se trata de un estado emocional

pasajero, sino de una tendencia estable que puede expresarse en pensamientos, emociones y conductas agresivas o defensivas. Este rasgo se ha vinculado con un mayor riesgo de problemas de salud física —particularmente cardiovasculares—, alteraciones en la salud mental y dificultades en las relaciones interpersonales (Beck, 1999). Entre sus manifestaciones cognitivas se incluyen la desconfianza, el cinismo y percepciones negativas hacia los demás, quienes son vistos como egoístas, mezquinos o inmorales, percibiéndose incluso como una amenaza (Barefoot, 1992).

La ira, en tanto, constituye una emoción displacentera cuya intensidad depende de la tolerancia a la frustración, oscilando desde una irritación leve hasta episodios de furia o rabia. Este estado implica la activación del sistema nervioso autónomo y endocrino, así como tensión muscular y disfunciones respiratorias (Iacovella, 2003).

2.8 Variables cognitivas

Capacidad cognitiva global

Se refiere a las habilidades mentales que permiten a un individuo procesar información, comprender el entorno, resolver problemas, tomar decisiones y aprender nuevas habilidades. Estas capacidades incluyen funciones como la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas, la percepción y la velocidad de procesamiento (Bonner, 2023).

La capacidad cognitiva es fundamental para la autonomía y la calidad de vida, ya que permite a las personas interactuar de manera efectiva con su entorno y ejecutar actividades cotidianas (Gazzaniga, Ivry, & Mangun, 2018). La capacidad cognitiva se desarrolla a lo largo de la vida en diferentes etapas y de diferentes maneras; autores

como Piaget, Vigotsky y Bruner, como sus principales representantes, postulan esquemas de desarrollo dependiendo de la etapa de crecimiento del ser humano. Para Piaget, el desarrollo psicológico culmina en la vejez, pero no es el declive de la inteligencia; Piaget creía que el aprendizaje continúa en la edad adulta mayor, algo que llamó el crecimiento postformal (Snowball, 2022). Baltes y Willis en 1980 acuñaron el término de plasticidad neuronal para definir la capacidad de la memoria de crear nuevas conexiones de aprendizaje a la edad adulta mayor.

Funciones visoperceptivas

Las funciones visoperceptivas son parte de las habilidades cognitivas que permiten interpretar y organizar la información visual del entorno; incluyen la discriminación de formas, la percepción de profundidad y la integración visuoespacial (Scheiman, 1997). Astaburuaga y otros, definen la percepción visual como la capacidad de reconocer, discriminar e interpretar estímulos visuales (2002), una habilidad necesaria para desarrollar las actividades de la vida diaria. La percepción es el proceso de identificar estímulos externos al cuerpo (Groffman, 2006). La información que proviene del exterior es recibida por los circuitos neurales receptores o sensores externos y es organizada por los sistemas perceptuales que realizan la búsqueda de información existente y la relacionan (Gibson, 1987). Gibson describe 5 sistemas perceptuales: 1) Sistema de orientación básica, 2) Sistema háptico, 3) Sistema de gusto-olfato, 4) Sistema auditivo, 5) Sistema visual. Cada uno de estos sistemas está conectado con el sistema nervioso central, con el sistema motor y, a su vez, con otros sistemas perceptuales para cerrar el ciclo de información (Goffman, 2006). El sistema

visomotor es clave para la coordinación entre el sistema receptor visual y el movimiento motor de respuesta (Beery & Beery, 2006). Las deficiencias en la capacidad visual van a presentar problemas en la coordinación y ejecución de actividades. La plasticidad cerebral está definida como la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar efectos de alteraciones recibidas. En opinión de Pascual (1996), la plasticidad del cerebro tiene 3 tipos: 1) por la edad de aprendizaje, 2) por patología o enfermedad y 3) por sistemas afectados como lesiones. William James fue el primero que expuso la plasticidad neuronal relacionada con los hábitos de comportamiento y la habilitación de nuevas rutas neuronales y, siendo este el caso, la posibilidad de nuevas conexiones. Durante el envejecimiento, por muchos años se pensó que a nivel neuronal no había recuperación y no se pudieron evidenciar los cambios cerebrales inducidos por el entrenamiento (Hebb, 1949). Se tuvo que esperar hasta los años 70 para que a través de nuevas técnicas se demuestre que sí hay un crecimiento de dendritas y nuevas sinapsis más allá del período de desarrollo humano (Greenough & Chang, 1989). En el envejecimiento patológico, las neuronas se atrofian, dependiendo de la situación y condición y tan pronto se da una pérdida, se pone en funcionamiento todo un sistema que trata de compensar los déficits funcionales activando otros que lo compensen a fin de seguir siendo operativo y funcional (Lozoya, 1995). La reserva cognitiva es un recurso que posee el cerebro para hacer frente a posibles daños y pone en marcha mecanismos alternativos como la regeneración celular para esta compensación. El estudio de la plasticidad es relevante para poder aplicar estímulos adecuados en entrenamientos cognitivos (Cabras, 2012).

Memoria

La memoria es una función cognitiva esencial que permite codificar, almacenar y recuperar información (Klein, 1994). Es un proceso complejo que involucra múltiples áreas del cerebro y es fundamental para el aprendizaje, la toma de decisiones y la interacción con el entorno. La memoria no es un sistema unitario, sino que se compone de diferentes tipos y etapas que trabajan de manera integrada (Gazzaniga, Ivry y Mangun, 2014), e incluye:

Codificación: es el proceso de transformar la información sensorial en un formato que el cerebro pueda almacenar; este proceso, a la vez, se divide en adquisición y consolidación.

Almacenamiento: se refiere a la conservación de la información que previamente fue codificada en el cerebro; puede ser a corto o largo plazo, dependiendo de la duración y la importancia de la información.

Recuperación: una vez almacenada la información, se permite el acceso cuando es necesaria. Ejemplo: recordar el nombre de una persona o un evento pasado. Gazzaniga, Ivry y Mangun (2014).

Gazzaniga et al. (2014) proponen 4 tipos de memoria: memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria de trabajo y memoria a largo plazo. Por otro lado, Tulving (2015) hace una división basándose en el contenido almacenado y sus características, proponiendo la memoria semántica y la memoria episódica (Alaniz-Gomez et al. 2022). La memoria sensorial fue un término acuñado por Ulric Gustav Neisser en 1967 que se basa en la memoria de registro de corta duración, de capacidad

limitada y de procesamiento previo al cognitivo. Es la que se percibe en el entorno a través de los sentidos visuales (icónica), sonoros (ecoica) y táctiles (háptica), como un búfer de corto plazo con duración de segundos, que retiene impresiones brevemente. La memoria a corto plazo o memoria operativa es la encargada de llevar información desde la memoria a largo plazo hacia las funciones ejecutivas: planificación, organización, inhibición, flexibilidad, fluidez verbal. Lo justo y necesario para ejecutar tareas como aprendizaje, razonamiento, comprensión del lenguaje y resolución de problemas. Tiene capacidad y tiempo limitado (Baddeley & Hitch, 1974). La memoria a largo plazo puede ser declarativa (de conocimientos) o procedimental (de habilidades), ubicada en el hipocampo de almacenamiento. Los estudios y las clasificaciones de la memoria son muchos y no terminan de estudiarse; muchos conceptos son dicotómicos, como la memoria explícita y la implícita, la declarativa y no declarativa, la consciente y la inconsciente, la retrospectiva vs. la prospectiva, entre otras; sin embargo, no son excluyentes entre sí. (Roediger, 2008). La memoria y la percepción funcionan simultáneamente; no se puede comprender una sin la otra. Las sensaciones son el punto de partida de la percepción y la percepción es la puerta hacia la memoria; solo lo previamente percibido puede guardarse en el recuerdo (Montero, 2014).

En las investigaciones sobre el envejecimiento que se enfocan en la memoria y el deterioro, se establece que no todo envejecimiento es igual y las pérdidas que afectan a una zona pueden no afectar a otra. Sin embargo, se reconoce que la memoria episódica es la que más se afecta comúnmente, perdiendo recuerdos que se vuelven

imposibles de volver a construir en la mente. (Ruiz-Vargas, 2008). La terapia no farmacológica ha demostrado ser altamente efectiva en los casos de alteraciones cognitivas propias de un daño cerebral y, sobre todo, con adultos mayores que presentan problemas de memoria, aunque no patológica (Arango Lasprilla, 2006).

Lenguaje

El lenguaje es una facultad exclusivamente humana que posibilita la codificación y decodificación de mensajes a través de signos lingüísticos, constituyendo un sistema simbólico fundamental para la interacción social (Sánchez, 2019; Martínez Romero et al., 2021; Harvey, 2019). Se expresa mediante las lenguas, estructuras de signos que permiten manifestar ideas y representar objetos, acciones, cualidades y relaciones del mundo exterior (Luria, 1977). Desde una perspectiva neuropsicológica, el lenguaje surge de una actividad nerviosa compleja que posibilita la comunicación de estados mentales mediante signos multimodales establecidos por una comunidad lingüística (Lecours & Lhermitte, 1979; Peña, 1988).

Las habilidades lingüísticas incluyen tanto capacidades **receptivas** como **productivas** e implican la comprensión de mensajes, el acceso a la memoria semántica, la denominación de objetos y la ejecución de instrucciones verbales a través del comportamiento (Lezak et al., 2012). Estas funciones se expresan mediante el habla y la escritura, apoyándose en el sistema bucofonatorio y en la motricidad de las extremidades superiores.

En este marco, el lenguaje integra múltiples procesos interdependientes que sostienen la comunicación: la expresión de ideas con sentido gramatical, la

comprensión de significados, el vocabulario adquirido a lo largo de la vida, la denominación de personas, hechos o lugares, la fluidez verbal, la discriminación de elementos lingüísticos, la repetición de sonidos, y las habilidades de lectura y escritura. Cuando alguno de estos procesos se ve alterado, la comunicación se dificulta, afectando tanto la interacción social como el desarrollo cognitivo y emocional.

Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FFEE) se entienden como un conjunto de procesos cognitivos de alta complejidad que permiten planificar, organizar, guiar, revisar y controlar la conducta orientada a metas, facilitando la adaptación a entornos cambiantes (Blázquez et al., 2009; Bauermeister, 2008; Diamond, 2013). Estas funciones operan como un sistema regulador que integra ideas, movimientos y acciones, optimizando el uso de los recursos cognitivos simples para la resolución eficaz de problemas y la anticipación de futuros escenarios (Harvey, 2019).

El funcionamiento ejecutivo se asocia estrechamente con la flexibilidad cognitiva, ya que enfrentar problemas novedosos exige la generación de nuevas estrategias y el descarte de intentos fallidos. Entre los procesos fundamentales que conforman las FFEE se encuentran: la memoria de trabajo, que permite almacenar y manipular información de manera temporal; la planificación, orientada a establecer objetivos y seleccionar planes de acción adecuados; el razonamiento, que posibilita la resolución consciente de problemas y la identificación de relaciones causales; la flexibilidad, entendida como la capacidad de modificar estrategias en función de las

demandas contextuales; y la inhibición, que permite suprimir estímulos irrelevantes durante la ejecución de una tarea.

Asimismo, se incluyen la toma de decisiones, basada en la evaluación de alternativas y consecuencias; la estimación temporal, que ayuda a calcular la duración de eventos; la ejecución dual, que posibilita realizar tareas simultáneas de diferente naturaleza; y el branching, que permite alternar entre actividades manteniendo el control sobre el punto de avance de cada una. En conjunto, estas capacidades conforman el núcleo del control cognitivo, constituyendo la base de la autorregulación y la adaptación funcional del ser humano en contextos complejos.

Atención

La atención constituye un sistema funcional complejo, dinámico y jerárquico que posibilita la selección de estímulos antes de iniciar cualquier proceso cognitivo de mayor orden (Portellano, 2005). Su carácter limitado se describe a través del concepto de amplitud atencional o *span*, entendido como la cantidad de estímulos que pueden procesarse de forma simultánea o secuencial en el corto plazo, a través de modalidades perceptivas como la visual, auditiva, táctil u olfativa (Añaños Carrasco, 1999; Estévez-González et al., 1997).

El modelo clínico de Sohlberg y Mateer (1987, 1989) es el más utilizado en neuropsicología, pues integra datos de la investigación experimental, observaciones clínicas y quejas subjetivas de los pacientes. Este modelo permite identificar la naturaleza de las fallas atencionales y diseñar intervenciones sistematizadas, partiendo

de la premisa de que cada nivel depende del correcto funcionamiento del anterior y presenta una complejidad progresiva (Huerta, 2019).

2.9 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social caracterizado por cambios progresivos en la estructura y función del organismo, asociados al paso del tiempo. Desde la perspectiva psicológica, implica adaptaciones cognitivas y emocionales; mientras que a nivel neurológico, se observa una reducción de la plasticidad cerebral y la aparición de cambios neurodegenerativos (Baltes & Smith, 2003).

En el envejecimiento normal, se han documentado cambios en la corteza prefrontal y una disminución del procesamiento de la información contextual, con síntomas como perseveración, impulsividad, juicio pobre y dificultades en la recuperación temporal de recuerdos (Schoenbaum, Nugent, Saddoris & Gallagher, 2002).

El envejecimiento saludable se define como el proceso de optimizar las oportunidades físicas, mentales y sociales para mantener la funcionalidad, el bienestar y la calidad de vida en la vejez. La OMS (2023) lo conceptualiza como “el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, enfatizando que no se trata solo de ausencia de enfermedad, sino de promover un envejecimiento activo y satisfactorio.

Este enfoque incluye la preservación de las actividades de la vida diaria (AVD), hábitos de alimentación saludable, prevención de enfermedades, atención a la salud

mental, mantenimiento de redes sociales y familiares de apoyo, así como el acceso a servicios de salud, vivienda y transporte. En línea con la Agenda 2030, la OMS destaca la responsabilidad colectiva en la promoción de inclusión, derechos humanos y reducción de desigualdades (OPS, 2022).

En su informe sobre la Década del Envejecimiento Saludable, la OMS propone cuatro esferas de acción:

1. Cambiar la forma de pensar, sentir y actuar frente al envejecimiento.
2. Fomentar comunidades que potencien las capacidades de las personas mayores.
3. Brindar atención integral en servicios de salud primaria que respondan a sus necesidades.
4. Sostener estrategias de largo plazo para garantizar inclusión, equidad y sostenibilidad.

El envejecimiento patológico se refiere al proceso asociado con enfermedades crónicas, discapacidades físicas o cognitivas que reducen significativamente la capacidad funcional y la calidad de vida. A diferencia del envejecimiento saludable, implica un deterioro acelerado de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales. El deterioro de la cognición puede provocar cambios conductuales y emocionales, en especial en presencia de demencias, lo que confirma su carácter multifactorial (Quito, Argudo & Crespo, 2019).

Diversas funciones cognitivas pueden verse afectadas, entre estas están:

- **Memoria:** Inicialmente se puede ver afectada la memoria episódica verbal a corto y plazo. Posteriormente se puede también alterar la memoria semántica e incluso la procedimental.
- **Lenguaje:** los adultos mayores tienden a elaborar definiciones más extensas y presentan dificultades en la estructuración sintáctica, sobre todo en oraciones complejas.
- **Habilidades espaciales:** las pruebas de Wechsler muestran dificultades en el ordenamiento de figuras y símbolos, reconocimiento facial, aprendizaje espacial, identificación de figuras incompletas y memoria táctil.
- **Funciones ejecutivas:** se observan limitaciones en la planificación, organización, flexibilidad cognitiva y resolución de problemas complejos (Custodio, 2012).

La pérdida de capacidades cognitivas puede variar desde un deterioro cognitivo leve hasta la demencia y presentarse de manera reversible o irreversible, según la causa (Petersen, 2004). El deterioro funcional incluye limitaciones en las AVD y menor participación social. El Informe Mundial sobre Discapacidad de la OMS (2011) concluye que las personas con discapacidad presentan síntomas de envejecimiento prematuro desde los 40–50 años; por ejemplo, en el síndrome de Down existe mayor incidencia de enfermedad de Alzheimer.

Factores ambientales como maltrato, abandono, desnutrición o deficiente atención en salud agravan el riesgo de depresión y aceleran el deterioro cognitivo. Un estudio epidemiológico con 973 adultos mayores institucionalizados (Herrero-Teijón,

2024), confirmó que un estado cognitivo deteriorado se asocia a mayores niveles de depresión y menor capacidad funcional en las AVD, lo que evidencia la vulnerabilidad de esta población.

2.10 Institucionalización

La institucionalización del adulto mayor es un fenómeno en riesgo de aumento, debido a los altos índices de envejecimiento a los que se encamina la población mundial (OMS, 2023). Cuando la persona ingresa a una residencia, debe adaptarse a un nuevo modo de vida, a un espacio diferente y a personas desconocidas, lo cual provoca desafíos que requieren de recursos físicos y psicológicos complejos. Se enfrentará a una serie de retos de adaptación que pueden superar sus propias capacidades psíquicas (Alvez, 2013). Esto, definitivamente, tiene impacto en la salud física y mental de la persona mayor. El cuidado de una persona institucionalizada requiere de conocimientos, educación o especialización debido a que es un trabajo muy demandante y complejo.

En residencias como la visitada, donde las condiciones económicas y los recursos son muy escasos, la atención es básica y no especializada, por lo que ésta suele enfocarse en alimentación, vivienda y medicación y la salud mental no suele ser priorizada, por lo que las personas mayores muestran un deterioro mayor y acelerado. En varios de los casos observados, hay presencia de comorbilidades que dificultan la atención focalizada. Es frecuente encontrar diabetes con discapacidad motriz, ceguera y además enfermedades mentales o demencias; también encontramos comorbilidades entre enfermedades crónicas como cardiopatías con hipertensión y demencias. Según

un estudio de Peila (2002), la diabetes tipo 2 tiene un alto riesgo de desarrollar demencia, aunque también se asocia a la aterosclerosis. Hay estudios que demuestran la existencia de algunas enfermedades cuyas comorbilidades influyen en el desarrollo evolutivo de demencias (Vega-Quintana, 2018).

2.11 Demencia

El Manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM por sus siglas en inglés), en su versión 5, establece a la demencia como la pérdida de funciones cognitivas que comprometen la realización de actividades de la vida diaria, lo cual le imposibilita o dificulta tener un funcionamiento para su socialización, vida laboral y familiar. En el mismo manual, se introduce el término de Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM), como sinónimo de demencia para una mejora en la especificidad del diagnóstico. Los síntomas estudiados para determinar estos diagnósticos se enfocan en funciones específicas como la cognición: atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, funciones visoperceptivas y visoconstructivas. (APA, 2013). Una condición asociada a la demencia es el deterioro cognitivo leve o Trastorno Neurocognitivo menor o Deterioro Neurocognitivo Leve (DCL) (DSM-V). Éste se considera un estadio predemencial, en el que hay déficits cognitivos, sin embargo la funcionalidad está preservada (Custodio, 2012). Finalmente, no debe confundirse el DCL con el Deterioro de memoria asociado a la edad (DMAE), que el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) propone en cuanto a criterios de detección: 1) edad mayor de 50 años; 2) existencia de quejas subjetivas por olvidos involuntarios episódicos o semánticos sin empeoramiento gradual o por causa

situacional en los últimos meses; 3) rendimiento de pruebas de memoria por debajo de 1 en pruebas estandarizadas; 4) conservación de las otras funciones intelectuales, 5) ningún otro criterio para demencia (Custodio, 2012).

2.11.1 Tipos de demencia

→ Enfermedad de Alzheimer (EA): la demencia más frecuente en la persona mayor es el Alzheimer, considerado como un trastorno degenerativo y progresivo con acumulación de proteínas en el cerebro, específicamente placas beta-amiloide y ovillos neurofibrilares de proteína TAU. Esto provoca pérdida de sinapsis y muerte neuronal, lo que conduce al deterioro de las funciones cognitivas, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas. El manual de diagnóstico (DSM-5) la categoriza como un trastorno neurocognitivo mayor (TNM). Según la Asociación para el Alzheimer, las causas pueden estar entre factores genéticos, los comportamientos y hábitos, mientras que algunos factores de riesgo como lesiones, condiciones médicas como hipertensión o diabetes o historia familiar pueden predisponer a un deterioro mayor. Según el análisis de la Asociación Americana de Alzheimer, en su informe 2025, presenta una clasificación de 6 etapas clínicas, que van desde cambios imperceptibles hasta síntomas severos de disfunción:

Tabla 2

Etapas Clínicas de la Demencia

Etapa clínica 0	Las personas no presentan síntomas de EA, pero tienen un gen determinista que prácticamente garantiza que desarrollarán la enfermedad.
--------------------	--

	En esta etapa, los biomarcadores encargados de determinar la presencia o ausencia de la enfermedad marcan un rango normal. No hay evidencia de cambios clínicos en memoria, cognición, lenguaje, así como en cambios en la capacidad para realizar AVD.
Etapa clínica 1	Las personas no presentan síntomas de EA, pero sí hay presencia de biomarcadores como proteína beta-amiloide o forma anormal de la proteína TAU. Ante la presencia de estos biomarcadores, el cerebro compensa, por lo que la persona puede seguir realizando funciones comunes.
Etapa clínica 2	Es una etapa de transición entre asintomático y deterioro cognitivo leve. Las personas pueden presentar leves disminuciones en las pruebas cognitivas, pero son comprendidas dentro del rango normal. Presentan señales de cambios en los estados de ánimo sin aparente razón y reportan cambios cognitivos subjetivos.
Etapa clínica 3	Aparecen reportes por parte de la familia o amigos sobre cambios conductuales o en las evaluaciones neurocognitivas longitudinales. Aún pueden realizar AVD de forma independiente; sin embargo, van a requerir más tiempo o ayuda con ciertas actividades complejas como cocinar.
Etapa clínica 4	Hay presencia de deterioro funcional leve; las personas pueden ejecutar actividades comunes, pero las actividades complejas requieren apoyo, como pagar facturas o administrar sus medicamentos. Van a necesitar recordatorios para completar tareas.
Etapa clínica 5	Presentan síntomas moderados de deterioro funcional, van a requerir apoyo para ejecutar sus actividades, experimentan problemas de

	memoria y lenguaje, y son más propensas a confundirse. Es posible que necesiten ayuda para actividades básicas como bañarse o vestirse, pueden volverse incontinentes y comienzan a tener problemas para reconocer a sus familiares. Empiezan a tener cambios de personalidad, incluyendo momentos de desconfianza y agitación.
Etapa clínica 6	Presentan síntomas de demencia y deterioro funcional severo. Dependen de otros para ejecutar sus actividades diarias, su lenguaje está reducido; por lo tanto, hay dificultad para comunicarse. Es posible que requieran atención 24 horas. Pueden presentar incapacidad para movilizarse, por lo que pasan más tiempo en cama o silla de ruedas; esta pérdida de movilidad aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, infecciones de la piel, sepsis e inflamaciones en general.

Nota: Asociación Americana de Alzheimer, informe 2025.

→ Demencia vascular (DV): es la segunda demencia más común después del Alzheimer. Está causada por una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, lo que provoca daño neuronal y deterioro cognitivo. En algunos casos, este daño puede ser el resultado de accidentes cerebrovasculares (ACV), hipoperfusión crónica (flujo sanguíneo insuficiente) u otras condiciones vasculares previas. Entre los síntomas que presenta, incluye dificultades en la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento (Mayer-Gross et al., 1969). La depresión mayor es un síntoma observado en la demencia vascular, aunque puede ser bidireccional y ser la DV la causante de la depresión. La depresión de aparición tardía (DAT) se presenta cuando los episodios de depresión mayor aparecen posterior a los 65 años (Almeida,

2007). En un estudio longitudinal durante 15 años de seguimiento a 3410 pacientes mayores de 65 años, se confirma que la presencia de DAT está asociada a un mayor riesgo de demencia (Wang, 2011). También estudios neuropatológicos posmortem confirman la presencia de demencia en individuos con historia de depresión crónica durante el curso de su deterioro cognitivo (Brünnstöm H, 2013).

→ Demencia con cuerpos de Lewy (DCL): el neurólogo Friedrich Lewy en 1912 la describe como un tipo de demencia neurodegenerativa progresiva caracterizada por la presencia de cuerpos de Lewy, que son depósitos anormales de proteína alfa-sinucleína en las neuronas. Estos depósitos afectan principalmente áreas del cerebro involucradas en la cognición, el movimiento y la regulación del sueño. Los pacientes experimentan variaciones impredecibles en la atención y el estado de alerta, dificultades en la planificación, organización y percepción visual, rigidez, temblor, bradicinesia (lentitud de movimientos) e inestabilidad postural. Es común la presencia de alucinaciones visuales y a menudo son vívidas, como ver personas o animales que no están presentes. Delirios: creencias falsas, como paranoia o ideas de persecución. Trastornos del sueño REM: los pacientes pueden actuar físicamente sus sueños debido a la falta de atonía muscular durante esta fase del sueño (Mc Keith, 2017).

→ Demencia frontotemporal (DFT): es la tercera causa más frecuente de demencia; es un grupo de trastornos neurodegenerativos caracterizados por la degeneración progresiva de los lóbulos frontal y temporal del cerebro. A diferencia de otras demencias, como la enfermedad de Alzheimer, la DFT se manifiesta

principalmente con cambios en el comportamiento, el lenguaje y las funciones ejecutivas, mientras que la memoria suele estar relativamente preservada en las etapas iniciales. La personalidad y el comportamiento presentan conductas compulsivas o repetitivas y con dificultades en la producción del lenguaje con variante semántica, es decir, pérdida del significado de las palabras y objetos. El subtipo de demencia frontotemporal con su variante conductual es el más presentado y puede ser confundido con cuadros psiquiátricos, trastornos bipolares, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno del control de impulso y otras patologías (Cruzado et al. 2021). Las enfermedades neurodegenerativas pueden tener complicaciones en las estructuras neurales implicadas en las funciones ejecutivas como la regulación emocional o el control de impulsos, pudiendo a veces llevar a que los pacientes con DFT transgredan normas de conducta y desinhibición. Se ha establecido que al menos un tercio de los pacientes con DFT han tenido conductas violatorias de la ley. Los delitos pueden ir desde pequeños hurtos, agresiones, conductas sexuales inadecuadas o violentas y hasta homicidios (Cruzado et al., 2021).

→ Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson: (DEP) diagnosticada por primera vez en 1817 por James Parkinson, quien la describió como una parálisis agitante o un tipo de demencia que se desarrolla en personas diagnosticadas después de al menos un año de síntomas motores característicos (temblor, rigidez, bradicinesia). La DEP se caracteriza por un deterioro cognitivo progresivo que afecta la memoria, las funciones ejecutivas, la atención y las habilidades visuoespaciales. Presenta deterioro

de la memoria, aunque menos prominente que en la enfermedad de Alzheimer, dificultades en la planificación, organización, flexibilidad mental y resolución de problemas, además de lentitud en el procesamiento de información (bradifrenia) y problemas para orientarse en el espacio o reconocer objetos (Chávez - León, 2013). Esta demencia pertenece al grupo de trastornos de movimiento; sus síntomas claves son: a) temblor en las manos, b) rigidez de las extremidades, c) lentitud en los movimientos, d) inestabilidad postural o alteración del equilibrio, e) alteraciones en la marcha (Lerner, A.J. Riley, D. 2008).

→ Demencia asociada a la enfermedad de Huntington (DEH): es un tipo de demencia que ocurre como parte de la enfermedad de Huntington (EH), un trastorno neurodegenerativo hereditario de amplio espectro clínico-psiquiátrico causado por una mutación en el gen HTT que codifica la proteína huntingtina (Medina, 2022). La demencia en la EH es progresiva y afecta múltiples dominios cognitivos, incluyendo la memoria a corto y largo plazo, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento y respuesta. Aparecen movimientos involuntarios aleatorios, síntomas similares al tourettismo, una marcha bizarra como títere, muecas faciales, problemas de deglución, incapacidad de mantener un acto motor y algunos pacientes pueden degenerar en trastorno obsesivo-compulsivo, depresión o ansiedad (Manual MSD, 2024).

2.12. Estrategias y recursos de arteterapia

Las necesidades del adulto mayor deben ser observadas de manera integral, con un concepto centrado en el individuo como ente biopsicosocial. Las principales

estrategias que se propongan deben estar basadas en estimulación cognitiva, además de actividades paralelas que estimulen el sistema orgánico, un entorno seguro que permita una adaptación al medio y atención a las necesidades de salud (Muñoz-González, 2018). La neuroplasticidad es la capacidad del cerebro para reorganizar la actividad neuronal hacia un reajuste funcional cuando hay un deterioro inminente o presencia de lesiones (Delgado et al., 2022). Estudios recientes han demostrado que las actividades creativas como pintura, música y artes manuales actúan como potentes activadores de redes neuronales asociadas a la cognición, la emoción y la función motora (Lusebrink, 2010). Las actividades creativas tienen un impacto significativo en la salud emocional, lo cual puede influir en la prevención de la depresión, reducción de niveles de ansiedad y estrés e incluso en la construcción de resiliencia emocional, fomentando la autoexpresión y autoestima, previniendo así el deterioro cognitivo. La implementación de actividades creativas grupales en entornos comunitarios fomenta además la cohesión social y el bienestar general (Grupo Sinapsis, 2025). Andrés Sardinero Peña propone en su Guía de Estimulación Cognitiva para adultos (2009), actividades para rehabilitación y estimulación cognitiva, donde incluye alternativas como terapia de reminiscencia, ejercicios de psicomotricidad, musicoterapia, dibujo, ejercicios orientados a la realidad, caja de recuerdos, entre otros (Sardinero, 2009).

El arte, en adultos mayores con deterioro cognitivo, ayuda a fortalecer habilidades como la atención, la capacidad de memoria, la destreza motriz, habilidades psicomotoras, entre otras; además, presenta un apoyo psicoemocional que brinda un

estado de autoconfianza y autovalidación y, a su vez, de reconocimiento de su familia (Tapia-Corral, 2022).

Estudios han señalado que el arte impacta positivamente la calidad de vida, las funciones cognitivas y estado emocional tras intervenciones artísticas (dibujos, pintura, escultura). Además, se ha evidenciado que las actividades artísticas estructuradas, pueden asociarse a una reducción del deterioro cognitivo y mejoría del bienestar (Huang et al., 2025). La participación activa o receptiva en actividades artísticas (como música, danza, pintura o visitas a museos) ha demostrado reducir el deterioro cognitivo, mejorar el bienestar y la calidad de vida en adultos mayores, especialmente durante períodos prolongados (Fancourt & Finn, 2019). Por otro lado, se ha visto que la experiencia estética al contemplar arte está relacionada con la regulación emocional, el placer y la reducción del estrés, apoyada por hallazgos neurocientíficos. Además, el compromiso con la estética activa procesos cognitivos y emocionales que promueven empatía y autodescubrimiento, contribuyendo al bienestar mental y social (Östlin, (2020). Finalmente se observa que las intervenciones artísticas —como visitas inmersivas a museos o exposiciones interactivas— incrementan el bienestar subjetivo y la motivación hacia conductas saludables, actuando como recursos útiles en la promoción de salud cerebral en adultos mayores (Shaheed, 2021).

2.12.1 Arteterapia como estimulación cognitiva:

La estimulación cognitiva es un conjunto de actividades y técnicas diseñadas para mantener o mejorar las funciones cognitivas, como la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas y la percepción, razonamiento, orientación, praxis

(García, 2009). Estas estrategias son especialmente relevantes para prevenir el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento o a enfermedades neurodegenerativas. Según Madrigal, la estimulación cognitiva se centra en la rehabilitación para alcanzar una recuperación de las habilidades o un bienestar adaptativo (Bustamante, 2022). La arteterapia es una forma de intervención no farmacológica que activa un proceso creativo y expresivo enfocado en la experimentación de actividades artísticas. Los estudios sobre la rehabilitación cognitiva de personas mayores exponen que los programas de arteterapia permiten una mejora en la capacidad de concentración y atención. La idea es transmitirle al adulto mayor que, a pesar de sus problemas físicos, aún puede seguir aprendiendo, con lo cual continúa estimulando su mente y, a la vez, encontrando un sentido de vida (Marcoleta et al. 2014).

Técnicas arteterapéuticas de estimulación cognitiva:

- **Collage de recuerdos:** la palabra "collage" viene del francés "*coller*", que significa “pegar”. El collage en papel como técnica, surge en Japón en el siglo XII, como una necesidad de darle forma dinámica a la caligrafía. Este uso continuó durante el período medieval, aplicándolo a imágenes religiosas en el arte pictórico y, posteriormente, Picasso daría el pie para que muchos otros artistas lo usaran en sus obras, abriendo camino para el arte moderno, el dadaísmo, el pop art, el arte abstracto, el art nouveau y muchos otros. En Escocia, las Galerías Nacionales expusieron en la historia del collage con 400 años de antigüedad, presentando un festival de formas de

papel, decoupage, fotomontaje, fotocollage, cortar y pegar, reciclado, mozaquino, etc. (Stallings, 2016).

A finales del siglo XX se incorpora el collage como una herramienta terapéutica, extendiendo su potencial expresivo más allá del mundo artístico; Moriarty lo usa en un espacio psiquiátrico con un grupo de mujeres con esquizofrenia crónica, mencionando que es positivo este uso porque es “estructurante y menos amenazante” (Moriarty, 1973). Ya en un entorno terapéutico, el collage busca provocar movimiento cognitivo: estimular la memoria y la creación de relatos personales a través de imágenes impresas y la integración de ellas en conceptos reconocibles. Hernández (2023) propone un programa de estimulación cognitiva-motriz para adultos hospitalizados, donde utiliza el collage en varias de sus sesiones; el objetivo es recuperar recuerdos asociados a imágenes visuales y reelaborar relatos, a la vez que se utilizan las manos para cortar, trozar y pegar como estímulo motriz. Se ha utilizado en arteterapia como una actividad de comunicación verbal, pero según Landgarten el collage tiene un potencializador proyectivo, por lo que en 1993 creó una evaluación proyectiva multicultural llamada Magazine Photo Collage (MPC) con un protocolo estricto de seguimiento donde toma en cuenta si las imágenes son cortadas o arrancadas, si se tiene cuidado en colocar o se coloca aleatoriamente, qué ha significado la selección y el orden de colocación, etc. (Stallings, 2016). Las obras de Miriam Schapiro y su exploración de la feminidad e identidad a través del collage son un ejemplo; acuñó el término “femmage” para identificar sus obras, un constructo entre collage, pintura y bordado. Es considerada clave en el movimiento feminista.

Figura 8

Miriam Schapiro, Explode, 1972

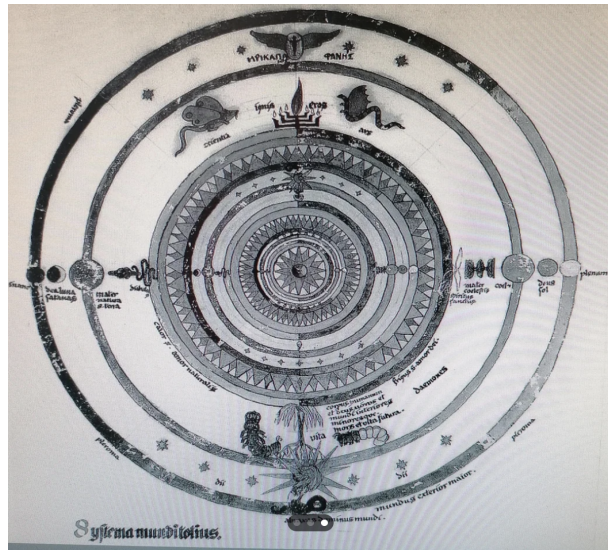


- **Mandalas:** según la Enciclopedia Británica, el mandala es un símbolo circular geométrico de forma concéntrica repetitiva que representa un momento sagrado de relación con la consciencia, el universo y la naturaleza. Su nombre viene de un origen sánscrito que significa “*círculo sagrado*” (Tsering, 2015); es un diagrama simbólico utilizado para la meditación por las culturas tibetanas, budistas, hindúes, convirtiéndolo en un elemento espiritual (Tshering, 2017). Gracias a la publicación de los libros Rojo (2009) y Negro (2020) de Carl Jung, el psicoanálisis comprende al mandala como un camino hacia el interior, a través del cual surgen elaboraciones de imágenes arquetípicas que representan el inconsciente. Los símbolos funcionan como un puente de conexión entre el mundo interno (inconsciente) y el externo (consciente). Su elaboración se aborda desde su realidad y su estado anímico presente y se predispone a un espacio consciente de paz y tranquilidad interior. Libera de forma inconsciente posibles conflictos psíquicos, convirtiéndose en una herramienta valiosa para el autoconocimiento (Tucci, 1978). Otra de las funciones que posee el mandala es

la de ser sintetizador de la realidad, es decir, que ayuda a ordenar los elementos del mundo exterior mediante una abstracción de lo esencial y vital. (Tshering, 2015).

Figura 9

Mandala elaborado por Jung: Sublimación visual de los siete sermones

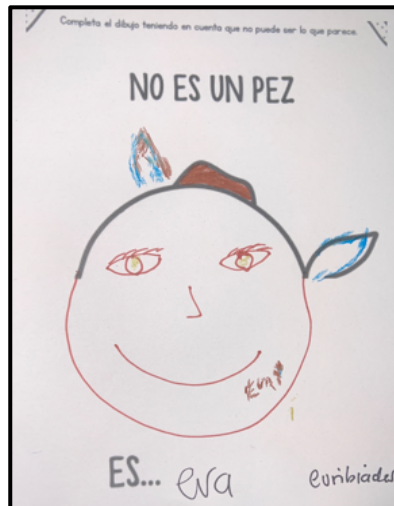


- **El dibujo:** por más de 30,000 años se ha podido evidenciar la evolución cognitiva humana a través de los dibujos y sus infinitas representaciones simbólicas (Cavanagh, 2005). Es una forma de imitación de la realidad, lo que supone una existencia de imágenes mentales previas que, puestas en ejecución, movilizan una serie de recursos psíquicos y físicos. Lusebrink (2010) propuso la importancia de estudiar a nivel neurológico la activación funcional de diferentes zonas cerebrales que produce el dibujo. Se pueden identificar las habilidades visoespaciales, los mecanismos de atención, las representaciones mentales del espacio, el conocimiento conceptual, la atención, la planificación, el control del movimiento, entre otras estructuras neurológicas que intervienen en la elaboración de un dibujo (Trojano, 2009). El dibujo

constituye un lenguaje capaz de recoger en toda su amplitud un abanico de posibilidades relacionales (González-Vásquez, 2023). Desde el psicoanálisis, se le da un enfoque proyectivo, pues se considera que puede servir como exploración del inconsciente, donde se pone de manifiesto la personalidad (Koch, 1962). El uso del dibujo en el área clínica se ha extendido con una finalidad diagnóstica y de tratamiento desde el siglo pasado, primero en Francia (Simon, 1888) y luego en Alemania (Morh, 1906). Para los años 50, crece el uso como diagnóstico en América y se utiliza en muchas pruebas como Bender, Benton, Goodenough o dibujo de la figura humana, test del árbol, Machover o pruebas inducidas como el Rorschach, el TAT o el CAT. Todas coinciden en que el dibujo tiene un contenido latente y manifiesto sobre el cual el individuo proyecta su realidad inconsciente, sus conflictos, su vida afectiva, su entorno. En adultos, la prueba del reloj (Clock Drawing Test CDT) o la versión de manos PDR-M se ha usado para evaluar la función cognitiva: planeamiento, memoria visual, auditiva, reconstrucción de imagen gráfica, habilidades visoespaciales, entre otros, para detectar una demencia (Nilton, 2011). También como tratamiento, existe un sinnúmero de técnicas de dibujo estimuladoras como: dibujos incompletos, similitudes, dibujando en familia, figuras desfiguradas, etc. Considérese que todo dibujo tiene un efecto catártico y la catarsis permite que el símbolo se ponga en movimiento y comience el proceso curativo (Furth, 2005).

Figura 10

Taller de Dibujo alterno. Paciente dibujó a Eva a partir de un estímulo contrario

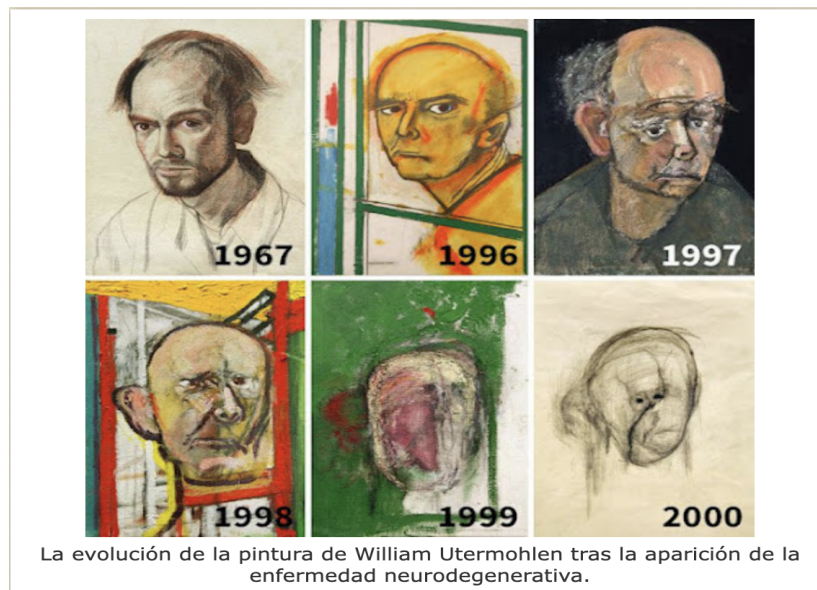


- **El autorretrato:** el ser humano tiene necesidad de mostrarse a sí mismo en su entorno; la experimentación de su autorrepresentación como mecanismo de autoconocimiento refleja esa búsqueda de sí mismo y el encuentro con la aceptación o el rechazo del yo. La representación simbólica del yo puede proyectar conflictos internos, dolor físico o psíquico, como el caso de la obra de Frida Kahlo o Francesca Woodman, que crearon un alter ego, un doble, un espejismo o tal vez un reflejo, para representar ese yo dolido (Molina Ruiz, 2016). El autorretrato que creó Van Gogh en el asilo de St. Remy fue una reafirmación de su identidad como artista ante el mundo. El dibujo del sí mismo puede servir como punto de discusión sobre la autoimagen corporal; esto particularmente es importante en pacientes que han sufrido abuso sexual, trauma o trastornos alimenticios (Muri, S. 2007). En el envejecimiento, el autorretrato ha sido usado para comprender la evolución del deterioro cognitivo; por ejemplo, en la

enfermedad de Alzheimer, Lev-Wiesel & Hirshenzon-Segev (2003) encontraron que las personas con Alzheimer iban omitiendo detalles conforme la enfermedad avanzaba, llegando incluso a omitir ojos o rasgos fundamentales. Se puede suponer que la ausencia de ojos o de boca en los dibujos esté relacionada con los cambios que sufre la vista o la pérdida de dentadura en el envejecimiento (Morin, 1998). El pintor William Utermohlen fue diagnosticado con Alzheimer en 1995 y decidió crear una serie de autorretratos que mostraban la evolución de su enfermedad desde 1996 al 2000. En ellos se pueden evidenciar los cambios, pérdida de detalles, perspectiva, proporciones, trazos y complejidad de policromía mientras el deterioro avanza hasta llegar a un mero garabato.

Figura 11

Evolución de autorretrato de William Utermohlen de 1967 a 2000 durante su deterioro neurocognitivo



- **Máscaras:** desde la antigüedad, las máscaras han estado presentes en diferentes civilizaciones como elementos mediadores en la interacción con otros, para ceremonias o rituales; se usaban para proteger espiritualmente o representar a los dioses. En la antigua Grecia o en Roma, las máscaras eran usadas para representar personajes teatrales de comedia o tragedia. En Japón, alrededor del S. XI, los samuráis usaban máscaras “*mempas*” para intimidar a sus enemigos. En África se usa en muchas culturas como símbolo de representación de ancestros o en rituales mitológicos, espirituales o de caza. Para finales del S. XIII, comenzó a usarse en los carnavales de Venecia para ocultar la identidad de los participantes y poder incorporarse libre y desinhibidamente en las fiestas (Ballesteros, 2018). En el entorno terapéutico, las máscaras pasan a tomar fuerza a raíz de la propuesta de Carl Jung sobre la “persona y la sombra”. La persona es representada por esa máscara que la sociedad obliga a usar para pertenecer, como una necesidad de adaptación social, conteniendo a la persona dentro del rol (Jung, 1990). Crear una máscara con pacientes puede tener diferentes intenciones; dependiendo de las condiciones y contextos, puede referirse a comportamientos que oculta, a un mecanismo de defensa autoprotector, a la creación de fantasías, a la asociación con símbolos o elementos representativos, etc. (Ballesteros, 2018).

Figura 12

Taller de máscaras en el Hogar San Pedro Nolasco



- **Escritura terapéutica:** en un artículo de Héctor Fernández-Álvarez (2005), coloca a la escritura terapéutica como una extensión de la “*cura por la palabra*” que Josef Breuer (1985) habría usado en el caso de Anna O. La palabra y el lenguaje son la simbolización de experiencias internas y elaboración de conflictos psíquicos (Cebolla Lashera, s. f.). Según Pennebaker (1997), la escritura usada como terapia permite la exploración de pensamientos profundos promoviendo el bienestar psicológico. Es considerada en terapia como una herramienta de elaboración de experiencias traumáticas que promueve la reflexión, reelaboración e integración de traumas en un nuevo contexto (Wright & Chung, 2001). Como toda estimulación cognitiva, la escritura tiene la base en la plasticidad del cerebro, el potencial de reserva y los principios de la rehabilitación neuropsicológica. No se centra solo en las zonas deterioradas, sino que trabaja en las preservadas, manteniendo la capacidad mental, evitando la desconexión del entorno, fortaleciendo las relaciones sociales y estimulando la identidad y autoestima (Carrascal y Solera, 2014). En el envejecimiento,

la capacidad creadora no se extingue, se resguarda en el pensamiento y la fluidez de las ideas. La estimulación del pensamiento creativo es vital para mantener activa la mente y la imaginación, contribuyendo a prevenir el deterioro cognitivo durante la vejez (Carrascal y Solera, 2014). Ejercicios de escritura terapéutica pueden ser: diarios terapéuticos, registros de gratitud, cartas, autobiografías, narraciones personales, caza palabras, historias con realismo mágico, cuentos costumbristas personalizados, diálogos escritos y muchos más.

Figura 13

Taller de escritura terapéutica, Hogar Virgen de Loreto, 2024



2.10.2 Arteterapia como Estimulación Multisensorial (EMS):

El término EMS está basado en la suposición de que el mundo que nos rodea está lleno de luz, color, sonido, olor, sabor y texturas que informan a nuestros sentidos sobre la existencia de la realidad de las cosas, lugares, personas, etc. (Marante, 2015). La estimulación multisensorial es una técnica terapéutica que busca activar y mejorar

el funcionamiento de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto) a través de experiencias sensoriales controladas. Esta metodología se utiliza especialmente en personas con discapacidades cognitivas, trastornos del desarrollo, demencia o envejecimiento patológico, ya que ayuda a mejorar la conexión con el entorno, reducir el estrés y promover el bienestar emocional. Un estudio realizado en México con un grupo de 20 personas mayores de 65 años, con trastorno neurocognitivo menor y mayor que se llevó a cabo en el 2109 y que concluye reconociendo una diferencia estadística significativamente alta entre una medición antes y después en las alteraciones conductuales y el distrés del cuidador de un programa de implementación multisensorial para personas con deterioro neurocognitivo. (García-Pérez et al., 2021). Entre las alternativas que la arteterapia ofrece como estimulación multisensorial están:

- **La musicoterapia:** definida por la Asociación Americana de Musicoterapia (AMTA) como una actividad terapéutica de uso clínico, impartida por un profesional que puede abordar objetivos escolares y sanitarios. Entre sus beneficios agrega la AMTA que promueve el bienestar, maneja el estrés, alivia el dolor, expresa sentimientos, mejora la memoria y la comunicación, promueve la rehabilitación física, crea historias y construye encuentros. En las sesiones se pueden utilizar una serie de elementos y técnicas que dependerán de las condiciones del paciente, los niveles cognitivos y los cuidados que éste requiera, incluso enfoque espiritual (AMTA, 2018).

El Instituto de Estudios Sociales y Sociosanitarios de España propone la musicoterapia para personas mayores, por los siguientes objetivos: 1) a nivel cognitivo,

ayuda a mantener habilidades verbales, ya que el ritmo permite sostener atención, concentración, memoria y lenguaje; 2) a nivel físico, promueve el movimiento corporal beneficioso para articulaciones y músculos, favorece el sistema motor y el equilibrio; y 3) a nivel emocional, facilita las relaciones interpersonales, permitiendo una mayor interacción, un menor aislamiento y abandono de sí (ISES, 2016). La música compromete todo el cerebro, desde el oído al receptor los sonidos que viajan por el tallo cerebral y el mesencéfalo hasta llegar al córtex auditivo, donde se procesa la información. El hemisferio izquierdo razona el volumen y la letra y el hemisferio derecho coordina la percepción y la memoria musical. Al escuchar música se aumenta el flujo sanguíneo en el lóbulo temporal y occipital derecho y se estimula el área de la boca encargada del lenguaje en el hemisferio izquierdo. La corteza prefrontal del rostro medial reconoce tonos y estimula la memoria; el lóbulo temporal derecho se encargará del procesamiento básico del sonido y de separar la armonía de otros tonos (Montero, 2010). Hay suficiente evidencia para reconocer que la música utilizada en entornos de rehabilitación y estimulación de diferentes patologías tiene resultados de mucha utilidad, sobre todo en el campo de la geriatría (Hui-Chi 2015). Se pueden identificar dos tipos de enfoques en musicoterapia: el activo, donde las personas son invitadas a participar activamente con instrumentos musicales, círculo de tambores, elaboración de instrumentos, seguimiento de ritmos, bailes, cantos o movimientos guiados; y el pasivo, donde las personas se convierten en receptoras de sonidos en armonía, activando la escucha activa, la memoria y la atención. Según Irish et al. (2006),

escuchar música provocaba una mejora en las escalas AMI de pacientes con Alzheimer (Gutiérrez-Carrillo, 2017).

Figura 14

Taller de musicoterapia con residentes de Hogar Virgen de Loreto



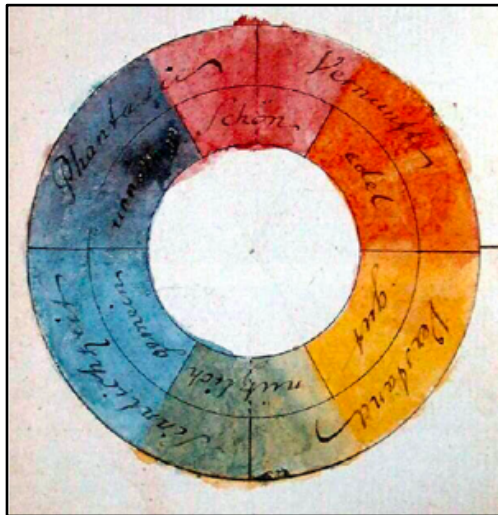
- **La pintura:** realizar estimulación sensorial con personas con enfermedad de Alzheimer o DCL es positivo, pues activa estructuras cerebrales como el tálamo, que se encarga de recibir la información y transformarse en respuesta motora y la conducta. La información debe ser atractiva para que se convierta en estímulos capaces de provocar atención. Elementos como el color en la pintura, la intensidad, el tamaño, la relevancia, el movimiento, etc., son algunos de los mencionados (Hernández, 2021). Los estudios de Timmermann et al. (1999) exponen a los estímulos sensoriales visuales o auditivos como fundamentales en el aumento de ondas beta del

lóbulo frontal y parietal y en la potencia alfa relativa en los lóbulos parietal, frontal, occipital y temporal (Koo Whang, 2019). Debido a que la expresión artística es polimatérica, la activación cerebral estará supeditada al tipo de actividad artística que realice. La realización de una obra pictórica requiere de la observación de elementos que estimulan regiones cerebrales asociadas con la creación y, a la vez, elabora una conducta motora eferente de respuesta. David Freedberg y Vittorio Gallese (2007) sugieren que la pintura de imitación activa las neuronas espejo, siendo las responsables de una respuesta emocional asociada a la percepción y apreciación artística. La pintura libre, la dactilopintura, el puntillismo, al igual que el dibujo libre, se convierten en instrumentos de proyección de recuerdos, en forma de comunicación alterna y estimulación motriz, sobre todo con personas donde el lenguaje está reducido (Chávez-Rengifo, 2019).

- **El color:** el primero en determinar al color a través de su experimento con un prisma que descompuso la luz solar en los siete colores del arcoíris fue Isaac Newton. Goethe, uno de los principales críticos de su teoría, adiciona lo organobiológico del ojo a la mediación entre la luz y los colores e introduce el elemento de la retina como receptor de efectos cromáticos. Goethe negó que los colores formaran parte de la luz; más bien eran gradaciones del contacto de la luz con la oscuridad y tradujo esto en un círculo cromático binario, amarillo/azul, construyendo a partir de aquí, debido a la intensidad de cada color, el siguiente (Pimentel, 2015).

Figura 15

Círculo cromático de Goethe: “Los colores son actos de luz y actos de sufrimiento”
(1810/1992).



Comprender las características y la percepción del color permite percibir su efecto psicológico; los colores influyen en el cuerpo directa o indirectamente; el 80% de la percepción visual es a través del contraste de la luz y la sombra. Los colores neutros pueden interpretarse como efectos positivos o negativos; los colores cálidos se consideran estimulantes del sistema nervioso, atraen la atención; los colores fríos se consideran calmantes y en armonía. En un espacio terapéutico, puede ser usado como una herramienta práctica (Nazanin, 2017). Tomando en cuenta estos aspectos, se ha desarrollado una terapia por el color o cromoterapia, que estudia la influencia de los colores en el comportamiento humano, utilizando los distintos efectos de la luz para

influir en los estados emocionales, mentales y físicos de los pacientes (Reyes-Perez, 2001).

2.12.3 Arteterapia como Estimulación psicomotriz:

La psicomotricidad integra las funciones cognitivas, sensoriales, emocionales de la persona con un contexto psicosocial. Según Alicia Ruíz e Isaac Ruiz (2017), la psicomotricidad es una técnica que tiende a favorecer el dominio del movimiento corporal, la relación y la comunicación con el mundo a través de objetos. Se incluye tanto lo psicológico como los estados de ánimo, la autoestima, el autoconocimiento, las emociones o la personalidad y lo motriz físico a través de la manipulación de objetos, la coordinación visomotora, el ritmo, la lateralidad, los reflejos, la consciencia corporal o el equilibrio (León et al., 2021). La disminución de la capacidad funcional en el adulto mayor genera mayor dependencia de un cuidador sobre las actividades diarias; aparece el concepto de “fragilidad”, como aquellos aspectos que ponen en riesgo la integridad física de la persona mayor. Linda Fried define la fragilidad con el cumplimiento de 3 de los 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de velocidad de marcha y pérdida de peso. (Jauregui, 2012). A estos factores se suman otros sociodemográficos como el sexo femenino, el nivel socioeducativo bajo, entre otros, concluyendo que la fragilidad y la discapacidad no son sinónimos, pero tampoco son excluyentes entre sí. Sobre este concepto se basan los causales de la fragilidad que pueden ser atendidos o reconocidos, a fin de proponer tratamientos que eviten la presencia de un alto riesgo de incapacidad, mayor vulnerabilidad ante eventos adversos, mayor morbilidad e incluso muerte.

Entre las actividades arteterapéuticas propuestas para estimulación motriz están:

- **La arcilla:** el proceso de manipular, moldear, esculpir la arcilla tiene una característica fundamental basada en la concepción de la expresión artística, no como producto final, sino como proceso en sí. Es un material moldeable, adaptable, sensible que ha sido incorporado en tratamientos coadyuvantes a personas con discapacidad física e inclusive en cuidados paliativos a nivel hospitalario. Debido a la naturaleza táctil neutral, ofrece una ventaja sensoriomotora (Abramowitz K., 2013). Sholt y Gavron (2006) resumieron en 6 cualidades terapéuticas de trabajar la arcilla como psicoterapia: 1) facilita la expresión de emociones, 2) permite catarsis, 3) facilita la comunicación verbal, 4) revela el material inconsciente, 5) concretiza y 6) simboliza. Thomson y Kavanagh (2011) lideraron un taller en la conferencia sobre arteterapia de la Asociación Canadiense de Arteterapia (CATA) sobre la incorporación de arcilla en trauma, aplicando la técnica del aquí y ahora en mujeres, niños y jóvenes que han experimentado abuso y violencia sexual y cómo transforman el trauma a través de la arcilla. La evidencia sobre el uso de la arcilla en pacientes con demencia es escasa; no se han podido demostrar los efectos con resultados a largo plazo ni tampoco definir el límite de tiempo de la temporalidad del beneficio; sin embargo, la propuesta de trabajar de manera desestructurada, permitiendo la expresión en el aquí y el ahora, prevalece, según comenta Lee Doric-Henry Med. (2013) en su artículo para la Asociación

Americana de Arteterapia, en su publicación sobre el trabajo con cerámica aplicado a un hogar de personas mayores residentes, en el que concluye que la capacidad de autogestión iba en aumento, así como la aceptación a las texturas del material en sí, gracias a la confianza que adquirirían poco a poco con los materiales (Lee Doric. Henry Med., 2013).

Figura 16

Sesión de modelado con arcilla, “el doble vientre”, MAI Center 2023



- **La danzaterapia:** En la búsqueda constante de alternativas no farmacológicas que favorezcan el rendimiento cognitivo y psicomotor en personas mayores, la danza ha emergido como una herramienta terapéutica relevante. En una revisión de la literatura de los últimos 10 años, Menezes et al. (2022) identificaron 193 estudios que evidencian los beneficios de la danza en la función cognitiva y en la mejora del estado de ánimo en adultos mayores.

La danza, como expresión artística y cultural que utiliza el movimiento corporal, trasciende el tiempo y el espacio, y sus efectos se han vinculado con procesos de neuroplasticidad, especialmente en pacientes con enfermedades neurodegenerativas

como el Parkinson (Hayes, 2016). Aunque las intervenciones difieren en duración, frecuencia, estilos y ritmos, los hallazgos coinciden en señalar efectos positivos, en particular sobre la memoria, que aparece como la función cognitiva con mayores beneficios (Lazarou, 2017).

En conclusión, las diferentes técnicas, estrategias y actividades arteterapéuticas constituyen una alternativa no farmacológica que favorece tanto la expresión emocional como la funcionalidad motriz y cognitiva. Estas prácticas no solo contribuyen a mitigar los efectos de la fragilidad, sino que también potencian procesos de neuroplasticidad y fortalecen la autogestión, el bienestar y la integración social de las personas mayores.

3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la investigación, se propuso estudiar el efecto de la aplicación de un programa de intervención con técnicas arte terapéuticas en la salud cognitiva y mental en un grupo de personas mayores residentes en el Hogar Virgen de Loreto de la ciudad de Panamá. Fue un estudio transversal cuantitativo, cuasiexperimental, en el que se incluyó a un grupo preseleccionado de participantes a quienes se midieron sus estados emocionales y estados cognitivos: una preevaluación, una postevaluación posterior al programa de arteterapia y una post-post evaluación. Además, se incluyó a los voluntarios y cuidadores que participan en el programa.

El programa de arteterapia presentado constó de un plan de 18 sesiones con frecuencia semanal que incluyeron técnicas plásticas visuales como dibujo, pintura, modelado con arcilla, escritura, collage y las técnicas sensoriales como musicoterapia, danzaterapia y canto y posteriormente un refuerzo de 10 sesiones. Cada una de las actividades fue analizada en su valor intrínseco de importancia, considerando las capacidades, funcionalidades o sensibilidades de las personas mayores participantes.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de adultos mayores institucionalizados en la República de Panamá, según datos de INEC 2015, representa a 1,605 personas en 81 albergues, de los cuales 743 son hombres y 862 mujeres. La muestra fue tomada seleccionando uno de esos albergues: Hogar Virgen de Loreto, ubicado en Hato Pintado, corregimiento de Pueblo Nuevo, en la Ciudad de Panamá. Este hogar tiene una población residente de $N=29$ personas mayores con diferentes discapacidades, funcionalidades y psicopatologías presentes. El promedio de edad es de 81.6 años, siendo la mínima 61 y la máxima 92. Durante el tiempo que transcurrió entre la entrevista inicial a la directora y el inicio de la primera prueba, ingresaron 9 personas más, hubo 4 personas fallecidas y 5 retiradas por sus familiares. De esta población se seleccionaron a las personas cuyas patologías no eran severas y cuya funcionalidad no estaba severamente comprometida. Se seleccionó inicialmente una muestra de $n=19$. A estas personas se les aplicó la prueba de tamizaje inicial Mini-Cog, la cual permitió seleccionar la muestra final de $n = 14$. Dado que éste fue un estudio piloto, la muestra no fue representativa y el muestreo no fue probabilístico, sino por conveniencia.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN:

- El albergue debía tener condición de público, es decir, ser un albergue mantenido a base de donaciones, ya sea de cualquier iglesia o donaciones particulares o familiares o que reciba subsidio del gobierno.
- El albergue debía estar estructurado de acuerdo con la intervención y otorgar una carta de aceptación y un consentimiento, informado sobre el programa y su medición.
- Los participantes debían ser personas mayores institucionalizadas de manera permanente dentro del albergue seleccionado.
- Los participantes debían aceptar de manera voluntaria participar en las actividades.
- Los participantes debían tener puntuaciones en el Mini-Cog dentro del punto de corte de 2 puntos o más.
- Los participantes debían tener un nivel de funcionalidad de medio a alto para participar activamente en los talleres propuestos.
- Los participantes debían participar de todas las actividades propuestas de manera consecutiva, con un máximo de ausencia de dos talleres.

EXCLUSIÓN:

- Personas mayores con residencia temporal o que pasan tiempos cortos en el albergue.

- Personas mayores que cuentan con el soporte de una familia que los visita, los sostiene y hace actividades lúdicas con ellos.
- Adultos mayores que, aunque habitan en los albergues seleccionados, no participan en los talleres debido a su condición de poca o nula funcionalidad y poco o nulo lenguaje o método de comunicación.
- La persona que decida retirar el consentimiento informado y dé por terminada la medición.
- Personas que sean retiradas del albergue por temas de salud o decisión familiar.

3.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Tabla 3

Definición de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad, género, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad. Para el presente estudio se consideraron edad, género y nacionalidad.			
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Información obtenida de los registros de residentes en el albergue.	Continua
Género	Condición orgánica referente al sexo biológico al nacer.	Información obtenida de los registros de residentes en el albergue.	Dicotómica
Nacionalidad	Vínculo jurídico que une a un individuo con un Estado.	Información obtenida de entrevista individual	Nominal
Nivel de instrucción	Determinado por la cantidad y el tiempo de	Dato obtenido por el número de años de escolaridad.	Ordinal Nominal

	educación que una persona ha completado.		
ESTADO DE ÁNIMO Medición situacional de los factores que afectan el estado de ánimo de las personas mayores institucionalizadas en albergues públicos y que presentan afectación en los factores de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría.			
ANSIEDAD	Respuesta emocional y fisiológica ante la percepción de una amenaza real o imaginaria.	Se midió con la aplicación de la prueba EVEA, que mide estados de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría, pre y post intervención.	Continua Dependiente
DEPRESIÓN	Estado emocional caracterizado por tristeza permanente, pérdida de interés o placer en actividades habituales, alteraciones de sueño, apetito, energía, concentración, afectando la calidad de vida y funcionamiento diario.	Se midió con la aplicación de la prueba EVEA, que mide estados de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría, pre y post intervención.	Continua Dependiente
HOSTILIDAD	Sentimiento de animadversión o enemistad que se manifiesta en actitud negativa hacia otros y que conlleva conductas agresivas o destructivas.	Se midió con la aplicación de la prueba EVEA, que mide estados de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría, pre y post intervención.	Continua Dependiente
ALEGRÍA	Estado de ánimo, emoción o sentimiento subjetivo de felicidad, goce y satisfacción, medido a través de indicadores.	Se midió con la aplicación de la prueba EVEA, que mide estados de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría, pre y post intervención.	Continua Dependiente
SALUD COGNITIVA Abarca diversas funciones cerebrales y se ve afectada por varios factores como edad, estado de salud general, estilo de vida y la exposición a factores de riesgo.			
COGNICIÓN	Capacidad mental para procesar, almacenar y utilizar información, incluyendo funciones como atención, memoria, lenguaje, razonamiento, y resolución de problemas.	La cognición se midió a través de la aplicación del test de MoCA pre y post intervención.	Continua Dependiente

NIVEL DE SATISFACCIÓN E IMPACTO Medida del grado en que una persona o grupo de personas se sienten complacidos o satisfechos con algo como producto, servicio, experiencia o incluso estado de ánimo.			
Nivel de satisfacción	Medición de la respuesta que la persona tiene con respecto a un servicio o producto recibido.	Se utilizó una encuesta de satisfacción CSQ-8, adaptada para cuidadores, que midió su nivel de receptividad de las actividades, verificando si de alguna manera alivió su carga de trabajo con un estado de ánimo positivo de las personas mayores a quienes cuida y si se siente satisfecha con lo realizado.	Ordinal Dependiente
Nivel de impacto	Cambio o efecto resultante de una intervención o exposición a una variable independiente en términos de salud o bienestar.	Se utilizó un cuestionario de 5 preguntas para medir el nivel de impacto en su vida, si ha habido algún cambio en ellos a partir de los talleres.	Ordinal Dependiente
PRE Y POSTEVALUACIÓN Mediciones tomadas antes y después de una intervención o cambio, respectivamente, para medir el impacto o efecto de la intervención.			
Evaluación previa a la intervención	En investigación en salud, la preevaluación se realiza antes de una intervención o cambio específico, siendo el estado inicial que se quiere modificar.	En este estudio se usaron las pruebas de MoCA para la función cognitiva global, la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA).	Continua
Evaluación post intervención	En una investigación en salud, la posevaluación es el resultado del impacto de la intervención sobre la variable de interés que se quiere medir.	Posterior al programa de 6 meses de intervención, se realizó la posevaluación, aplicando nuevamente el test de MoCA, la escala EVEA y el cuestionario de Satisfacción de cliente CSQ-8.	Continua
Evaluación de seguimiento	Como parte de un proceso continuo de medición y análisis del impacto de la intervención, se recopilan datos relevantes sobre los indicadores de bienestar y cognición en el tiempo.	Posterior a 4 meses de la última medición, se vuelven a aplicar las pruebas de MoCa y la escala EVEA.	Continua

3.5 INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos y evaluación del impacto de las técnicas arteterapéuticas en los estados emocionales y cognitivos de los participantes, se empleó una combinación de instrumentos estandarizados y técnicas de observación antes (pre-test), después (post-test) y, finalmente, una evaluación de seguimiento o un post-post test después del programa de refuerzo de la intervención.

1. Test de preselección Mini-Cog (Borson et al., 2000): es una prueba de corta duración, de fácil aplicación y que no constituye una carga excesiva para el paciente; su ejecución dura aproximadamente de 3 a 5 minutos. Es una prueba que se usa con frecuencia para evaluar la cognición en pacientes adultos mayores de diversos ámbitos. Se divide en dos partes: en la primera se pide que escuche atentamente, recuerde y repita 3 palabras no relacionadas; luego se indica que dibuje la cara de un reloj en un papel en blanco, con una hora específica: 11:10. Luego, se pide recordación de las tres palabras; si el paciente recuerda las tres palabras, es indicativo de no demencia. El dibujo del reloj califica como normal si el paciente dibuja un círculo completo y cerrado, si todos los números están presentes y en la posición y secuencia correctas en el círculo y las manecillas, indicando la hora solicitada. La puntuación está entre 0 y 5, según Doerflinger, C. (2007). El Mini-Cog ha sido aplicado exhaustivamente en diversos entornos poblacionales; aunque no es una prueba diagnóstica definitiva, sí es una prueba de cribado que ayuda a identificar demencia tempranamente. Borson S. et al. (2000) probaron su validez y fiabilidad como herramienta de detección de deterioro cognitivo (American Journal of Nursing, 107(12): p. 62-71, diciembre 2007). Debido

a su facilidad de aplicación y brevedad, se utilizó como prueba de tamizaje inicial para preseleccionar a las personas que podían participar dentro del programa, siendo la condición que la persona debía tener una puntuación de 2 como mínimo para poder participar.

2. Montreal Cognitive Assessment, Test de MoCA (Ziad Nasreddine, 1995):

es una breve prueba de cribado diseñada en 1996 por el Dr. Ziad Nasreddine, con el fin de evaluar la función cognitiva. Explora 6 dominios: memoria, capacidad visuoespacial, función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y orientación en tiempo y lugar. Sin embargo, existen varias versiones de la prueba, de acuerdo con la población a la que se aplique, el país, el idioma o el nivel educativo. La versión original y más común es el “MoCA Full”, validado con más de 7000 estudios revisados por pares, el cual ha demostrado ser más eficiente que el MiniMental en la detección de deterioro cognitivo leve y en la enfermedad de Alzheimer. En esta versión completa el punto de corte se estableció en 25/30. Sin embargo, posteriormente se generó una versión alternativa para población con diferentes tipos de discapacidad, MoCA Basic Blind (MoCA-B). Esta se califica sobre 22 puntos y la aplicación tarda entre 10 y 15 minutos. El punto de corte es 18/22. Por lo tanto, para el presente estudio, aplicado en su mayoría a personas con discapacidades, se utilizó el MoCA-B. En el presente estudio, esta prueba se aplicó al inicio del programa, a la mitad del programa y 3 meses después, como seguimiento para evaluar las funciones cognitivas implicadas en el ejercicio de hacer arte durante el programa. Los puntos de corte para la escala MoCA-B con puntaje de 0 a 22 se clasifican según la funcionalidad cognitiva de las

personas; sin deterioro cognitivo: puntuaciones de 18 y más; deterioro leve: puntuaciones entre 14 y 17; deterioro moderado: puntuaciones entre 10 y 13; y deterioro severo para puntajes menores de 9 (Moca Cognition).

3. La Escala de Valoración de Estado de Ánimo (EVEA) (Sanz, 2001): mide el estado de ánimo en tiempo presente, bajo cuatro variables de carácter situacional: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. El objetivo de la aplicación es determinar una planificación adecuada de tratamiento, basado en el análisis funcional de la conducta

(Virués-Ortega & Haynes, 2005). Consiste en 16 ítems, cada uno con una escala tipo Likert de 11 puntos que van de 0 a 10, agrupadas en las 4 subescalas de ansiedad, depresión, hostilidad y alegría. Todas las frases de los ítems inician con “me siento...” y continúan con un adjetivo que describe el estado actual de la persona. Por lo tanto, se encuadra dentro del tipo de instrumentos de evaluación psicológica conocidos como listas de adjetivos. Este tipo de instrumentos es de fácil aplicación y proporciona un máximo de información descriptiva con poco tiempo de utilización (Ávila Giménez, 1991a). Adicionalmente, es un instrumento que permite una repetición de aplicación dada su sensibilidad para reflejar cambios. El factor I: depresión; se identifican los ítems 4 (melancólico), 7 (alicaído), 16 (triste) y 10 (apagado); para el factor II: ansiedad, los ítems 1 (nervioso), 5 (tenso), 9 (ansioso), 13 (intranquilo); para el factor III: alegría, los ítems 15 (contento), 12 (jovial), 3 (alegre), 6 (optimista); para el factor IV: hostilidad: los ítems 14 (enfadado), 8 (enojado), 2 (irritado) y 11 (molesto). Este instrumento, aunque invita a ser autoadministrado, debido a las condiciones de los residentes con discapacidad visual o motriz, se aplicó

con la presencia de un voluntario junto a cada residente, quien explicaba las preguntas para valoración pre y post test, al igual que la aplicación de seguimiento. La puntuación total se obtiene sumando las valoraciones de los adjetivos de las subescalas y dividiendo entre 4, con lo que se obtiene la puntuación de 0 a 10.

4. Un diario de campo con registro de observación: en investigación, la observación constituye una técnica básica para producir información de calidad. Los registros se producen sobre lo que sucede en tiempo real, sobre el terreno mismo de la investigación. Elssy Bonilla y Penélope Rodríguez (1997) explican la importancia de focalizar la atención de manera intencional cuando se estudia en campo, para capturar momentos significativos que interactúan sobre los resultados y permitir documentar el proceso, identificando simultáneamente las reacciones inmediatas. El diario de campo es el principal instrumento en el que se registran los procesos observados, siendo parte de la llamada Investigación Acción (IA) propuesta por Kurt Lewin y desarrollada a mitad del siglo XX como una necesidad de accionar sobre la situación social que se observa. Llevar un diario de campo es parte de una propuesta de investigación de acción participativa, que involucra además una serie de acciones sobre las necesidades que se van presentando en la comunidad. Para esto es necesario determinar elementos básicos como: el contexto, es decir, la descripción del lugar donde se encuentran los sujetos que participan y las relaciones entre los sujetos (Martínez, 2007). El diario de campo que se llevó en el presente estudio incluyó observación sobre la aceptación o rechazo de la actividad, la facilidad de manipulación de los materiales propuestos, el estado de ánimo al inicio y al final del taller, además de comentarios y observaciones

finales. Aunado a ello, se aplicaron cuestionarios a los voluntarios de los talleres y a los cuidadores y directores para tener una visión más amplia del impacto de los talleres en el personal que apoya el trabajo con las personas mayores del albergue. Se incluyó en el informe del diario de campo, una entrevista de 5 preguntas que se aplicó a los voluntarios al finalizar el programa, la cual arrojó información cualitativa sobre el sentir, la percepción e influencia, la participación, las expresiones emocionales, la interacción social, la respuesta y evolución del compromiso de los voluntarios con las actividades propuestas.

5. El Cuestionario de Satisfacción (Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8) (Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979): es uno de los cuestionarios más utilizados para medir la satisfacción informada en entornos de atención de salud física y mental. Si bien existen diferentes versiones (que varían de 3 a 18 ítems y la más completa, 31 ítems), el CSQ-8 es el más utilizado; tiene ocho ítems, con cuatro opciones de respuesta con una puntuación que va desde 8 a 32. (Feixas et al., 2012). Los 8 ítems de la escala de satisfacción tienen buena consistencia y confiabilidad; en el estudio original, el coeficiente Alpha fue de .93 y el mismo fue administrado a 248 pacientes de salud mental (Larsen et al., 1979). Larsen reporta que las respuestas del CSQ-8 no están significativamente relacionadas con factores demográficos como educación, ingresos familiares, estado civil, edad o clase social. Hasta ahora, el CSQ-8 parece proporcionar una breve escala estándar con buenas propiedades psicométricas que son aceptables tanto para los clientes como para el personal del programa (Roberts, 2015). Al finalizar el programa, se aplicó este cuestionario a los cuidadores y al

personal responsable del acompañamiento diario de los adultos mayores, a fin de comprender el impacto, la utilidad y aceptación de la intervención.

3.6 PROCEDIMIENTO

3.6.1 Técnica de recolección de datos y procesamiento de información

El presente proyecto de investigación se encuentra bajo el registro de RESEGIS N.3504 y fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Universidad Santa María La Antigua, bajo el número 2024-P025. Posterior a la aprobación, se realizaron los siguientes pasos:

3.6.2 Selección de participantes y reclutamiento

1. Contacto con el albergue para la presentación del estudio y la presentación de documentos de aprobación y consentimiento informado.

2. Convocatoria a voluntarios: que se realizó a través de redes sociales, de la red de voluntarios Panamá, así como de voluntarios permanentes de la Fundación MAI y los programas de servicio social de universidades. A las personas que aceptaron ser partícipes del programa se les procedió con una inducción sobre el programa en general, explicación de las pruebas, código de conducta, metodología de trabajo y cronograma.

3. Se realizó la adquisición de materiales e insumos para los talleres dependiendo del calendario y las necesidades de cada taller.

4. La directora del albergue proporcionó el listado de residentes y los diagnósticos iniciales con los que partió el programa, además firmó el consentimiento

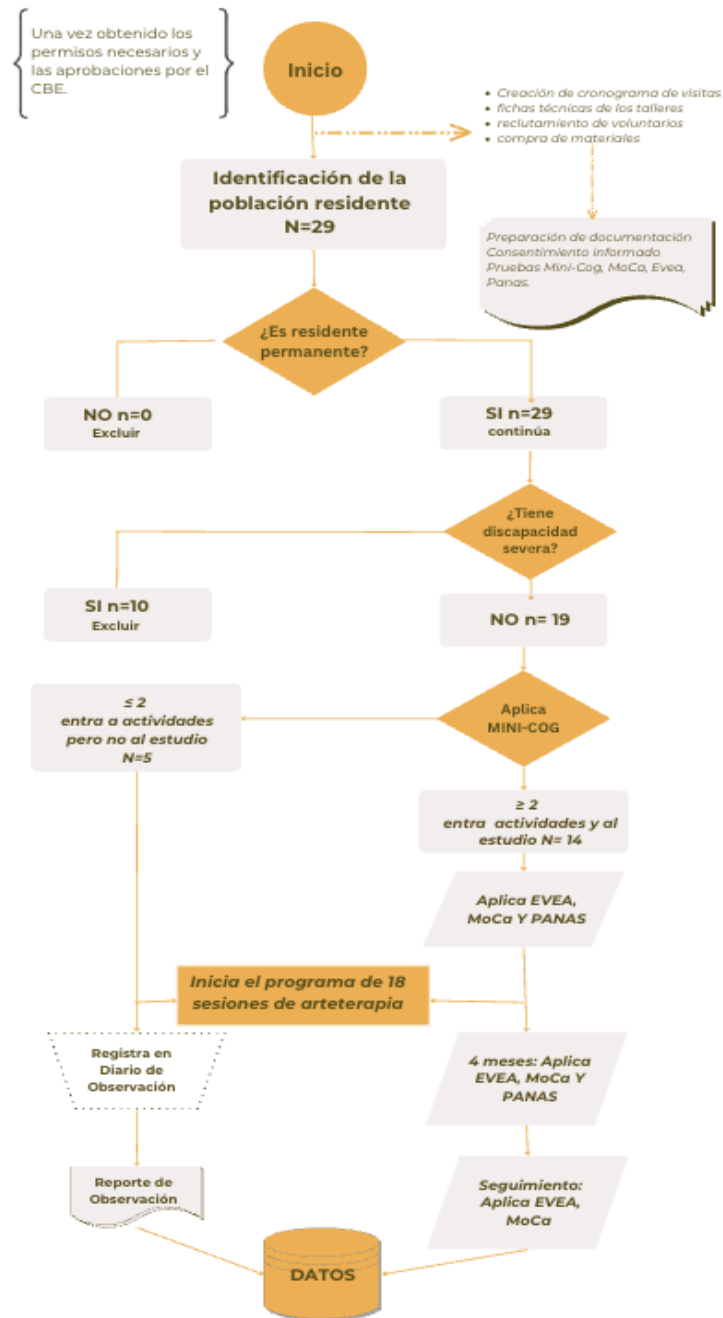
informando en nombre de los residentes que se encontraban institucionalizados al momento de dar inicio.

5. Se procedió a identificar el lugar, vías de acceso y calcular tiempos de llegada; se reconocieron los espacios, la ubicación de las personas, el contexto y las posibilidades o recursos que el albergue posee. Posteriormente, se presentó el programa a la directora y se obtuvieron las aceptaciones respectivas. Se solicitaron los permisos de funcionamiento y licencias correspondientes. Toda la información fue registrada en la bitácora que formó parte del diario de campo.

6. La primera selección de personas participantes estuvo basada en el tiempo de residencia de las personas en el hogar, lo que indicó que todas las personas identificadas eran residentes permanentes del hogar. Posteriormente se seleccionó a las personas que no se encontraban en condiciones de alto grado de dependencia de oxígeno, con estado de conciencia mínima (ECM), con deterioro severo o, en algunos casos, en estado vegetativo persistente (EVP), lo cual redujo la muestra en 10 personas, cuyas capacidades o funcionalidades no les permitieron participar de las actividades. Obteniendo una primera selección para el estudio de $n = 19$.

7. A las personas seleccionadas de acuerdo con el criterio de inclusión, se les aplicó la primera prueba de tamizaje Mini-COG para determinar su nivel cognitivo, asignándoles un código alfanumérico de identificación con el propósito de mantener la confidencialidad. Esta prueba debió aplicarse en dos tiempos diferentes, principalmente debido al amplio estado de deterioro de su entorno y falta de estímulo que provocó desconfianza de los residentes hacia los investigadores; algunas personas

se negaron a responder en la primera toma. La segunda aplicación obtuvo mejores resultados y la muestra final incluyó $n = 14$.

Figura 17*Diagrama de flujo del procedimiento del estudio*

3.6.3 Ejecución del programa

El detalle completo de todo el programa sesión por sesión se encuentra explicado en el Anexo 5, Diario de Campo.

Primera semana: con las personas seleccionadas, es decir, a quienes obtuvieron un puntaje de 2 o más en la prueba Mini-Cog, se les aplicó la preevaluación (pre-test) de las pruebas: EVEA – para determinar los estados emocionales iniciales y MoCA para determinar los estados cognitivos iniciales.

Segunda semana en adelante: a partir de la segunda semana y en adelante, se ejecutó el programa de arteterapia acorde al calendario propuesto, que incluyó 18 talleres semanales, incluyendo los sábados, desde agosto a diciembre del 2024, aplicando cada sesión con un objetivo terapéutico específico, con una duración promedio de dos horas. El horario fue de 9:30 a 11:30 a.m. El programa llevó un registro visual de cada actividad, conservando la confidencialidad de identidad de los participantes y un diario de observación, con información sobre la ejecución misma de los talleres, novedades, respuesta de los participantes, pensamientos y sentimientos de los voluntarios asistentes.

Tabla 4

Programa de actividades semanales

Sesión	Horario	Actividad	Objetivo
1	9:30 a 11:30	Mandalas para el encuentro con el yo.	Elaborar su propio mandala personal, que lo defina e identifique en adelante.

Sesión	Horario	Actividad	Objetivo
2	9:30 a 11:30	Paisajes emocionales	Comprender sus estados emocionales a través de los colores cálidos y fríos (psicología del color).
3	9:30 a 11:30	Collage de recuerdos	Estimular la memoria y la creación de relatos personales a través de imágenes impresas y la integración de ellas en conceptos reconocibles.
	9:30 a 11:30	Musicoterapia	Estimular movimientos motrices a través del ritmo, la memoria musical y el establecimiento de espacio social/relacional.
5	9:30 a 11:30	Pintando en familia	Establecer grupos de apoyo entre los residentes y crear símbolos de pertenencia a través del acrílico y la pintura mural.
6	9:30 a 11:30	Dibujos incompletos	Fortalecer la creatividad, memoria y atención ante la presencia de dibujos incompletos que deben ser acabados.
7	9:30 a 11:30	Pintando emociones	Facilitar un encuentro con sus propias emociones y pensamientos simbólicos representativos.
8	9:30 a 11:30	Memorias en arcilla	Abrir un diálogo con sus propios pensamientos expuestos en arcilla modelada.
9	9:30 a 11:30	Sanando, cantando boleros.	Atender a sus momentos musicales del recuerdo, hacia un encuentro con su propia voz.
10	9:30 a 11:30	Máscaras: el otro yo.	Reconocer las distintas facetas de la personalidad y la relación entre ellas.
11	9:30 a 11:30	Historias con cartones	Estimular la creatividad y el pensamiento divergente, a través de la elaboración de personajes

Sesión	Horario	Actividad	Objetivo
			imaginarios, objetos y lugares que permitan crear historias.
12	9:30 a 11:30	Plastilina feliz	Trabajar la motricidad fina en la elaboración de objetos que asemejen elementos que le hacen feliz en el presente.
13	9:30 a 11:30	Danzaterapia	Estimular el movimiento corporal, el balance y fortalecer el sistema articular, muscular, respiratorio, digestivo, circulatorio y sensorial.
14	9:30 a 11:30	Las historias que nos contamos	Crear historias narradas desde lo personal hacia lo relacional, usando la escritura terapéutica o la narración verbal como cierre de los encuentros.
15	9:30 a 11:30	Círculo de percusión	Estimular la motricidad gruesa a través de activación del pulso para sintonizar con un ritmo grupal, mantener atención y concentración, activando funciones ejecutivas y mejorando el estado de ánimo.
16	9:30 a 11:30	Autorretrato	Explorar la autoimagen emocional, un encuentro con el Yo que la institucionalización ha diluido, fomentar el reconocimiento de sí, de su memoria y su identidad.
17	9:30 a 11:30	Molas de papel	Estimular a nivel motriz fino y coordinación óculo-manual, mientras sensorialmente se activa el contacto con papel rugoso y goma.
18	9:30 a 11:30	Pintura con dedos	Estimular los sentidos a través de la incorporación de colores fuertes, sensación física en los dedos mientras se observa el trabajo del artista Eduardo Navarro en acción.

Postevaluación

Se realizó una posevaluación (post-test) de seguimiento a los participantes con las mismas medidas iniciales: Cuestionario EVEA, test de MoCA; se aplicó un cuestionario de 5 preguntas sobre el impacto dirigido a los voluntarios que participaron en más de 5 sesiones y se un cuestionario CSQ-8 de satisfacción, adaptado para cuidadores de los albergues al finalizar el programa.

Programa de refuerzo

Con el propósito de evaluar la sostenibilidad en el tiempo de los efectos obtenidos durante la intervención arteterapéutica, se diseñó e implementó un programa de refuerzo. Esta fase se implementó después de haber concluido los 18 talleres, buscando fortalecer los avances observados en los estados emocionales y cognitivos de las personas intervenidas. El programa consistió en sesiones quincenales en lugar de semanales y con una nueva programación de talleres. Esta estrategia permitió observar si los beneficios alcanzados podían sostenerse más allá del ciclo original programado, ofreciendo nuevos indicadores sobre la perdurabilidad del impacto de la arteterapia en contextos de institucionalización prolongada. Con esta nueva intervención se cumplieron 28 talleres en total. Finalmente, se aplicaron nuevamente las pruebas de EVEA y MoCA a los participantes.

Tabla 5

Programa de actividades semanales de refuerzo

Sesión	Horario	Actividad	Objetivo
---------------	----------------	------------------	-----------------

19	9:30 a 11:30	Musicoterapia	Estimular movimientos motrices a través del ritmo, la memoria musical y el establecimiento de espacio social/relacional.
20	9:30 a 11:30	Karaoke del recuerdo	Atender a la memoria musical y el reencuentro con la voz. Taller creado para provocar alegría, movimiento y socialización.
21	9:30 a 11:30	Pintura con algodón	Enfocar el pensamiento creativo y colateral, invitando el uso del algodón como mediador para elaborar relieves y texturas.
22	9:30 a 11:30	Mandalas en 3D	Usar elementos alternos a la pintura para llenar de simbolismos una figura de mandala.
23	9:30 a 11:30	Finger painting	Estimular los sentidos a través de la incorporación de colores fuertes, sensación física en los dedos mientras se observa el trabajo del artista Eduardo Navarro en acción.
24	9:30 a 11:30	Cabello de colores	Fortalecer el sistema respiratorio a través de ejercicios de soplar pintura diluida hasta dar forma a cabellos en una base de cartón.

3.7 Consideraciones éticas

El presente estudio se basó en el Código de Buenas Prácticas Éticas de Investigación de la USMA (CBI-USMA) y el Código de Ética del Arteterapeuta elaborado por la Asociación Americana de Arteterapia. Todos los investigadores han realizado cursos de Buenas Prácticas Clínicas. El proyecto se realizó de acuerdo con los reglamentos internacionales sobre el uso ético de seres humanos en la investigación, declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, 2013), Belmont Report (1979), Pautas éticas CIOMS (2016), la Guía tripartita para las Buenas Prácticas

Clínicas (BPC) de la ICH (1996), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Durante todo el momento se preservó la identidad de los participantes, el respeto y cuidado, así como su integridad personal y social. Todas las actividades estuvieron dirigidas a velar por el bienestar de los participantes y del albergue como su centro de cuidado y residencia. Los voluntarios participantes recibieron la inducción previa a las actividades y posteriormente una retroalimentación de sostenimiento emocional, a fin de permitirles expresar sus emociones sobre los encuentros. Todo fue registrado en el diario de campo (Anexo 5).

Los estándares establecidos sobre los que se fundamentó la propuesta aseguran que los investigadores fueron objetivos, honestos y no cometieron prácticas como plagio o falsificación de datos. Se respetó la autonomía de los participantes para abandonar el proyecto cuando en algunos casos lo estimaron conveniente, cuando los familiares los retiraban o por temas de complicaciones en su salud o su vida. El consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética fue aplicado desde un inicio y firmado por la directora del albergue como responsable legal de los residentes, permitiendo que las personas participen en el estudio y en el programa. La identidad de los participantes se mantuvo bajo estricta confidencialidad, asignándose un código alfanumérico a cada residente. La documentación confidencial (formularios, pruebas, cuestionarios, bitácora y trabajos realizados durante la programación por parte de cada participante) se guardará bajo llave por un período de cinco (5) años según la ley panameña. En este caso, la investigadora cuenta con los permisos de las autoridades de las instituciones asociadas para realizar el proyecto: MINSA, USMA, Albergue Virgen

de Loreto. Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron validados en población latinoamericana. La información que ha sido recolectada para la línea base está apropiadamente almacenada y se utilizó de manera responsable.

4. CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron en el programa SPSS versión 30.0. Inicialmente se realizaron los análisis descriptivos para las variables sociodemográficas, para MoCA y EVEA. Posteriormente, se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para evaluar los cambios en cognición global, ansiedad, hostilidad, alegría y tristeza entre el pre-test, el post-test y el refuerzo. Además, se obtuvieron los números y porcentajes para la Escala de Satisfacción aplicada a los cuidadores.

4.2 Resultados

4.2.1 Datos sociodemográficos

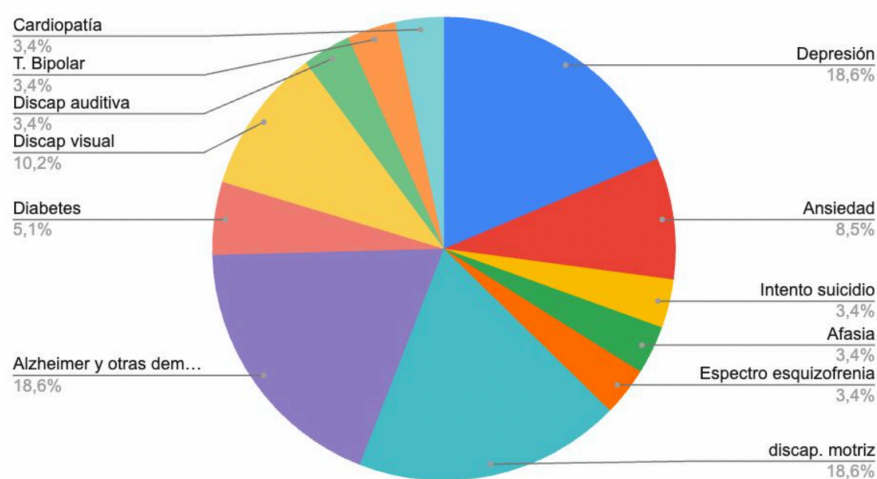
Los datos sociodemográficos arrojaron que la muestra tenía en promedio una edad de 79.2 años, con un rango de edad de 70 a 92 años. Se evidenció una distribución de género de un varón (0.07%) y 13 mujeres (93.0%). Debido a que todos son residentes, no se consideró la variable de nivel socioeconómico. El 64.3% son de nacionalidad panameña y el 35.7% son extranjeros (Colombia, Ecuador y Rusia).

Los diagnósticos reportados por la administración del albergue son las demencias, mayoritariamente Alzheimer en diferentes grados, desde leve hasta severo.

En cuanto a discapacidad física, la motriz es la predominante, cubriendo a un cuarto de la muestra. Hay un nivel de comorbilidad bastante alto, pues la misma persona puede tener algún tipo de demencia y, paralelamente, tener discapacidad motriz y afasia. De igual manera, se encontró una alta comorbilidad de ansiedad con depresión crónica e intento de suicidio. La discapacidad visual y auditiva es comórbida frecuente con la diabetes y la discapacidad motriz.

Figura 18

Diagnósticos de enfermedades y condiciones de salud de los participantes



Nota: Datos tomados de muestra del estudio n=14

4.2.2 Resultados sobre la salud cognitiva

La mayoría de los participantes presentan deterioro cognitivo en el rango de lo moderado a severo, lo cual es consistente con su situación de institucionalidad, presencia de discapacidades y comorbilidades, ausencia de estímulo durante mucho tiempo antes del inicio del programa y estados pasivos permanentes. Para los niveles de deterioro moderado a severo se observa una disminución de la frecuencia de cuatro

a dos para el post-test y el post-post test. Además, también se observa una disminución de la frecuencia de deterioro moderado comparando la primera prueba con las dos siguientes. La distribución por nivel de deterioro puede observarse en la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución por nivel de deterioro valorado por MoCA

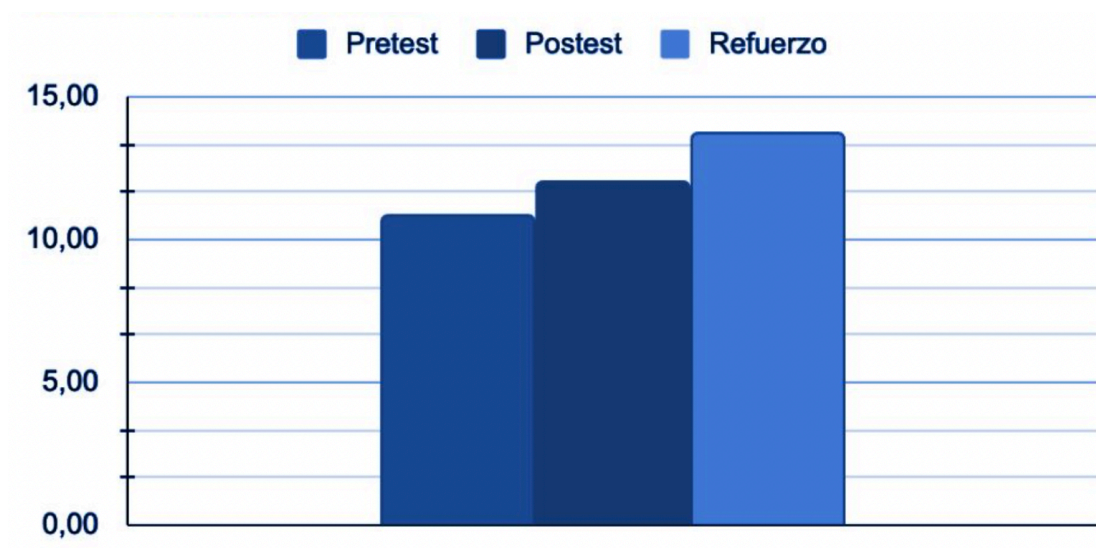
Nivel de deterioro	Puntaje MoCA-B	Pre-test N=14 # (%)	Post-test N=11 # (%)	Post-Post Test N=13 # (%)
Moderado a severo	< 9	4 (7.25%)	2 (7.5%)	2 (8.5%)
Moderado	10 - 13	7 (11.0%)	5 (11.6%)	4 (12.0%)
Leve	14 - 17	2 (16.5%)	2 (14.5%)	3 (14.33%)
Ausencia de deterioro	≥ 18	1 (20.0%)	2 (19.0%)	4 (19.25%)

Nota: En el Post- test no estuvieron presentes tres participantes y en el post post test faltó un participante.

Las subescalas desglosadas del MoCA: atención, lenguaje, abstracción, recuerdo demorado y orientación, se evidencian en la Tabla 7. Es notable observar que hay un aumento en lenguaje y en el recuerdo demorado desde la primera evaluación a la segunda y tercera. Se observa además que, en todas las evaluaciones, en general, los participantes están por debajo del punto de corte de 18/22 (Figura.

Tabla 7*Subescalas MoCA*

Subescala	Pre-test	Post-test	Post-Post test
	M (DE)	M (DE)	M (DE)
Atención	4.21	4.18	4.08
Lenguaje	1.43	1.91	2.15
Abstracción	1.50	1.27	1.62
Recuerdo demorado	0.36	1.09	2.0
Orientación	3.29	3.64	3.85

Figura 19*Resultados del Test de MoCA*

4.2.3 Resultado sobre los estados de ánimo:

La aplicación de la escala de valoración EVEA presenta los siguientes resultados: en la subescala de alegría, obtuvieron una media de 5.72 en el pre-test, 7.50 en el post-test y 8.02 en el post-post test, evidenciando un aumento en el bienestar emocional al terminar el programa. En la subescala de ansiedad, las puntuaciones disminuyeron notablemente, pasando de una media de 2.78 en el pre-test a 1.43 en el post-test y 1.33 en el post-post test. En cuanto a ira/hostilidad, se observó una reducción desde 3.54 en el pre-test a 3.33 en el post-test y 2.81 en el post-post test. En la subescala de tristeza/depresión, la media pasó de 3.11 en el pre-test a 2.18 en el post-test y 1.67 en el post-post test (Tabla 8).

Tabla 8

Puntuaciones EVEA por ítem y por área

Ítems		Pre-test Media	Post-test Media	Post-post- test Media
1	Nervioso	1.40	1.18	0.62
2	Irritado	2.13	1.17	0.92
3	Alegre	5.60	6.92	7.62
4	Melancólico	2.07	2.36	2.54
5	Tenso	2.47	0.75	2.23
6	Optimista	5.67	7.27	7.00
7	Alicaído	2.73	2.18	1.69
8	Enojado	2.87	1.75	0.69
9	Ansioso	3.27	1.70	1.54

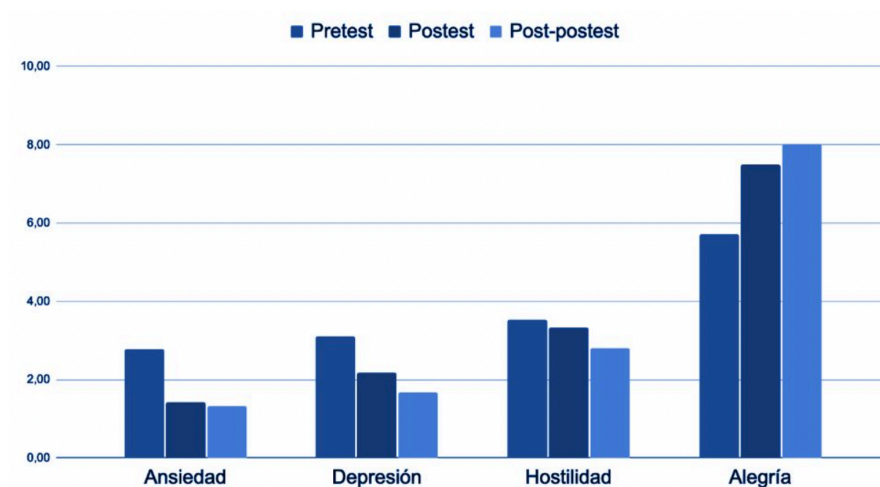
10	Apagado	3.38	1.25	0.77
11	Molesto	2.93	3.36	0.92
12	Jovial	5.93	7.91	8.69
13	Intranquilo	4.00	2.08	0.93
14	Enfadado	3.21	2.50	0.92
15	Contento	5.67	7.91	8.77
16	Triste	4.27	2.92	1.69

Escalas

Ansiedad	2.78	1.43	1.33
Depresión	3.11	2.18	1.67
Hostilidad	3.54	3.33	2.81
Alegría	5.72	7.50	8.02

Figura 20

Subescalas de la aplicación pre-test, post-test y post-post test del cuestionario EVEA.



4.2.4 Análisis de varianza para evaluar cambios en variables entre aplicaciones

Se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para evaluar los cambios en cognición global, ansiedad, hostilidad, alegría y tristeza entre el pre-test, el post-test y el post-post test. Las pruebas ómnibus multivariadas se presentan en la Tabla 1, y las puntuaciones de las medidas psicológicas a lo largo del tiempo se muestran en la Tabla 2. Sólo las dos primeras pruebas ómnibus multivariadas mostraron un efecto significativo. En el primer análisis, los resultados indicaron que la prueba de esfericidad de Mauchly se cumplía el supuesto ($p=0.946$), y las puntuaciones de MoCA cambiaron con el tiempo [$F(2)=7.31$, $MSE=35.10$, $\eta^2=0.45$, $p=0.005$]. No se observaron cambios significativos en MoCA entre el pre-test ($M=11.90$, $DE=4.65$) y el post-test ($M=12.8$, $DE=4.24$; $p=0.399$), pero los participantes mostraron puntuaciones de MoCA significativamente más altas en el post-post test ($M=15.5$, $DE=3.69$) en comparación con el post-test ($p=0.024$) y el pre-test ($p=0.004$). El segundo análisis de medidas repetidas también cumplió con el supuesto de esfericidad ($p=0.733$) y indicó que las puntuaciones de ansiedad cambiaron con el tiempo [$F(2)=6.12$; $MSE=206.74$; $\eta^2=0.32$; $p=0.007$]. Específicamente, los participantes mostraron puntuaciones significativamente más altas en el pre-test ($M=11.07$; $DE=8.42$) en comparación con el post-test ($M=4.00$; $DE=5.31$; $p=.010$) y el post-post test ($M=4.93$; $DE=4.81$; $p=0.019$). No se observó una diferencia significativa en la ansiedad entre las evaluaciones del post-test y el post-post test ($p=0.639$). Las pruebas multivariadas ómnibus de hostilidad, alegría y tristeza no fueron estadísticamente

significativas ($p > 0.05$), sin embargo, las puntuaciones mostraron una tendencia acorde con las hipótesis.

Tabla 9

Las pruebas multivariadas ómnibus de las medidas repetidas ANOVA

	F(GL)	ηp^2	p
Cognición Global	7.3 (2,8)	0.65	0.016
Ansiedad	4.6 (2,12)	0.44	0.032
Hostilidad	3.3 (2,12)	0.36	0.072
Alegría	3.3 (2,12)	0.35	0.073
Tristeza	3.5 (2,12))	0.37	0.064

Tabla 10

Puntuaciones de las evaluaciones pre-test, post-test, y refuerzo

	Pre-test M (DE)	Post-test M (DE)	Post-post test M (DE)
Cognición Global	11.9 (4.7)	12.8 (4.2)	15.5 (3.7)
Ansiedad	11.1 (8.4)	4.0 (5.3)	4.9 (4.8)
Hostilidad	12.7 (15.2)	5.4 (9.8)	3.4 (8.5)
Alegría	24.4 (13.9)	23.6 (16.8)	29.8 (13.1)
Tristeza	11.1 (9.1))	5.1 (8.9)	4.8 (6.8)

4.3 Análisis sobre la respuesta a los talleres

Percepción sobre las sesiones

Se debe reconocer la respuesta positiva de los residentes; incluso aquellas que no tienen capacidad funcional participaron igual en los talleres, respondiendo de manera positiva y disfrutando con la música o las alternativas artísticas que se les presentaban. Independientemente de la discapacidad, todas las personas aceptaron ser parte de las actividades, rompiendo la barrera inicial de desconfianza con la que se había iniciado el programa. Con el paso del tiempo, la relación se fue fortaleciendo; las personas mayores esperan con ansias las actividades y su alegría al ver a los voluntarios llegar era evidente.

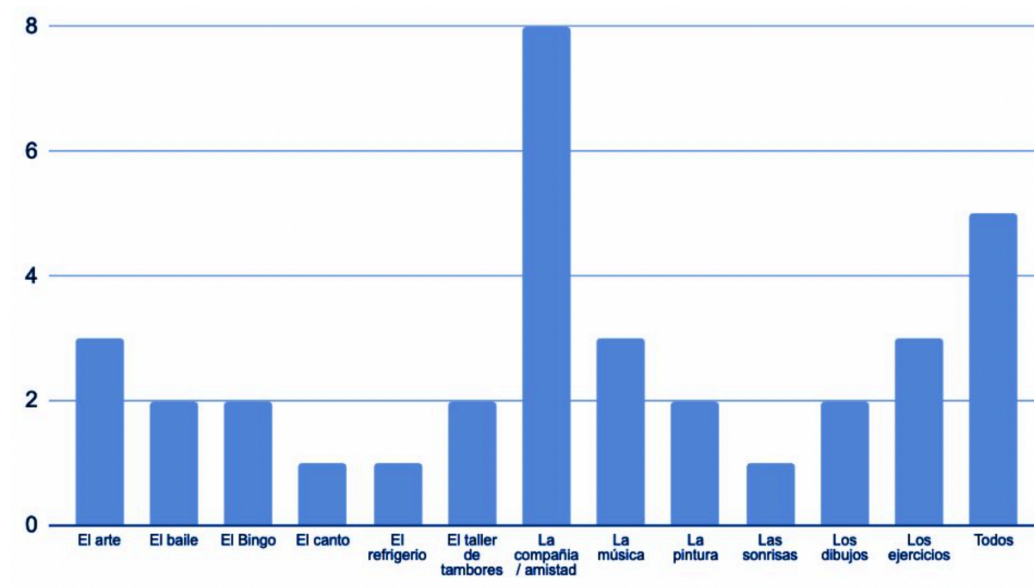
En la sesión de escritura terapéutica, número 14: *Historias que contamos*, se incluyó una serie de preguntas estimuladoras de conversación, para que los voluntarios interactúen con las personas mayores en un diálogo que invita a romper barreras intergeneracionales, provocar empatía, reflexionar sobre lo importante de mantener actividades como las propuestas. Se incluyeron preguntas sobre los talleres más gustados y aceptados y las respuestas recibidas fueron registradas en el diario de campo con amplia aceptación.

Al consultarles sobre lo que más les ha gustado de los talleres y del programa en general, surge mayoritariamente la respuesta sobre la compañía y la amistad que se provocó entre los residentes y los voluntarios. En cuanto a los talleres en sí, se puede observar que el agrado de uno u otro taller es similar, sin embargo, la presencia de la

música, el arte y los ejercicios que se realizan antes de cada taller resaltan por sobre los demás talleres (Figura 21).

Figura 21

Taller/aspecto de mayor interés para los participantes



De manera cualitativa, se fueron registrando las expresiones de agradecimiento que las personas residentes expresaban después de cada taller. Factor fundamental para el efecto sensibilizador sobre los voluntarios y cuidadores. Frases como:

- *“No dejen de venir”.*
- *“Agradecemos todo lo que hacen por nosotros”.*
- *“Gracias por preocuparse por nosotros, los olvidados de la sociedad.”*
- *“Solo espero que sea sábado y me pongo feliz porque ustedes vienen”.*
- *“Gracias por todo el aprendizaje que nos han dado”.*
- *“Nunca antes había pintado así”.*

- *“Un aplauso para ustedes”.*
- *“Esta es la razón por la que estoy en el albergue, para hacer actividades con personas de mi edad y no estar sola en la casa”.*
- *“Estoy muy contenta de ver tanta gente junta compartiendo”.*
- *“Los talleres han despertado mis ganas de aprender”.*
- *“He vuelto a pintar desde que era niña”.*
- *“Me desespero cuando no llegan”.*
- *“Espero los sábados contenta porque nos sacan de la rutina”.*
- *“Me gustaría que nunca se acabara”.*

Una de las historias más impactantes para todos fue el caso de la Sra. L., de 78 años, diagnosticada con diabetes y depresión crónica. En un inicio se rehusó completamente a participar de las primeras mediciones, en un segundo intento aceptó responder sin mucho ánimo. Es una persona con muchas habilidades manuales y con un nivel cognitivo óptimo. Sin embargo, su actitud fue poco receptiva y prefería no participar. Su historia conmovió a todos; su hija la llevó al albergue con engaños y sin su consentimiento la dejó en él. A partir de ahí ella decidió que no quería vivir más. Pese a su constante negativa de integración, en cada taller ella era invitada a participar; con el tiempo, poco a poco fue incluyéndose en las actividades. Al cierre del estudio, demostró que es una persona hábil, graciosa y agradece siempre al grupo por volver. Ha hecho muchas amigas y ha vuelto a coser, que era su afición. Su nivel de desconfianza cuando inició el estudio fue reemplazado por las relaciones sanas que

estableció con las voluntarias. Su depresión sigue latente cuando habla de su hija, pero ha podido incorporarse a las actividades de manera activa.

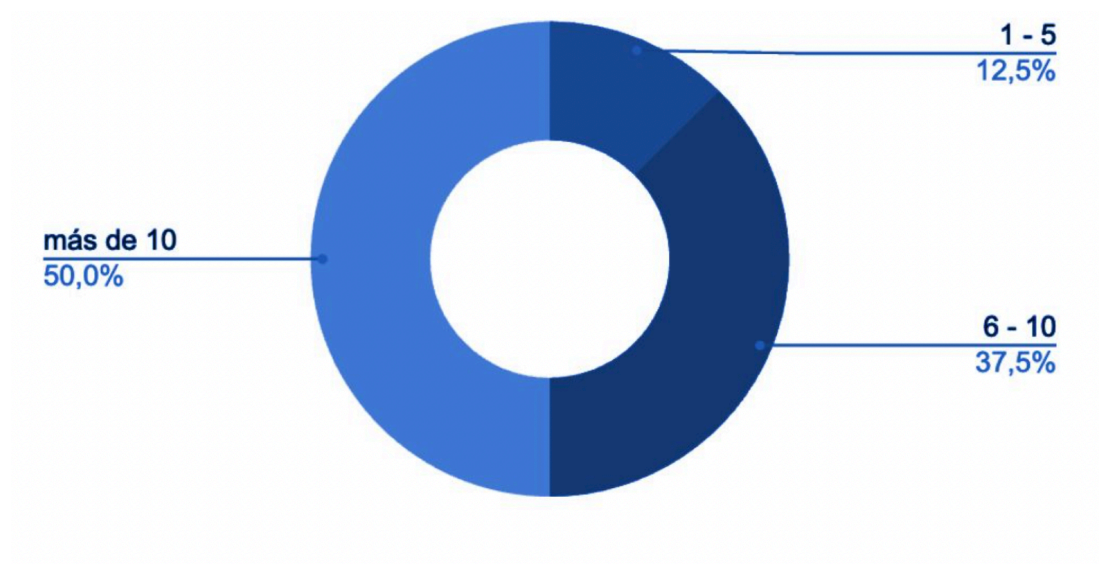
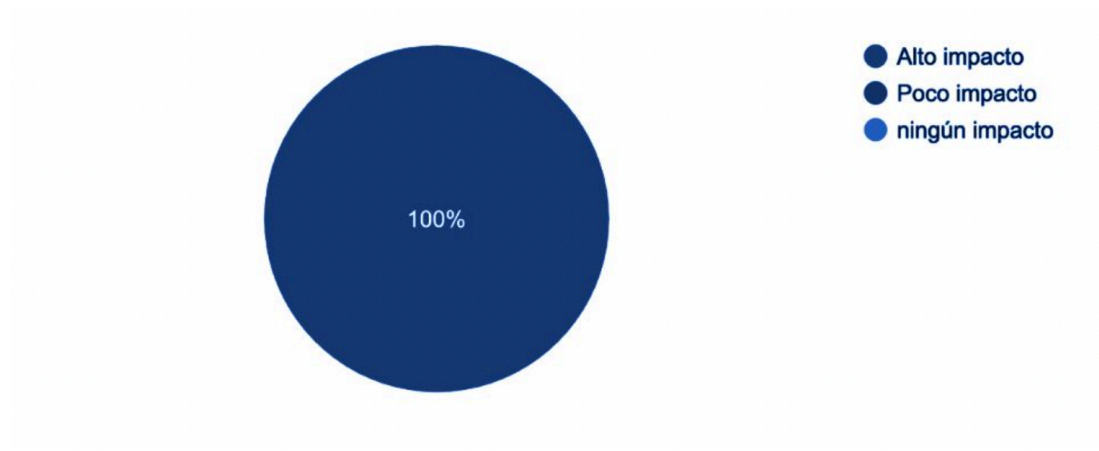
4.4 Percepción de los voluntarios sobre el programa

A raíz de la relación establecida entre participantes del estudio y los voluntarios que los acompañaban en las actividades, algunos incluso se ofrecieron para realizar actividades extras al programa, como las mejoras físicas al hogar, incluso se obtuvieron donaciones particulares de empresas o personas relacionadas que ofrecieron adecuar los espacios de vivienda.

Los cuestionarios aplicados a los voluntarios arrojaron indicadores presentados a continuación:

- En asistencia, los voluntarios tienden a quedarse por más tiempo en los talleres y repetir su visita, con lo cual se consigue uno de los objetivos, que es el de establecer vínculos entre los residentes y los voluntarios. Con el paso del tiempo se fomentan relaciones de amistad y las reacciones defensivas de desconfianza que presentaron los residentes en un inicio, con el tiempo se apaciguan y facilitan la intervención con confianza. Como se observa en la Figura 22, la mitad de los voluntarios asistió a más de 10 talleres.

- Sobre el nivel de impacto que las actividades realizadas a los residentes generan a nivel personal, el 100% reconoce el alto impacto provocado (Figura 23).

Figura 22*Cantidad de talleres asistidos***Figura 23***Impacto de los talleres en su vida personal*

Las manifestaciones verbales surgidas a partir de los talleres van en torno al reconocimiento de la vulnerabilidad de las personas atendidas y hacia la necesidad de realizar más actividades que faciliten esta relación. En términos generales, las

expresiones estuvieron en torno a las emociones que les evocaban los talleres y el compromiso manifiesto que expresaban al participar en el programa (Tabla 11).

Tabla 11

Temas emergentes en los cuestionarios a los voluntarios sobre su percepción del programa

Emociones presentadas	Compromiso manifiesto
Alegría	Necesidad de contribuir con la sociedad
Empatía	Creación de conciencia sobre el envejecimiento
Impacto emocional	Reconocimiento de las necesidades humanas
Satisfacción	Contribuir a la causa
Agradecimiento	Creación de un propósito de vida
Efecto positivo	Desarrollo de empatía y escucha activa
Tristeza	Deseo de tomar acción
Nostalgia	Reconocimiento del valor del arte
Impotencia	Ganas de cooperación

Nota: elaboración propia. Temas emergentes obtenidos después de las entrevistas a los voluntarios.

4.5 Satisfacción de los cuidadores con el programa

Los cuestionarios de satisfacción aplicados a cuidadores reflejaron una valoración altamente positiva del programa. Las respuestas que se obtuvieron indican que los cuidadores solicitan que el programa continúe. Una de las manifestaciones repetidas es el reconocimiento de que ahora los residentes están conscientes del tiempo y espacio, pues cuentan los días para que llegue el sábado, que es el día en que el programa se ejecuta. Eso facilita la labor que se realiza en el albergue, pues las personas están más despiertas, verbalizan más sus necesidades, se ha logrado que baje la resistencia y la agresividad de las personas atendidas y el ambiente se convirtió en más llevadero. Por otro lado,

Tabla 12

Respuestas al cuestionario CSQ-8 sobre el nivel de satisfacción ante los talleres

Preguntas de escala de satisfacción	n(%)
¿Cómo evalúa la calidad de los servicios que han recibido las personas mayores durante el programa de arteterapia?	
Excelente	3 (60%)
Buena	2 (40%)
¿Recibió el servicio que el adulto mayor requería?	
Sí, definitivamente	5 (100%)
¿Hasta qué punto ha ayudado el programa a	

solucionar los problemas?

En casi todos	4 (80%)
Solo en algunos	1 (20%)

Si algún amigo o familiar estuviera en necesidad de ayuda similar, ¿recomendaría el programa de arteterapia?

Sí, definitivamente	5 (100%)
---------------------	----------

¿Está usted satisfecho con la cantidad de ayuda que ha recibido?

Muy satisfecho	4 (80%)
Moderadamente satisfecho	1 (20%)

En general, ¿qué tan satisfecho está usted con las actividades que se han realizado?

Muy satisfecho	5 (100%)
----------------	----------

Si necesitase aumentar los talleres, o repetirlos, ¿los pediría nuevamente?

Sí, con seguridad	4 (80%)
Sí, creo que si	1 (20%)

Los cuidadores entrevistados, dentro de los cuales estaba la directora, mostraron altos niveles de satisfacción sobre el programa realizado, evidenciaron la necesidad de atender desde la salud mental a los residentes, reconociendo que incluso

ha bajado la medicación en algunos casos. La directora manifestó gratitud no solo por las actividades, sino también por las donaciones recibidas y el trabajo voluntario en mejoras de los espacios y del albergue en sí, agregando también el reconocimiento de las familias de aquellos residentes que sí tienen familiares que los visitan; están muy contentos con el trabajo realizado. Agradeció el trabajo realizado e indicó que las cuidadoras han sentido el alivio en el trabajo porque el adulto mayor no está tan terco al ser atendido, y ahora conversan y eso facilita la movilización. Todos solicitan que los talleres no se detengan incluso después de finalizado el programa.

4.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de las personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024. En general los hallazgos de este estudio sugieren que la arteterapia puede favorecer mejoras en la cognición global y en la reducción de la ansiedad en personas mayores institucionalizadas.

4.6.1 Sobre la Cognición

Los resultados evidenciaron un incremento progresivo en las puntuaciones de cognición global (MoCA), alcanzando diferencias significativas en la evaluación de refuerzo en comparación con el pretest y posttest inmediato. Este hallazgo sugiere que los beneficios de la arteterapia pueden consolidarse con el tiempo, posiblemente debido a la práctica continua, la estimulación sostenida y la internalización de estrategias cognitivas desarrolladas durante los talleres. Estudios en programas multidominio han

reportado resultados similares, donde las mejoras cognitivas se manifiestan de forma más clara tras periodos de consolidación y práctica prolongada (Ng et al., 2018; Bae & Kim, 2020). Así, la arteterapia podría actuar no solo como un estímulo creativo inmediato, sino también como un recurso de largo plazo para el fortalecimiento de procesos cognitivos. Es posible que las intervenciones no farmacológicas basadas en arte tengan múltiples beneficios debido a que se destacan las actividades en grupo y la interacción social, la participación en actividades placenteras y la estimulación de procesos cognitivos por medio del bienestar y la motivación (Camia et al., 2016). Estudios sobre neuroimagen y la activación cerebral provocada por el dibujo, incluso a nivel clínico, indican que puede potenciar la plasticidad cerebral necesaria para mejorar déficits cognitivos (Cacciamani y Likova, 2017). En personas no videntes, por ejemplo, el dibujo, mediante representaciones de memoria táctil, impacta la reorganización de la corteza visual primaria. Los talleres de dibujo o actividades manuales propuestos en este programa llevaban preelaboradas de manera táctil las actividades para las personas con discapacidad visual total o parcial. La participación y logro de una u otra actividad, lleva además la satisfacción personal que fomenta la autoestima.

4.6.2 Sobre los estados emocionales

En el ámbito emocional, la intervención mostró una reducción significativa en los niveles de ansiedad, efecto que se mantuvo en el tiempo, lo que sugiere un impacto duradero en la autorregulación emocional. Este resultado concuerda con investigaciones previas que documentan la eficacia de la arteterapia en la disminución

de síntomas ansiosos y en la promoción del bienestar emocional (Huet & Holttum, 2016; Martín et al., 2021).

De acuerdo con la OMS, la conexión social y creación de espacios intergeneracionales constituye un atenuante para disminuir el factor de riesgo existente (OMS, 2023). Desde el ingreso a un hogar, la persona mayor se enfrenta a una serie de cambios y adaptaciones de pensamiento y de conducta que incluyen la pérdida de autonomía, lo que puede generar una mayor dependencia y actitud pasiva (Rodríguez, 2006) y mayores síntomas de ansiedad, por lo que talleres de arte pueden tener un efecto en disminuirlos. No se observaron cambios significativos en otras dimensiones emocionales como hostilidad, tristeza o alegría, lo cual podría deberse a la necesidad de intervenciones más específicas o prolongadas en el tiempo. Además, el reducido tamaño muestral pudo limitar la detección de variaciones más sutiles. En contextos de institucionalización, donde prevalece la percepción de abandono y dependencia, los estados emocionales negativos pueden actuar como factores de riesgo para la depresión y el aislamiento social (Rodríguez, 2006; Williams et al., 1988).

Estudios sobre el efecto del arte en el cerebro han encontrado que la creación artística fortalece la conectividad funcional de la red neuronal por defecto, particularmente en áreas vinculadas con introspección y regulación emocional, como la conectividad entre la corteza cingulada posterior (PCC) o el precúneo y las cortezas frontal y parietal (Bolwerk et al., 2014). Este cambio neurofuncional se asocia con un aumento en la resiliencia y en la capacidad de afrontamiento al estrés, confirmando el

potencial del arte como herramienta terapéutica para la salud cerebral (Bolwerk et al., 2014).

4.6.3 Aceptación y percepción del programa

Durante la elaboración de cada uno de los talleres, se obtuvo información relevante a los aspectos personales de cada sujeto en torno a su estado de ánimo, su facilidad para incorporarse al taller, su disponibilidad, su fluidez y aceptación a las propuestas y su estado cognitivo. Todo esto fue parte de la información recopilada en el diario de campo que agrupó las observaciones descubiertas en cada taller.

La aceptación del programa fue alta, especialmente en talleres de musicoterapia, danzaterapia y canto, los cuales fueron percibidos como estimuladores multisensoriales que favorecieron tanto el movimiento como el cambio en los estados de ánimo. La evidencia previa confirma que la música y la danza potencian la plasticidad cerebral, favorecen la memoria y reducen los síntomas de depresión y ansiedad en personas con deterioro cognitivo leve (Blasi et al., 2025; Hayes, 2016). Por otro lado, talleres como pintura y dibujo presentaron cierta resistencia inicial por limitaciones logísticas, pero tras la adecuación de espacios se convirtieron en actividades valoradas, que impactaron positivamente en la autoestima y en la sensación de logro. El desarrollo creativo, al generar productos visibles, fomenta la autovalidación y el sentido de propósito en la vida (Lusebrink, 2010; Cacciamani & Likova, 2017).

Es altamente positivo que los participantes hayan aceptado los talleres aún cuando dentro de los mismos se observaron varios cambios, como la fluctuación del

número de residentes durante el tiempo de ejecución; algunos residentes fueron retirados, otros fallecieron y otros ingresaron. Este movimiento permanente determina la primera observación: debido a la edad del residente, la situación de abandono en algunos casos, el deterioro con el que llegan, la absoluta falta de estímulos o actividades terapéuticas que los mantienen inmovilizados por mucho tiempo, el apareamiento o avance de enfermedades degenerativas y progresivas y la falta de recursos para una atención adecuada, confirman que los residentes son una población fluctuante, altamente vulnerable y en constante riesgo. Esto se vio reflejado en la alta dificultad de medición y la inminente necesidad de atención.

Aunque el foco principal de la investigación no fueron los voluntarios ni los cuidadores, la respuesta emocional de estos puede considerarse un hallazgo emergente. La percepción de los voluntarios y cuidadores resulta altamente relevante. Las reuniones de retroalimentación reflejaron sentimientos de empatía, solidaridad y generosidad, que trascendieron al entorno físico mediante donaciones y mejoras en los espacios del albergue. Este fenómeno sugiere que las intervenciones arteterapéuticas no solo benefician a los participantes directos, sino que actúan como catalizadores de redes de apoyo, fortaleciendo el sentido de pertenencia y mejorando indirectamente la calidad del cuidado ofrecido (OMS, 2023).

En conjunto, los resultados respaldan la pertinencia de la arteterapia como intervención integral capaz de estimular la cognición y reducir la ansiedad, además de generar un alto nivel de aceptación tanto en participantes como en cuidadores y voluntarios. No obstante, deben considerarse las limitaciones metodológicas, como el

tamaño de la muestra y la ausencia de grupo control, que restringen la generalización de los hallazgos. Además se utilizó un número reducido de pruebas y cuestionarios, decisión que se tomó por el nivel de funcionalidad y de baja receptividad inicial de los participantes. Sin embargo, las herramientas están validadas en población latinoamericana y generan información esencial sobre cognición y procesos emocionales. Esta investigación aporta evidencia preliminar valiosa y motiva a continuar explorando el papel de la arteterapia en entornos geriátricos como herramienta para la promoción de la salud cognitiva, emocional y social.

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La presente investigación permitió evidenciar que la implementación de un programa de arteterapia en personas mayores institucionalizadas en un albergue público en la Ciudad de Panamá generó beneficios significativos no solo a nivel cognitivo, emocional y social en los participantes, sino también en su entorno cercano, alcanzando de forma consistente los objetivos planteados.

En relación con el objetivo de **identificar los cambios en el estado de ánimo**, se lograron identificar los cambios en las diferentes medidas de estado de ánimo como depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Aunque ansiedad fue la variable que cambió significativamente entre medidas, se observó que, a nivel descriptivo, todas las variables incrementaron después de la intervención.

Respecto al objetivo de **medir los cambios en el estado cognitivo**, las pruebas aplicadas demostraron que los niveles cognitivos de las personas institucionalizadas tuvieron una mejora significativa. Incluso en las personas con deterioro neurocognitivo progresivo, la estimulación multisensorial y creativa propia de la arteterapia favorece el mantenimiento e incluso presenta ligeras mejoras en la función cognitiva global.

Al trabajar de forma intencionada sobre los cinco principales ejes de estimulación: 1) **cognitivo** (memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas); 2) **sensorial** (estimulación visual, auditiva y táctil); 3) **motriz fino** (precisión y coordinación manual); 4) **motriz grueso** (movilidad, postura y fuerza muscular) y; 5) **psicosocial** (interacción, comunicación y pertenencia)—, se logró un impacto integral que trasciende el ámbito terapéutico individual. Esta estimulación combinada favoreció la participación, la preservación de capacidades funcionales y la creación de un entorno más inclusivo y colaborativo dentro del albergue. Los ejes de estimulación y el programa de arteterapia pueden utilizarse para futuras intervenciones ya que mostraron cambios positivos en los participantes.

En lo referente al objetivo de **evaluar la satisfacción de los cuidadores**, los resultados reflejan un alto grado de aprobación del programa, reportando beneficios tanto en la calidad de la interacción con los residentes como en su motivación y sentido de apoyo en la labor diaria. De igual forma, el objetivo de **describir la percepción de los voluntarios** mostró hallazgos relevantes: su participación generó un compromiso emocional sostenido, que trascendió el acompañamiento en las sesiones y se tradujo en

donaciones materiales, mejoras en la infraestructura del albergue y una mayor sensibilización frente a la realidad del adulto mayor institucionalizado.

En conjunto, la evidencia obtenida confirma que la arteterapia, implementada de manera sistemática, no solo cumple con los objetivos terapéuticos planteados, sino que produce un **efecto multiplicador** que impacta positivamente en la calidad de vida de los residentes, optimiza el ambiente institucional y fortalece la red de apoyo externa.

Estos resultados sustentan, de forma categórica, la necesidad de integrar la arteterapia dentro de los programas de atención para personas mayores en situación de institucionalización, no como actividad complementaria, sino como estrategia terapéutica y social de carácter prioritario.

La experiencia recogida en esta investigación reafirma que el arte, más que una actividad creativa, es un puente entre el cuidado y la dignidad humana. En cada trazo, en cada nota y en cada gesto compartido, la arteterapia devolvió a los participantes un espacio de expresión, conexión y reconocimiento personal que las rutinas institucionales difícilmente permiten. Este trabajo demuestra que invertir en intervenciones creativas no es un lujo, sino una necesidad respaldada por evidencia, capaz de transformar no solo la vida de quienes reciben la terapia, sino también la de quienes la facilitan y acompañan. Integrar la arteterapia en la política pública y en la práctica institucional es apostar, con fundamento científico y compromiso social, por un envejecimiento más humano, activo y pleno.

5.2 RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación evidencian que la incorporación de actividades arteterapéuticas en entornos geriátricos, especialmente en personas mayores institucionalizadas, constituye una estrategia de intervención eficaz. Se recomienda implementar un circuito sistemático de actividades que abarque de manera consistente cinco ejes de estimulación:

1. **Eje cognitivo:** actividades centradas en memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas, como pintura guiada con evocación de recuerdos, collages temáticos, escritura terapéutica o autorretratos, que contribuyen a ralentizar el deterioro cognitivo asociado a la edad.
2. **Eje sensorial:** dinámicas multisensoriales con colores, texturas y sonidos, como modelado en arcilla, mandalas tridimensionales, musicoterapia, danzaterapia o karaoke, que favorecen la integración perceptiva y el bienestar emocional.
3. **Eje motriz fino:** propuestas que fortalecen la coordinación visomotora y la destreza manual, tales como manualidades con materiales reciclados, mosaicos, técnicas pictóricas o delineados.
4. **Eje motor grueso:** ejercicios corporales que estimulan circuitos respiratorios, circulatorios y articulares, como danza libre, batucadas, cuencos tibetanos o juegos corporales grupales, útiles para prevenir enfermedades derivadas del sedentarismo.

5. **Eje psicosocial:** actividades colectivas que fomentan la cooperación y el sentido de pertenencia, como murales familiares, exposiciones, obras colaborativas o juegos de mesa, reduciendo el aislamiento y fortaleciendo la integración comunitaria.

La integración de estos cinco ejes ofrece un abordaje holístico que atiende dimensiones físicas, cognitivas y psicoemocionales, en coherencia con la concepción biopsicosocial del ser humano. Asimismo, los hallazgos permiten vincular este tipo de intervenciones con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** propuestos por la ONU: ODS 3 (Salud y bienestar), ODS 4 (Educación de calidad), ODS 10 (Reducción de desigualdades), ODS 11 (Ciudades y comunidades sostenibles), ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas) y ODS 17 (Alianzas para lograr objetivos).

En este sentido, invertir en programas de arteterapia equivale a invertir en salud, dignidad y futuro, alineándose con la visión de un envejecimiento sano y activo proyectado hacia el 2050.

Bibliografía

1. Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., van de Sonnevile, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(12), e0208716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208716>
2. Alonso, J. C. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55–70.
3. Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
4. Alves, R. J. (2013). V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
5. Alzheimer’s Association. (2025). Alzheimer’s disease facts and figures. *Alzheimer’s & Dementia*, 21(5).
6. Annis, B. (2016). La arteterapia ayuda a las pacientes con cáncer de mama a afrontar la situación. *CURE Magazine*.
7. Añaños Carrasco, M. E. (with Puigdollers, J. M.). (1999). *Psicología de la atención y de la percepción: Guía de estudio y evaluación personalizada*. Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.
8. Arévalo Herrera, D. M. (2015). Estimulación múltiple en adultos mayores. *Estrategias*.
9. Archilán-Durán, C. (2021). Arteterapia cognitivo-conductual para niños de 7 a 12 años con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social (Tesis de maestría). Universidad de Panamá.
10. Ávila-Funes, J. A., Melano-Carranza, E., Payette, H., & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367–375.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007

11. Ávila-Valdés, N. (2021). Investigación en salud basada en las artes: Reflexiones desde la experiencia Madrid Salud. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 820–845. <https://doi.org/10.21501/22161201.3466>
12. Bae, S., & Kim, H. (2020). Cognitive training for dementia prevention: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1231. <https://doi.org/10.3390/jcm9041231>
13. Ballesteros, C. (2018). Las máscaras como recurso terapéutico en salud mental: Una propuesta desde la terapia ocupacional. Hospital Universitario Infanta Sofía.
14. Bauermeister, J. (2008). *Hiperactivo, Impulso, Distraído-Me Conoces? Guía Acerca del Déficit Atencional para Padres, Maestros y Profesionales* (2nd ed.). The Guilford Press
15. Beans, C. (2019). Science and culture: Searching for the science behind the art therapy. *PNAS*, 116(3), 707–710. <https://doi.org/10.1073/pnas.1819378116>
16. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
17. Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. HarperCollins.
18. Bentosela, M., & Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: Aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación interdisciplinaria. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211–235.
19. Berlin, B., & Kay, P. (1991). *Basic color terms: Their universality and evolution*. University of California Press.
20. Blasi, V., Rapisarda, L., Cacciato, D. M., Palumbo, E., Di Tella, S., Borgnis, F., & Baglio, F. (2025). Structural and functional neuroplasticity in music and dance-based rehabilitation: a systematic review. *Journal of neurology*, 272(5), 329. <https://doi.org/10.1007/s00415-025-13048-6>

21. Blázquez, J., Galpasoro Izaguirre, N., & Muñoz, E. (2009). *Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica*. Editorial UOC.
22. Bolaños Atienza, M. (2007). El arte que no sabe su nombre: Locura y modernidad en la Viena del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 173–192.
23. Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A., & Maihofner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLoS ONE*, 9(7), e101035.
24. Boydel, K., et al. (2012). The production and dissemination of knowledge: A scoping review of arts-based health research. *Arts & Health*, 4(3), 219–238.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2012.683957>
25. Bree Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 39(1), 1–11.
26. Buchalter, S. I. (2011). *Art therapy and creative coping techniques for older adults*. Jessica Kingsley Publishers.
27. Bustamante Azcuénaga, (2021). *Arteterapia, concepto, origen y las inteligencias múltiples de Gardner (Tesis de maestría)*. Facultad de Educación, Universidad de Cantabria.
28. Byrns, A., Ben Abdessalem, H., Cuesta Marc, M.-A., Bruneau, S., Belleville, S., & Frasson, C. (2020). Análisis EEG de la contribución de la musicoterapia y la realidad virtual a la mejora de la cognición en la enfermedad de Alzheimer. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 13(8), 1–10.
29. Cabras, E. (2012). *Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Madrid.
30. Cacciamani, C., & Likova, L. (2017). El entrenamiento de dibujo guiado por la memoria aumenta las influencias causales de Granger desde la corteza perirrinal hasta V1 en los ciegos. *Neurobiología del Aprendizaje y la Memoria*, 141, 101–107.

31. Camic, P. M., Baker, E. L., & Tischler, V. (2016). Theorizing how art gallery interventions impact people with dementia and their caregivers. *The Gerontologist*, 56(6), 1033–1041. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv063>
32. Cano-Gutiérrez, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., Lourenço, R., Marín, P. P., Morales Martínez, F., Parodi, J., et al. (2021). La vejez y la nueva CIE-11: Posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e112. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.112>
33. Carrascal, S., & Solera, E. (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26(1), 9–19.
34. Carrillo-Mora, P. (2010). Sistemas de memoria: Reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: Historia, taxonomía de la memoria, sistemas de memoria de largo plazo: La memoria semántica. *Salud Mental*, 33(1), 85–93. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100010
35. Castelo-Rivas, W. P., Macas Ordoñez, B. D., González Arellano, N. D., Castro Vásquez, M. J., & Castro Vásquez, T. N. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(3). <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
36. Cerezo Cortés, J. M. (2019). El arte de los enfermos mentales: La colección Hans Prinzhorn, apuntes expresivos, estéticos y terapéuticos.
37. Chávez-León, E., et al. (2013). La enfermedad de Parkinson: Neurología para psiquiatras. *Salud Mental*, 36(4), 315–324. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400006
38. Chávez Rengifo, J. (2021). Dibujo libre y la pintura en el desarrollo de la motricidad fina en niños y niñas de 5 años de la institución educativa Cuna Jardín N.º 242 Divino Maestro Pucallpa 2019 (Tesis de licenciatura).

39. Cohen, B. M., Hammer, J. S., & Singer, S. (1988). The Diagnostic Drawing Series: A Systematic Approach to Art Therapy Evaluation and Research. *The Arts in Psychotherapy*.
40. Contreras Rojas, C.. (2021). Efecto de la terapia de arte con arcilla como abordaje terapéutico no farmacológico en pacientes con enfermedad de Parkinson: una revisión integrativa. *Acta Neurológica Colombiana*, 37 (2), 98-104. Publicación electrónica del 8 de julio de 2021. <https://doi.org/10.22379/24224022372>
41. Curtis, A., Gibson, L., O'Brien, M. y Roe, B. (2018). Revisión sistemática del impacto de las actividades artísticas para la salud en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias de ancianos. *Dementia*, 17(6), 645–669.
42. Custodio, Nilton, Herrera, Eder, Lira, David, Montesinos, Rosa, Linares, Julio, & Bendezú, Liliana. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado en 01 de mayo de 2025, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.
43. De Antonio Riquelme Marín, B. L., et al. (2022). El anciano en situación de dependencia y su familia: Aporte desde una mirada interdisciplinaria y latinoamericana. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
44. Defensoría del Pueblo, Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura. (2021). Informe: Visitas realizadas a centros de cuidados de personas mayores, abril a mayo. República de Panamá.
45. Delgado, J. G., Saavedra, M. M., & Miranda, N. M. (2022). Actualización sobre neuroplasticidad cerebral. *Revista Médica Sinergia*, 7(06).
46. Devito, J., & Perrotta, C. (2015). Contribuciones de Marion Milner a la noción de creatividad en psicoanálisis. En VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación,

XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.

47. Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
48. 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(Número Especial), 255–278.
49. Domínguez, M. (2019). El arte como camino de individuación y autoconocimiento. *Universitat de les Illes Balears, Revista de Psicología*, 47(2018–2019), 31–46.
50. Doric-Henry, L. (1997). Cerámica como arteterapia para ancianos residentes en residencias de ancianos. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), 163–171. <https://doi.org/10.1080/07421656.1987.10759277>
51. Dufey, D., et al. (2020). Sintonizando con otro: La teoría polivagal y el proceso de psicoterapia. *Artículo de revisión*, 12.
52. Durham University, Instituto de Humanidades Médicas. (s.f.). Proyecto Experiencia Oculta: “Thinking, feeling, imaging”. <https://www.durham.ac.uk/research/institutes-and-centres/medical-humanities/>
53. Dychtwald, K. (1986). *Cuerpo-mente: Un análisis de los métodos orientales y occidentales para alcanzar su autoconciencia, salud y mejoramiento personal*. Lasser Press mexicana.
54. Edith, Q. J. Y. (2022). La arteterapia como estrategia pedagógica para alumnos con trastorno del espectro autista en el Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), Veraguas (Tesis de licenciatura). Universidad Especializada de las Américas. <http://repositorio2.udelas.ac.pa/handle/123456789/1194>
55. Eiseman, L. (2021). *Armonía cromática*. Edición Pantone: Guía completa con información especializada sobre el uso del color para resultados profesionales. Blume.

56. Espinosa, et al. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), e1081. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400004
57. Estévez-González, A., García-Sánchez, C., & Junqué, C. (1997). La atención: Una compleja función cerebral. *REV NEUROL*.
58. Estrada, et al. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81–94. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100009
59. Fabiani, B., et al. (2024). Cuidadoras de personas mayores: Sobrecargadas y mal pagadas: Evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.
60. Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>
61. Feixas, G., et al. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 65–78.
62. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
63. Freud, S. (1996). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*, Tomo XVI (pp. 326–343). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
64. Furth, G. M. (2005). *El secreto mundo de los dibujos: Sanar a través del arte*. Grupo Editorial 62, Ediciones Luciérnaga.
65. García, M. Á. (2018). La creatividad en la vejez: Una mirada desde la psicología positiva. *Revista Española de Geriatria*, 53(2), 89-95.

66. García-Pérez, M. M., Morales-Hernández, D., Ramírez-Becerra, B. A., de Lourdes Ugalde-Chávez, M., Vargas-Ortuño, S. A., & Hernández-Valle, V. (s.f.). Implementación de un programa de estimulación multisensorial en personas mayores con trastorno neurocognitivo. *Lux Médica*, 16(48).
67. Gärd Holmqvist, & Lundqvist-Persson, C. (2023). Un marco de observación estructurado para evaluar el cambio interior de los clientes durante y después de la arteterapia. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/07421656.2023.2244764>
68. Goncalves, M. O. (2025). Cómo las actividades creativas fortalecen tu cerebro y previenen el deterioro cognitivo. Grupo Sinapsis: Blog de información científica y estrategias de neuroprotección.
69. González, G., Gutiérrez, E., & Arnaudo, M. F. (2022–2023). Salud y vulnerabilidad en el adulto mayor: Aproximaciones conceptuales (Documento de trabajo 208). Red Nacional de Investigaciones en Economía.
70. González Martínez, M. T. (1989). El dibujo infantil en el psicodiagnóstico escolar.
71. González, R., & Pérez, T. (2017). Envejecimiento activo y salud mental. *Salud y Sociedad*, 9(3), 211-225.
72. Griskan, L. B. (2007). Las máscaras: Apariencia y devenir. En XX Jornadas Nacionales de Literatura Francesa y Francófona (pp. 1–15). Universidad Nacional de La Plata.
73. Gutiérrez Carrillo, P., Jiménez González, M., & Galindo Soto, J. (2017). Evidencias del uso de la musicoterapia y la memoria del adulto mayor. *Revista de Enfermería Neurológica*, 16(1), 36–42. <https://doi.org/10.51422/ren.v16i1.232>
74. Haeyen, S. (2018). *Art therapy and emotion regulation problems: Theory and workbook*. Springer.
75. Harvey, P. D. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227-237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>

76. Hayes, N., & Garrett, D. (2016). Singing, music and dance in Parkinson's disease. *Nursing Older People*, 28(9), 12–19. <https://doi.org/10.7748/nop.28.9.12.s12>
77. Hernández, A. (2012). *Procesos psicológicos básicos* (1.^a ed.). Red Tercer Milenio. <https://bit.ly/3zffYvv>
78. Hernández D'Ocón, B. (2023). *Programa de estimulación cognitiva-motriz para adultos hospitalizados mediante la arteterapia* (Trabajo de fin de máster, Máster Universitario en Psicopedagogía, Universidad de Alcalá). Repositorio e-Buah, Universidad de Alcalá. <http://hdl.handle.net/10017/58248>
79. Hsiu-Hung, R. N., Hui-Chi, R. N., et al. (2015). The effect of music therapy on cognitive functioning among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(1), 71–77.
80. Huang, C., Yan, Y., Tam, W. W. S., et al. (2025). Effects of an integrated social-art intervention on cognitive and psychosocial outcomes among older adults with mild cognitive impairment in nursing homes: A mixed methods study. *BMC Medicine*, 23, 256. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04085-z>
81. Huerta, K. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: Evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*. Editorial El Manual Moderno.
82. Huet, V., & Holttum, S. (2016). Art therapy-based groups for work-related stress with staff in health and social care: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.004>
83. Iacovella, J. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1), 45–53. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000100008>
84. Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., & Coen, R. F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(1), 108–120.

85. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2015). Envejecimiento demográfico en Panamá: Período 1960–2050. Contraloría General de la República. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/panama>
86. Jauregui, J. R., & Rubin, R. K. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 32(3), 110–115.
87. Jung, C. G. (1987). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Editorial Paidós.
88. Jung, C. G. (2012). *El libro rojo. El Hilo de Ariadna*.
89. Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: Factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14–17.
90. Khademi, F., et al. (2021). El efecto de colorear mandalas sobre la ansiedad en pacientes hospitalizados con COVID-19: Un ensayo clínico controlado aleatorizado. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(Supl. 1), 1437–1444. <https://doi.org/10.1111/inm.12901>
91. Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional, modelo de ocupación humana: Teoría y aplicación* (3.^a ed.). Médica Panamericana.
92. Koo, J., & Hwang, H. (2019). Effect of sensory stimulation type on brain activity in elderly persons with mild cognitive impairment. *Journal of International Academy of Physical Therapy Research*, 10(1), 1700–1705. <https://doi.org/10.20540/jiaptr.2019.10.1>
93. Kramer, E. (1958). *Arteterapia en una comunidad infantil: Un estudio de la función de la arteterapia en el programa de tratamiento de la Escuela para Niños Wiltwyck*. Charles C. Thomas. <https://doi.org/10.1037/13175-000>
94. Koch, K. (1962). *El test del árbol*. Kapelusz.
95. Lazarou, I., Parastatidis, T., Tsolaki, A., et al. (2017). Baile de salón internacional contra la neurodegeneración: Un ensayo controlado aleatorizado en ancianos griegos residentes en la comunidad con deterioro cognitivo leve. **American*

- Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32(8), 489-499.
<https://doi.org/10.1177/1533317517725813>
96. Lecours, A., & Lhermitte, F. (1979). *L á phasie*. Flammarion.
 97. Lee, D.-H. (1997). Pottery as art therapy with elderly nursing home residents. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), 163–171.
<https://doi.org/10.1080/07421656.1987.10759277>
 98. Leland, N., & Williams, V. L. (1994). Creative collage techniques.
 99. Leiva-Manzor, G., Palacios, L. M. A., Cigarroa, I., Méndez, P. G., Galindo, C. A., Acevedo, M. R., Estupiñan, M. M., Alvarado, M. M., Juliao, I. R., & Gómez, S. S. (2023). Perfil de los adultos mayores institucionalizados en relación con las variables biopsicosociales y clínicas en América Latina. *Redalyc*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445676216004>
 100. León Castro, A. M., Mora Mora, A. L., & Tovar Vera, L. G. (2021). Fomento del desarrollo integral a través de la psicomotricidad. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9(1), 00033. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i1.2861>
 101. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (Fifth edition). Oxford University Press.
 102. Li, G., Wang, L. Y., et al. (2011). Relación temporal entre depresión y demencia: Hallazgos de un estudio comunitario de seguimiento de 15 años. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 970–977.
 103. Llivicota Peñafiel, J. L. (2017). El modelado y la motricidad fina en los adultos mayores del “Hogar de Ancianos y Aislamiento Riobamba” en el año 2016 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo.
 104. López, J. (2020). Arteterapia en adultos mayores: Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(1), 35-48.
 105. López, S., & Martínez, V. (2019). El envejecimiento y sus retos sociales. *Cuadernos de Gerontología*, 7(2), 122-135.

106. López Martínez, M. D. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 6, 183–191.
107. Loussa, T., & Mikosz, J. E. (2022). Nise da Silveira y el uso revolucionario del arte como terapia ocupacional en el contexto psiquiátrico. *Revista Ocupacional Humana*, 22(2), 228–241. <https://doi.org/10.25214/25907816.1400>
108. Luna Torres, L. (1994). La institucionalización del anciano: Símbolo de desarraigo y abandono familiar y social. Universidad Nacional de Colombia.
109. Lusebrink, V. B. (2010). Assessment and therapeutic application of the expressive therapies' continuum: Implications for brain structures and functions. *Art Therapy*, 27(4), 168–177. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129380>
110. Luria, A. (1977). *Las funciones corticales superiores del hombre* (1.a ed.). Orbe.
111. Magamen, S., & Ross, I. (2023). *Your brain on art: How the arts transform us*. Penguin Random House.
112. Magaña, M. A. O. (2025). Taller para el desarrollo de la identidad en la adolescencia y juventud: “Máscaras de la identidad”.
113. Marco Martínez, P. (2024). Arteterapia en el envejecimiento y enfermedades neurodegenerativas: Experiencias basadas en la prevención, intervención y el activismo artístico (Tesis doctoral). Universitat Politècnica de València. <https://doi.org/10.4995/Thesis/10251/206125>
114. Marcoleta Garate, M. F., et al. (2014). Arteterapia y adulto mayor: Facilitando la resiliencia en el adulto mayor desde la arteterapia (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias de la Informática.
115. Martín del Campo, et al. (2021). Afectividad de normalistas: Estudio sobre el estado de ánimo y la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 51(3), 45–69. <https://doi.org/10.48102/rlee.2021.51.3.390>

116. Martín, M., Domínguez, L., & Sánchez, J. (2021). Art therapy as an intervention to reduce anxiety in older adults: A quasi-experimental study. *Arts & Health, 13*(2), 123–137. <https://doi.org/10.1080/17533015.2019.1696883>
117. Martínez Acevedo, et al. (2021). Estado emocional de los adultos mayores en institucionalización. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología.
118. Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista Perfiles Libertadores, 4*(80), 73–80.
119. Martínez Romero, A., Ortega Sanchez, J. L., & Alba Romero, J. de J. (2021). Lenguaje: instrumento del desarrollo humano. *Revista Digital Universitaria, 22*(5). <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.5.3>
120. Medina, A., Mahjoub, Y., Shaver, L., & Pringsheim, T. (2022). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Huntington: Una revisión sistemática y un metaanálisis actualizado. *Movement Disorders, 37*(12), 2327–2335. <https://doi.org/10.1002/mds.29228>
121. Menezes, A. (2022). Dance therapy and cognitive impairment in older people: A review of clinical data. *Dementia & Neuropsychology, 16*(4), 345–356. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2021-0103>
122. MIDES. (2018). Índice global de envejecimiento en Panamá. Datosmacro.com.
123. Montero, C. (2010). Neuroanatomía musical. *Revista Médica de Costa Centroamérica, LXVII*(595), 493–495.
124. Moriarty, J. (1973). Collage group therapy with female chronic schizophrenic inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 10*(2), 153–159.
125. Muñoz González, D. A. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública, 44*(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300006

126. Ng, T. K. S., et al., (2018). Cognitive training for older adults with mild cognitive impairment and mild dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 47, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.06.001>
127. Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. OMS.
128. Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. OMS.
129. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275322444>
130. Organización Panamericana de la Salud. (2021). Autoayuda Plus (A Ayuda+): Curso grupal de manejo del estrés para personas adultas. Versión genérica de ensayo 1.0. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327067>
131. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia. OPS.
132. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. OPS.
133. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Programas nacionales de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores: Una guía. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327975>
134. Oropesa Roblejo, P., Couso Seoane, C., Puente Saní, V., & García Wilson, I. M. (2014). Acercamiento histórico a la formación y la práctica en terapia ocupacional. *MEDISAN*, 18(3), 417–430.
135. Östlin, P. (2020, April 15). El arte, la música, la pintura o la danza benefician la salud. *Euronews*. <https://es.euronews.com>.
136. Parsza, G. M. (1990). Operatividad de la didáctica (Vol. 3). Gernika.
137. Penn, P., & Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33(3), 217–231.

138. Pérez Sánchez, P. (2014). Terapia ocupacional y arte en salud mental: Una perspectiva creativa. *TOG (A Coruña)*, 6, 160–175.
<https://www.revistatog.com/mono/num6/mental.pdf>
139. Peña, J. (1988). *Manual de logopedia*. Masson.
140. Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw-Hill España.
141. Rahimi, N., & Dabagh, A. M. (2018). Estudio del efecto mental del color en la arquitectura interior de los espacios de hospital y su efecto sobre la tranquilidad del paciente. *Revista Científica del Amazonas*, 1(1), 5–20.
142. Ramírez Cano, A. (2020). El poder de la arteterapia: Una propuesta de intervención (Trabajo de fin de máster). Universidad de Jaén.
143. Red Latinoamericana de Gerontología. (2016). Envejecimiento y vejez. OMS.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
144. Revista Española de Geriatria y Gerontología. (2024). Estado cognitivo-emocional y nivel de dependencia en personas adultas y mayores institucionalizadas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 59(3), 101–481.
145. Reyes Pérez, A., & Álvarez Gómez, J. Á. (2001). Uso terapéutico del color como método tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(3), 163–167.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000300004
146. Rojas Ocaña, M., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 8–23.
147. Rodríguez, A. (2006). La institucionalización de personas mayores: consecuencias psicológicas y sociales. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(2), 88–95.
148. Rodríguez-Marín, A. G. (2019, julio). La batalla por la música clásica en la Segunda Guerra Mundial. *Revista El Orden Mundial*.

149. Rosner, I. D., & Ilusorio, S. (1995). Tuberculosis: Art therapy with patients in isolation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 12(1), 24–31. <https://doi.org/10.1080/07421656.1995.10759120>
150. Roswiyani, R., Satiadarma, M. P., Spijker, J., & Witteman, C. L. M. (2016). Social art activities in a nursing home: A pilot study in Indonesia. *IAFOR Journal of Psychology and the Behavioral Sciences*, 2(1).
151. Salazar Quinatoa, M. M., & Calero Morales, S. (2018). Influencia de la actividad física en la motricidad fina y gruesa del adulto mayor femenino. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(3), 1–13.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000300005
152. Sánchez, A. (2019). *Evaluación de las habilidades psicolingüística a las etnias pertenecientes al departamento de la Guainia*.
153. Sánchez-Gaviria, J., et al. (2020). El dibujo como método de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos y pacientes con trastorno neurocognitivo: Implementación por medios virtuales como respuesta al aislamiento por pandemia de COVID-19. Universidad Nacional de Colombia.
154. Sângari, Y. (2016). Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad. FIAPAM.
155. Santos Sánchez-Guzmán, E. M. (2013). Reflexiones en torno a la investigación en arteterapia. *Red Visual*, 19, 17–29.
http://www.redvisual.net/pdf/19/redvisual19_02_santos.pdf
156. Sarabia-Cobo, C. (2023). Las teorías de la felicidad en la vejez. *Gerokomos*, 34(4), 247–249. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X202334040004>
157. Sarasola, J. (2022). Institucionalización. Gizapedia.
<https://gizapedia.org/institucionalizacion-definicion-concepto>
158. Sardinero-Peña, J. (2010). Presentación y guía didáctica de la colección “Estimulación cognitiva para adultos”. Grupo Gespomedia.
159. Schneider, S. M. (2016). Income inequality and subjective wellbeing: Trends, challenges, and research directions. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1719–1739.

160. Segovia Díaz de León, M. G., & Torres Hernández, E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162–166. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400003>
161. Serrano, S., et al. (2011). Enfermedad de Huntington: Modelos experimentales y perspectivas terapéuticas. *Acta Biológica Colombiana*, 16(1), 21–42. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-548X2011000100002
162. Shaheed, A. (2021, abril). *The mind on art: Cognitive functions and states associated with aesthetic engagement* [Memorandum]. IMPACT: Imagining Together Platform for Arts, Culture, and Conflict Transformation; Community Arts Network (Porticus Foundation). <https://www.brandeis.edu/peacebuilding-arts/current-projects/impact/pdfs/q2-beyond-rationality.pdf>
163. Shirley Longan Phillips. (2011). Sobre la definición del arte y otras disquisiciones. *Comunicación*, 20(1), 75–79. Instituto Tecnológico de Costa Rica.
164. Silveira, N. da (1952). Museo de Imágenes del Inconsciente (MII). <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br>
165. Sohlberg, M., & Mateer, C. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9(2), 117–130. <https://doi.org/10.1080/01688638708405352>
166. Sohlberg, M., & Mateer, C. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. The Guilford Press.
167. Stallings, J. (2015). Collage as an expressive medium in art therapy. En C. Malchiodi (Ed.), *The handbook of art therapy* (pp. 285–301). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118306543.ch16>
168. Tapia Corral, A. I., Hinojosa-Espinosa, A., Muñoz-Atiaga, D., & Ortega Freire, Y. (2021). La arteterapia como herramienta estimulante para la actividad cognitiva en adultos mayores: Artículo de revisión. *Dom Cien*, 8(1), 750–767.

169. Trojano, L., Grossi, D., & Flash, T. (2009). Cognitive neuroscience of drawing: Contributions of neuropsychological, experimental and neurofunctional studies. *Cortex*, 45(3), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2008.11.015>
170. Tsering, M. (2015). El mandala en el arte y filosofía de la cultura tibetana: Mapas simbólicos hacia la sabiduría primordial (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche.
171. United Nations. (2025). World fertility report 2024 (UN DESA/POP/2024/TR/NO.10). United Nations.
172. Valdéz Tola, A. (2017). Por una sociología de la vejez en Panamá. Centro de Estudio Latinoamericano Justo Arosemena.
173. Vernia, A. M., & Martí, M. (2017). Música y palabra contra el Alzheimer. *Arte, Individuo y Sociedad*, 29(3), 159–173. <https://doi.org/10.5209/ARIS.54845>
174. Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.
175. Wolitzky-Taylor, K. B., et al. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
176. World Healthcare Congress Europe. (2019, marzo 5–7). Conference proceedings. Manchester Central. <http://www.europehealthcare.org>

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

Medición del impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024.

Investigadora principal: Lic. Yadyra Yánez

Consentimiento informado

Este documento cumple el propósito de darle a conocer la información necesaria para que usted decida si desea formar parte de esta investigación titulada **“Medición del impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024”**.

Este estudio consiste en realizar una serie de entrevistas y aplicación de pruebas antes y después de la intervención de un programa basado en técnicas arteterapéuticas para medir finalmente si existen o no modificaciones en los estados emocionales y cognitivos de las personas institucionalizadas.

Objetivo: Demostrar el impacto de la incorporación de técnicas arte terapéuticas, como método de atención psicoterapéutica, aplicado a personas mayores institucionalizadas a tiempo completo en albergues públicos de la ciudad de Panamá, durante el primer semestre del 2024.

Procedimiento: Para este proyecto de investigación se realizarán tres etapas:

Primera etapa:

1. Una selección previa de participantes a través de la aplicación de una prueba rápida cognitiva de 3 minutos de aplicación por persona, llamada: *Mini-Cog*, que arroja resultados de memoria, repetición y evaluación de dibujo.

2. Se realizará una medición antes de la aplicación del programa (pre-test) a los participantes. Toda la evaluación demorará aproximadamente 40-45 minutos. La evaluación incluirá los siguientes cuestionarios:

- 1. Cuestionario EVEA, que medirá 4 estados de ánimo: hostilidad, alegría, ansiedad, depresión. Su aplicación demora entre 5 y 10 minutos.
- 2. Un test de MoCA que evalúa la función cognitiva con duración de 15 a 20 minutos de aplicación.

Segunda etapa:

Después de la primera evaluación, se ejecutará un programa de arteterapia de 3 meses de duración bajo un calendario de actividades preelaboradas y detalladas, con una intervención de una vez a la semana los días sábados. Durante cada una de las sesiones se llevará un registro de observación sobre las reacciones y aceptación en cada uno de los talleres. En total se realizarán 14 sesiones, una por semana, de una hora y media a dos horas cada una. En estas sesiones se aplicarán técnicas diferentes que engloba la arteterapia.

Tercera etapa:

4. Después de la ejecución del programa de arteterapia, se evaluará a las personas nuevamente (post-test) con los mismos instrumentos que se usaron para la primera evaluación (detallados en el punto 2 de la primera etapa).

5. Finalmente, para comprender el grado de satisfacción que tengan los cuidadores sobre las actividades arteterapéuticas aplicadas en el programa, se seleccionarán 2 cuidadores a los que se les aplicará un cuestionario de satisfacción posterior al programa.

Beneficios: Usted o el hogar, o cualquier persona que participe, no recibirán un beneficio económico por participar de este estudio, pero ayudará a contribuir de manera significativa con la información que se tiene en Panamá acerca de la aplicación de terapias alternativas como arteterapia sobre estados de ánimo y estados cognitivos de las personas mayores institucionalizadas en albergues públicos.

Riesgo: Este estudio no supone ningún riesgo para usted, ni para el personal que labora en el hogar, ni para el adulto mayor institucionalizado, ni para el voluntario que apoya; al contrario, supone un beneficio para las personas participantes.

Voluntariedad: Participar en este estudio es voluntario, tanto para el hogar como para las personas mayores que acepten participar. Además, aunque la persona que acceda a participar puede cambiar de opinión en cualquier momento, solo tiene que comunicarlo a los investigadores.

Confidencialidad: La información que se proporcione en el estudio es de carácter confidencial, quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos y no se usará para ningún otro propósito que el previsto anteriormente. No se divulgará ninguno de los datos personales como nombre, teléfono, dirección ni correo electrónico. Se utilizará un código alfanumérico para la identificación. Cualquier persona que participe en este estudio, puede y tiene libertad para retirarse voluntariamente del estudio.

Si tiene alguna duda, por favor, contáctese con Yadyra Yánez a los números 66787564 o al correo: yadyra@maicenter.com o al Comité de Bioética de la Investigación de la

Universidad Santa María La Antigua. Oficinas 213 A – B, 2. ° piso, Edificio de Postgrado e Investigación, Vía Ricardo J. Alfaro, Campus Central USMA, Ciudad de Panamá. Tel. 230-8364 / 230-8363. Email: investigacion@usma.ac.pa

Su aceptación significa que usted entiende la información provista y que accede a participar en este estudio. Comprende que dicha autorización es voluntaria y que puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee.

Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos; además, se ha brindado el contacto del investigador responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información por parte del participante.

Habiendo leído y comprendido la información, y saldando todas mis dudas acerca del trabajo que se realizará, acepto participar en esta investigación.

Nombre completo Nombre y firma del investigador

Fecha

ANEXO 2: Instrumentos

Medición del impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024.

Investigadora principal: Lic. Yadyra Yánez

1. Mini-Cog.

Mini-Cog®

Instrucciones para la aplicación y conteo de puntos

Nombre del cliente: _____ No. de cliente: _____ Terapeuta: _____

Paso N.º 1: Registro de tres palabras

Mire directamente a la persona y dígame, "Escuche con cuidado. Voy a decir tres palabras que quiero que usted repita ahora y trate de recordar. Las palabras son [seleccione una lista de palabras de las versiones que aparecen a continuación]. "Ahora repita las palabras." Si la persona no es capaz de repetir las palabras después de tres intentos, continúe al Paso N.º 2 (Dibujo de reloj).

La siguiente lista de palabras y otras más se han utilizado en varios estudios clínicos. → Si planea aplicar la prueba repetidamente, se recomienda el uso de una lista alternativa de palabras.

Versión 1	Versión 2	Versión 3	Versión 4	Versión 5	Versión 6
Plátano	Líder	Pueblo	Río	Capitán	Hija
Amanecer	Temporada	Cocina	Nación	Jardín	Cielo
Silla	Mesa	Bebé	Dedo	Retrato	Montaña

Paso N.º 2: Dibujo de reloj

Diga: "Ahora, quiero que me dibuje un reloj. Primero, coloque los números donde van". Una vez que el cliente haya terminado, diga: "Ahora, ponga las manecillas del reloj en la posición que indiquen las 11:10".

Use la página con el círculo impreso (vea la siguiente página) para este ejercicio. Repita las instrucciones según sea necesario ya que esto no es una prueba de memoria. Continúe al Paso N.º 3 si el cliente no lo ha completado en tres minutos.

Paso N.º 3: Memoria de tres palabras

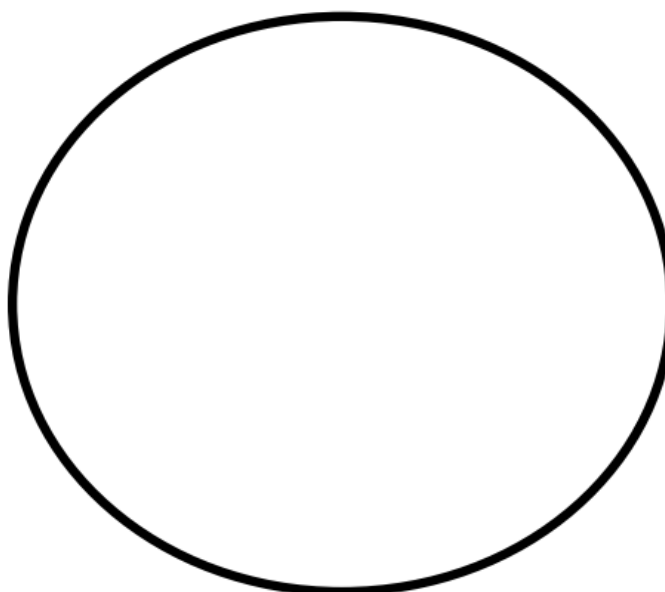
Pídale a la persona que repita las tres palabras que usted dijo en el Paso N.º 1. Diga: "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?" Registre el número de versión de lista de palabras y las respuestas de la persona a continuación.

Versión de lista de palabras: _____ Respuestas de la persona: _____

Puntaje	
Memoria de palabras : ____ (0-3 puntos)	1 punto por cada palabra que recuerde espontáneamente sin pistas.
Dibujo de reloj: ____ (0-2 puntos)	Reloj normal= 2 puntos. Un reloj normal tiene todos los números colocados en la secuencia y posición aproximadamente correctas (p. ej., 12, 3, 6, 9 están en posiciones de anclaje y 2 (11:10). Longitud de la manecilla no se cuenta en el puntaje. Si la persona no es capaz de dibujar un reloj o se rehúsa (anormal) = 0 puntos.
Puntaje total: ____ (0-5 puntos)	Puntaje total = Puntaje de Memoria de palabras + Puntaje de Dibujo de reloj. Se ha establecido un valor de corte de < 3 en la Mini-Cog™ para la detección de demencia, pero muchas personas con deterioro cognitivo clínicamente significativo tendrán una puntuación más alta. Cuando se desea una mayor sensibilidad, se recomienda usar un valor de corte de < 4, ya que podría indicar la necesidad de evaluaciones adicionales para determinar el estado cognitivo.

Dibujo de reloj

Nombre del cliente: _____ N.º del cliente: _____ Edad del cliente: _____

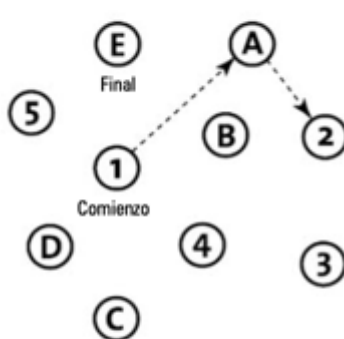
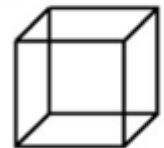
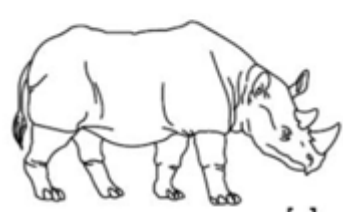
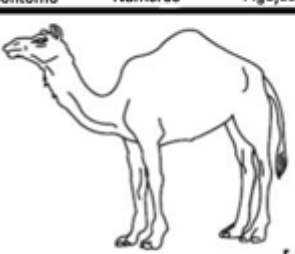


Fuentes

- 1 Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. the Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population - based sample. J Am Geriatr Soc 2003; 1451-1454.
- 2 Borson S, Scanlan JM, Watanabe J et al. Improving identification of cognitive impairment in primary care. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21: 349-355.
- 3 Lessig M, Scanlan J et al. Time that tells: critical clock-drawing errors for dementia screening. Int Psychogeriatr. 2008 June; 20(3): 459-470.
- 4 Tsoi K, Chan J et al. Cognitive tests to detect dementia: A systematic Review and meta analysis. JAMA Intern Med. 2015; E1-E9.
- 5 McCarten J, Anderson P et al. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: Acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 309-213..
- 6 McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. J am Geriatr soc 2012;60: 210-217.
- 7 Scanlan J & Borson S. The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with the expert and naïve raters. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 216-222.

Mini-Cog © S. Borson. Todos los derechos reservados. Reimpreso con permiso del autor, exclusivamente para fines clínicos y educativos. No puede ser modificado o utilizado para comerciales, mercadotecnia o propósitos de investigación sin permiso del autor (soob@uw.edu).

2. MoCA-BLIND versión mexicana en español para personas con discapacidad visual.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)				NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____		Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____			
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA   Copiar el cubo				Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos _____/5			
IDENTIFICACIÓN   				[] [] []		_____/3			
MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.				ROSTRO 1er intento 2º intento	SEDA 1er intento 2º intento	IGLESIA 1er intento 2º intento	CLAVEL 1er intento 2º intento	ROJO 1er intento 2º intento	Sin puntos
ATENCIÓN Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2				_____/2		_____/1			
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				_____/3		_____/2			
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.				_____/2		_____/1			
LENGUAJE Repetir: El gato se esconde bajo el solá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []				_____/2		_____/1			
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)				_____/2		_____/1			
ABSTRACCIÓN Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla				_____/2		_____/1			
RECUERDO DIFERIDO Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS				ROSTRO []	SEDA []	IGLESIA []	CLAVEL []	ROJO []	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Optativo Pista de categoría Pista elección múltiple				_____/5		_____/1			
ORIENTACIÓN [] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad				_____/6		_____/5			
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org				Normal ≥ 26 / 30		TOTAL _____/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT / MoCA-BLIND
 (Evaluación Cognitiva Montreal)/MoCA- Discapacidad visual

Versión Mexicana 7.1 Versión Original

Nombre:

Nivel de estudios:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Fecha:

MEMORIA			ROSTRO	TERCIOPELO	IGLESIA	MARGARITA	ROJO	PUNTOS
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		1er. Ensayo						SIN PUNTOS
		2do. Ensayo						
ATENCIÓN								
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla en mismo orden		[] 2 1 8 5 4						___/2
El paciente debe repetir la serie de forma la inversa		[] 7 4 2						
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B						___/1
Reste de 7 en 7 iniciando en el 100		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65						___/3
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos , 2 o 3 correctas: 2 puntos , 1 correcta: 1 punto , 0 correctas: 0 puntos								
LENGUAJE								
Repetir: Sólo sé que Juan es el único que necesita ayuda hoy []								___/2
El gato siempre se escondió debajo de la cama cuando los perros estaban en la habitación []								
FLUIDEZ / Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		[] _____ (N $\geq$ 11 palabras)						___/1
ABSTRACCIÓN		[] tren – bicicleta						___/2
Similitud entre p. ej. Plátano – naranja = fruta		[] regla - reloj						
RECUERDO DEMORADO	Debe acordarse de las palabras	ROSTRO	TERCIOPELO	IGLESIA	MARGARITA	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	___/5
	SIN PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]		
Opcional	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN		[] Día del mes (fecha)	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Ciudad	___/6

Adaptación: L. Ledesma PhD., P. García Psic., J. Salvador PhD

 Normal $\geq 18 / 22$
www.mocatest.org
TOTAL ___22
 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

© Z. Nasreddine MD

Administrado por: _____

3. ESCALA DE VALORACIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO EVEA Sanz, J. (2001).

Nombre en inglés: Scale for Mood Assessment (Sanz, 2001) o Mood Evaluation Scale (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiáñez, 2010)

EVEA

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada	Mucho
Me siento nervioso	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento irritado	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alegre	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento melancólico	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento tenso	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento optimista	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alicaído	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enojado	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento ansioso	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento apagado	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento molesto	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento jovial	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento intranquilo	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enfadado	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento contento	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento triste	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

4. Cuestionario de satisfacción CSQ-8

Cuestionario de satisfacción del cliente (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) - versión adaptada para cuidadores de hogares de adultos mayores).

Versión original: Roberts R, Attkisson C. Assessing client satisfaction among

Hispanics. Eval Program Plann. 1983

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre las actividades del programa de arteterapia llevado a cabo los últimos meses con las personas mayores en el albergue. Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor, responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor, señale primero su tipo de vinculación con el programa.

Director

Cuidador

Terapeuta

Familiar

Rodee con un círculo la opción correcta de cada pregunta.

1. ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que han recibido las personas mayores durante el programa de arteterapia realizado?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2. ¿Recibió el servicio que el adulto mayor requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3. ¿Hasta qué punto ha ayudado el programa a solucionar los problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

3.1 Si su respuesta es positiva, ¿podría dar una breve descripción de qué manera ha ayudado el programa a solucionar los problemas de la persona mayor?

4. Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, ¿le recomendaría el programa de arteterapia?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5. ¿Cómo de satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6. ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con las actividades que se han realizado?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

7. Si necesitase aumentar los talleres, o repetirlos, ¿los pediría nuevamente?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor, escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de los talleres ha sido:

Se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3: Cuestionario voluntarios

Medición del impacto de un programa de arteterapia sobre el estado emocional y cognitivo de personas mayores institucionalizadas en un albergue público de la Ciudad de Panamá, durante el 2024.

Investigadora principal: Lic. Yadyra Yánez

Guía de entrevista: experiencia de voluntariado

1. Código de voluntario: _____ Edad: _____

2. Tiempo que es voluntario: _____ ¿Número de talleres a los que ha asistido? _____

3. ¿Considera usted que los talleres han generado impacto en su vida personal?

ALTO IMPACTO, MEDIO IMPACTO, NULO IMPACTO

4. ¿De qué manera han impactado?

5. ¿Hay algo que pueda contar que haya sido inspirador para su vida en este tiempo de asistir a los talleres?

ANEXO 4: Ejemplo de ficha técnica

FICHA TÉCNICA		Nº	
NOMBRE DEL TALLER	ARTETERAPIA	ACTIVIDAD	Pintura
HOGAR		DIRECCIÓN:	
Nº PARTICIPANTES		CUIDADORES	
Responsable:		HORARIO	9:30 A 11:30
N. voluntarios			
OBJETIVO:	Eje 1º Estimulación cognitiva, Eje 3º Estimulación motriz fina.		
Objetivos secundarios:			
Realizar una estimulación de movimiento manual y músculos de brazos			
Colaborar en la coordinación ojo/mano			
Estimulación sensorial a través del color y el movimiento			
comprensión del agua como elemento líquido que fluye e interviene			
validación y reforzamiento de autoestima			
Provocar confianza que abra vínculos, integrarlos a una actividad sana			
BENEFICIOS:			
La pintura desde la incorporación del color, permite una estimulación de actividad cerebral			
se conecta directamente con sus neurotransmisores, despertando imágenes y estimulando			
su cerebro hacia el pensamiento y la sensación de placer, lo que desprende dopamina			
Se usan colores de intensidad alta como el rojo, naranja, amarillo que desprenden mayor			
cantidad energética y dirigen a los fotorreceptores			
Y colores como azul y verde que son estímulos para la visión espacial			
Dinámica:		tiempos:	
1	llegada identificación voluntarios	9:30:00 a. m.	9:45:00 a. m.
2	saludo y reconocimiento a personas mayores	9:45:00 a. m.	10:00:00 a. m.
3	distribución de material y voluntarios	10:00:00 a. m.	10:05:00 a. m.
4	actividad	10:05:00 a. m.	11:00:00 a. m.
5	colocación de pintura sobre platos y agua en vasos desechables		
6	convesación sobre imágenes mentales: colores, formas y lugares		
7	selección de colores y materiales		
8	uso de agua para pintar, papel para secar		
9	conversación sobre lo que va elaborando		
10	completa pintura con el espacio (que no quede nada en blanco)		
11	cierre con una metáfora o recuerdo de lo que hizo y su firma		
12	entrega de refrigerio y retiro de materiales	11:00	11:20
13	despedida y cierre con los residentes	11:20	11:30
14	retroalimentación con los voluntarios	11:30	11:45
Materiales			
caja láminas de dibujo para acuarela (puede estar la imagen pre-diseñada)			
marcadores (pilotos) , lápices y borradores, sacapuntas			
pinceles medianos y finos, cajas de acuarela de varios colores			
papel toalla, platos y vasos desechables			
bocina y música			

ANEXO 5: Diario de campo

Medición del impacto de las técnicas arte terapéuticas sobre los estados emocionales y cognitivos de adultos mayores institucionalizados en albergues públicos de la ciudad de Panamá, durante el primer semestre del 2024.

Investigadora: Yadyra Yánez

DIARIO DE CAMPO



Foto: Hogar Virgen de Loreto - foto de la autora.

Antecedentes del Hogar Virgen de Loreto:

Según reporta la directora del albergue, enfermera Lisbeth Montenegro, sus inicios remontan al 2009, durante la pandemia de influenza que atacó principalmente a los adultos mayores institucionalizados; ella trabajaba para un centro de atención para personas mayores

y, producto de la enfermedad, muchos fallecieron por falta de recursos en atención; como consecuencia, el albergue donde laboraba tuvo que cerrar. De profesión enfermera, la directora cuenta con amplia experiencia de trabajo en otros centros de atención para adultos mayores. A partir de este cierre, reconoce que la mayoría de los centros aceptan personas con niveles de funcionalidad media y alta, pero quienes no tienen condiciones económicas, físicas o psicológicas para sostenerse son rechazados y no encuentran un lugar de atención. Entonces decide atender por su cuenta, siendo su primer paciente un señor mayor extranjero, que reconoce la valiosa labor de ella y la apoya con un préstamo para cumplir su sueño de poner su propio albergue. Con el préstamo fue sumando pacientes de salud mental y así conoció a la familia Rodríguez Becker, quienes solicitan atención para su madre y hermanos con discapacidad a cambio del uso de la casa donde ellos residían en Hato Pintado. La casa tiene dos pisos, pero el segundo piso y algunas habitaciones habían sido clausurados en memoria del jefe de la casa, quien se quitó la vida en una de las habitaciones. A la llegada de la enfermera Montenegro en el 2015, deciden abrir los espacios y habilitar la casa completa para residencia de personas mayores. Se inscribe un acuerdo mutuo en el 2016 y se nombra al hogar Virgen de Loreto en honor al primer paciente que creyó en ella y era devoto de la Virgen de Loreto.

Ubicación y condiciones físicas del hogar:

La casa está ubicada en las calles 79 Oeste y Francisco Arias Paredes, en la Loma de Hato Pintado, corregimiento de Pueblo Nuevo. Consta de dos pisos, un patio frontal y un pequeño terreno en el parte posterior no utilizado por el desnivel y la caída hacia un río que pasa por detrás. Cuenta con cocina,



comedor, 6 habitaciones en la planta baja y 3 en la planta alta habilitadas para atención a pacientes encamados, con discapacidad severa y oxígeno dependientes, que son las únicas habitaciones que cuentan con aire acondicionado. Aparte, hay un salón de televisión en la planta superior para pacientes con discapacidad motriz, quienes se mantienen sentados en sillones desgastados que fueron donados. La mayoría de las personas ubicadas en este espacio no son conscientes de la presencia del televisor o se mantienen dormidas la mayor parte del tiempo. Son atendidas en sus necesidades básicas de alimentación, cuidado y limpieza.

En la planta baja está la zona del comedor principal donde están los pacientes con



diferentes tipos de movilidad: baja, moderada y alta. Estos pacientes que reposan sobre sillones deteriorados están ubicados junto a otro televisor anclado a la pared como única distracción; sin embargo, no siempre está prendido, ni los pacientes ven la televisión. No existe otra

alternativa de actividad; la mayoría pasa sentada en silencio, no hay comunicación entre ellos, tampoco se conocen mutuamente; el único movimiento que se registra es el de los cuidadores atendiendo las necesidades básicas.



El patio frontal es usado generalmente como tendadero para ropa y una pequeña zona de aproximadamente 4 m x 4 m que está bajo techo es usado para descanso de algunos más con mejor funcionalidad y respuesta. No cuenta con abanicos ni cielo raso; el espacio está expuesto a los avatares del clima: cuando hay mucho sol, el calor que transmiten las latas de metal del techo es intenso y, en caso de lluvia, la humedad es abrumadora. Junto al espacio techado hay dos patios laterales que son

tendederos de ropa; pese a que son espacios amplios, no pueden ser usados por los residentes porque el piso tiene desnivel y no hay cubierta contra sol o lluvia. Los sillones y sillas en los que reposan los residentes están en deterioro y presentan huellas de desgaste y mal olor.

No cuentan con oficina administrativa; en su lugar, la directora improvisa un espacio debajo de las escaleras que llevan al segundo piso, sobre una mesa de mobiliario reusado, una silla de escritorio rota y muebles divisorios de plástico acumulados, en los que guarda los expedientes de los pacientes y otros documentos de importancia. La cocina tiene equipamiento básico; no cuenta con bodega, los víveres son acumulados en un espacio al aire libre cerca de la lavandería. La limpieza del lugar es



aceptable; sin embargo, se pudo apreciar la presencia de moscas, mosquitos rodeando a los residentes y mal olor que emanaba de los sillones o de algunos residentes que necesitaban cambio.

El personal:

Son 14 cuidadores que rotan en turnos diurnos y nocturnos y cuya principal función es atender, alimentar, distribuir medicación y limpiar los espacios y a los residentes. No cuentan con médicos de planta, ni geriatras o psicólogos, ni terapeutas. Cuando se necesita atención urgente, son los familiares quienes deben responder y llevar al paciente a los centros de salud u otras instituciones de atención médica como el Seguro Social.

Los residentes:

Al contacto inicial con el hogar, había presencia de 29 adultos mayores, de los cuales 4 hombres y 25 mujeres con diferentes discapacidades y psicopatologías. Durante el tiempo que transcurrió entre la entrevista inicial a la directora y el inicio de la primera prueba, ingresaron 9 personas más, hubo 4 personas fallecidas y 5 retiradas por sus familiares. Esto indica el primer punto a considerar: **La población es altamente fluctuante**. Para efectos del estudio, se mantuvo con el número de universo de la población original $N = 29$. El rango de edad está entre 55 y 96 años, siendo la edad promedio 82 años.

Observaciones al programa:

- En la primera visita al lugar se pudo evidenciar desconfianza en algunas personas residentes que se incomodaron ante la presencia de investigadores que querían hacer preguntas. Algunas se negaron a contestar total o parcialmente, obteniendo puntuaciones menores que 2, incluso 0 en la prueba de tamizaje. Ante esto, se decidió hacer una segunda

toma de prueba en una segunda visita y se obtuvo un mejor resultado, con lo que se definió una muestra final de $n=14$.

- A inicio del programa se había preparado la aplicación de la versión de la Evaluación Cognitiva de Montreal, MoCA genérica, pero debido a que, por un lado, estamos tratando con una población con mediana a alta discapacidad y muy variada, y, por otro lado, es una población con falta absoluta de estímulos cognitivos visuales o auditivos, la versión que se sugirió utilizar fue una versión MoCA-blind mexicana modificada para personas con discapacidad visual.

- Otra modificación realizada fue que, una vez preparado el programa, el primer taller planificado para comenzar fue la elaboración de un *mandala* desde la perspectiva de su realidad personal; el objetivo era iniciar comprendiendo cómo visualizan e interiorizan su realidad al momento actual. Sin embargo, debido a que la población tenía mucho tiempo sin ningún estímulo en lo absoluto, y su nivel de desconfianza era alto, se decidió hacer una modificación para invitar a la participación de los residentes y se comenzó con un taller de musicoterapia, pues la música es un estimulante de gran alcance e invita a la participación activa. La decisión fue acertada y en poco tiempo se obtuvo la aceptación de todos, quienes bajaron los niveles de resistencia encontrados en un inicio y facilitaron el resto del proceso.

- Conforme pasaba el tiempo y las actividades continuaban, las personas cuyos puntajes no les permitieron ser incluidos en el estudio iban aceptando ser parte del programa y eran llevadas por los cuidadores para que participaran por igual de las actividades; incluso bajaban a las personas que se encontraban con severas discapacidades del segundo piso y sus reacciones fueron consideradas positivas, registrándose solo de manera cualitativa.

Evidencia empírica:

Se debe reconocer la respuesta positiva de los residentes; incluso aquellas que no tienen capacidad funcional participaron igual en los talleres, respondiendo de manera positiva y disfrutando con la música o las alternativas artísticas que se les presentaban. Independientemente de la discapacidad, todas las personas aceptaron ser parte de las actividades, rompiendo la barrera inicial de desconfianza con la que se había iniciado el programa. Con el paso del tiempo, la relación se fue fortaleciendo; las personas mayores esperan con ansias las actividades y su alegría al ver a los voluntarios llegar era evidente. Además, como consecuencia de esta relación y de la necesidad del albergue, algunos voluntarios se ofrecieron para realizar actividades extras al programa, como las mejoras físicas al hogar, incluso se obtuvieron donaciones particulares de empresas o personas relacionadas que ofrecieron adecuar los espacios de vivienda. Gracias a esto se pudo:

- Repintar la casa completa, incluyendo habitaciones y espacios comunes.
- Se donaron dos toldas para cubrir los espacios abiertos.
- Se realizaron múltiples donaciones de pañales, artículos de limpieza e higiene del hogar.
- Se realizaron donaciones de 20 sillas, con lo cual se pudieron cambiar los sillones desgastados y malolientes por mobiliario nuevo.
- Se realizaron donaciones de 6 mesas de trabajo para uso en los talleres.
- Se realizó la donación de una máquina de coser y materiales de costura.
- Gracias a la donación de un oftalmólogo, se pudo revisar la vista y hacer un cambio de lentes de una persona residente.

- Se realizó una fiesta navideña a fin de año con lo que se pudo recolectar lencería para las camas, ropa y zapatos para los residentes.
- Se arregló el altar de la Virgen de Loreto que se encontraba completamente deteriorado.
- Se realizó un mural en el patio exterior con la colaboración de más de 25 voluntarios.
- Hubo colaboración de artistas de primera categoría como Arián Abadí en la música, Eduardo Navarro en la pintura, Saúl en el muralismo, Tomás en los tambores, el grupo de Dr. Yasso, Payasos sin fronteras, con lo cual los talleres se vieron mucho más enriquecidos.

Observación y registro

Día 1: Musicoterapia

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Musicoterapia	FECHA: 3 de agosto de 2024
# TALLER: 1	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 9 voluntarios	# Cuidadores 5
Observaciones antes del taller: • Debido a la falta de mesas y poco espacio para trabajo, se modificó el calendario para comenzar con musicoterapia y luego solicitar mesas de trabajo para los siguientes talleres. • El albergue no cuenta con espacios adecuados para la realización de talleres. Los adultos mayores están sentados en diferentes lugares: terraza, comedor y segundo piso. • Las sillas o sillones donde están sentados están en amplio deterioro; muchos sillones tienen tela podrida y huelen mal. No son adecuados para sentarse, pero son usados por los residentes que cubren el sillón con sábanas viejas. • No existen mesas de trabajo; no hay donde realizar las actividades. • La terraza no tiene espacio suficiente. El espacio para la actividad estuvo muy pequeño. • Se puede apreciar que hay una vaga o muy pobre convivencia entre ellos. Al estar sentados sin actividad ni estímulo, se siente desmotivación e incluso hay agresiones entre ellos. • Hay un silencio doloroso por parte de quienes no participan en nada. No hay ningún tipo de estímulo ni terapia. • Hay moscas, mosquitos y olores fuertes por todo lado; las personas están desaseadas. • La recepción inicial de las personas mayores, sin embargo, de su estado habitual, fue muy positiva; son amables, ya sabían que llegaríamos con actividades y sus expectativas estaban muy altas. • Había mucha curiosidad e interés por lo que llevaríamos.	
Observaciones durante el taller: • Los ejercicios de estiramiento fueron bien recibidos; las personas mayores necesitaban apoyo de los voluntarios. • Hubo una fluida participación de todos; las personas estaban contentas con la actividad, la música los estimula mucho y pedían apoyo al voluntario para realizar la actividad. • Las cuidadoras tienen un trato fuerte, el tono de voz es muy alto y “golpeado”, sobre todo con las personas con discapacidad severa. Las tienen atadas. • El cierre del taller fue muy alegre. • Todos quieren que volvamos.	

Observaciones posteriores al taller

- Los voluntarios necesitan tener herramientas para saber cómo ayudar de mejor manera. Se decide crear un programa de inducción mensual que explique a los voluntarios sobre cómo ayudar.
- Se observó falta de espacios adecuados para los talleres; el techo no cubre suficiente y cuando hace mucho sol o lluvia, no pueden estar ahí.
- Hacen falta mesas, sillas, toldo, ventiladores más grandes y botellas de agua para los voluntarios. Se decide solicitar donaciones de muebles, sillas y mesas.
- Hay adultos mayores que están en un segundo piso y que no pueden participar porque no hay cómo bajarlos.

Registro visual:

Foto 1: Actividad de musicoterapia en el patio.



Día 2: Arteterapia paisajes emocionales

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Paisajes emocionales	FECHA: 10 de agosto de 2024
# TALLER: 2	# Participantes: 23 adultos mayores

# Voluntarios: 8	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: ● En esta ocasión, no estaban preparados para el taller; pese a que se le envió el calendario del mes completo a la directora, no preparó a las personas mayores para nuestra llegada, lo cual implicó utilizar parte del tiempo del taller para movilizarlos y ubicarlos en espacios factibles para las actividades. ● La campaña para donación de mesas de trabajo obtuvo buena respuesta; se recibieron 4 mesas de trabajo y varias sillas. ● La presencia de las mesas, pese a que son necesarias para la actividad, limitó aún más el espacio entre las personas, por lo que se tuvo que dividir el grupo en 3 espacios: terraza, comedor y segundo piso. ● La dificultad de trabajar con diferentes espacios y haber dividido a los voluntarios complicó un poco la dinámica, pues cada voluntario debió elaborar el taller independiente del otro grupo. ● En el comedor se sentó a la mayoría de las personas con las que se trabajó. Sin embargo, es un espacio limitado por las columnas y los sillones grandes. ● Se pudo integrar a personas con discapacidades severas que no habían pasado la prueba de tamizaje, pero querían participar. ● Todos elaboraron la propuesta artística, aunque con muchas dificultades por el espacio y la mala distribución de ambientes.	
Observaciones durante el taller: ● Muchos residentes reconocieron que era la primera vez que se encontraban con un pincel y un espacio para crear. ● La premisa fue recordar momentos, lugares, espacios de su juventud. ● Hubo diálogos, sonrisas; a muchos les costó recordar momentos felices. ● Al principio hubo cierta resistencia a realizar la actividad: no querían hacerlo, o lo hacían solo bajo instrucción; pero a insistencia del voluntario, poco a poco tomaron confianza y comenzaron a trazar líneas o pintar. ● Se identificó una falta de motricidad fina, pues al no estar expuestos a ejercicios de motricidad, sus manos limitan el movimiento. ● Las personas con movilidad reducida tienden a endurecer sus articulaciones, por lo que su movimiento se vuelve torpe o nulo.	
Observaciones posteriores al taller ● Quienes están más activos cognitivamente reconocieron lo valioso del trabajo realizado. ● Al finalizar, la directora tomó muchas fotos y se sintió muy agradecida por la actividad. Procedió a enviar las fotos a algunos familiares de las personas mayores y se juntó con nosotros al cierre para escuchar los comentarios finales. ● El trabajo fue agotador y se tomaron en consideración las necesidades presentes: convocar más voluntarios, habilitar la terraza para más espacio, entrenar a los voluntarios para poder llevar actividad en 3 espacios simultáneamente. ● Crear una campaña para conseguir una empresa constructora que pueda cerrar la terraza con techo para llevar las actividades fuera del comedor y tener más espacio.	

- El comedor es un espacio muy pequeño y cerrado; el calor agotó a los voluntarios, se necesitan abanicos y más ventilación.

Registro visual:

Foto 1: Espacio improvisado en el comedor / Hubo personas que quedaron por fuera por falta de espacio.



Foto 2: Trabajos realizados con apoyo voluntario.



Día 3: Collage de recuerdos

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Collage de recuerdos	FECHA: 17 de agosto de 2024
# TALLER: 3	# Participantes: 19 adultos mayores
# Voluntarios: 6	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • Recibimos la donación de una tolda para uno de los espacios de la terraza, donde pudimos colocar dos mesas de trabajo y así ampliar un poco el espacio. • Las personas están más interesadas en la actividad. Llegamos y ya nos esperaban. • Se nota su curiosidad y ganas de comenzar. • No se puede evitar observar a las personas dormidas, calladas, deprimidas. • Se observa que hay un trato de las cuidadoras tosco, rígido, fuerte.	
Observaciones durante el taller: • Hay una respuesta positiva por parte de todos. • Están curiosos por saber qué actividad llevamos. • Se nota un estado de ánimo alegre y en expectativa; al llegar, aplaudieron y dieron la bienvenida a todos. • La Sra. H. agradece la presencia de todos; reconoce que es necesario para ellos el que estemos presentes. • La actividad requiere que haga memoria de sus momentos del pasado y recorte y pegue. Esto implica movimiento motriz fino que se hace difícil con algunos ya que no están acostumbrados a hacerlo. Algunos lloran al intentar recordar momentos del pasado. • El espacio para trabajar es muy pequeño y está lloviendo. • Las personas y los voluntarios no tienen suficiente espacio para trabajar. • La Sra. L. decidió contar su vida y cómo fue abandonada, a una voluntaria y lloraron juntas. • La Sra. M. tiene discapacidad visual. No quiso participar del taller en un inicio, pero con la descripción y acompañamiento del voluntario, trabajaron juntos y se sintió acompañada. • La Sra. L.2. Tiene discapacidad motriz y visual; sin embargo, hace todo el esfuerzo por participar y entender la actividad. • El Sr. H. hizo un trabajo estupendo con recorte de revistas en 3D, asociándolo con el lugar donde vivía, la casa, los perros que tenía y los campesinos del lugar.	
Observaciones posteriores al taller	

- Los voluntarios expresan su compromiso con las actividades y sus ganas de continuar.
- El collage trajo recuerdos de regalos navideños, de paisajes naturales, ideales en sus mentes o memorias de un pasado.
- Recortar y pegar implica movimiento de articulaciones finas: dedos, manos y muñecas.
- Crear paisajes o recuerdos con imágenes estimulantes de revistas permite que su creatividad elabore y reconstruya espacios a veces abstractos o retazos de uno u otro para construir un “algo” que represente aquello que tiene en mente, pero no sabe cómo decirlo.

Registro visual:

Foto 1: Recorte de revistas para la actividad.



Foto 2: trabajos finales**Día 4: Mandalas**

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Mandalas	FECHA: 24 de agosto de 2024
# TALLER: 4	# Participantes: 17 adultos mayores
# Voluntarios: 7	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • Se compró otra tolda azul para completar un espacio más amplio en la terraza y abrir el espacio entre las mesas de trabajo. • Hay un interés genuino en la actividad; todos quieren saber las instrucciones y ponen atención como si estuviesen en la escuela. • Debido a la discapacidad visual de muchos residentes, se optó por llevar material en alto relieve para que la colocación de pintura sea más fácil y autónoma por parte de los residentes.	

Observaciones durante el taller:

- El trabajo invita a pensar en cosas alegres, elementos, animales, lugares, símbolos que le hacen feliz o que le gustaría tener al lado.
- Al comprender que el espacio del mandala es personal, crea una apropiación imaginaria de elementos.
- Las personas aceptaron la actividad, aunque a algunos les costó identificar elementos que los hagan felices.
- La Sra. L decidió escribir una nota detrás del dibujo para su hija porque la extraña mucho.

Observaciones posteriores al taller

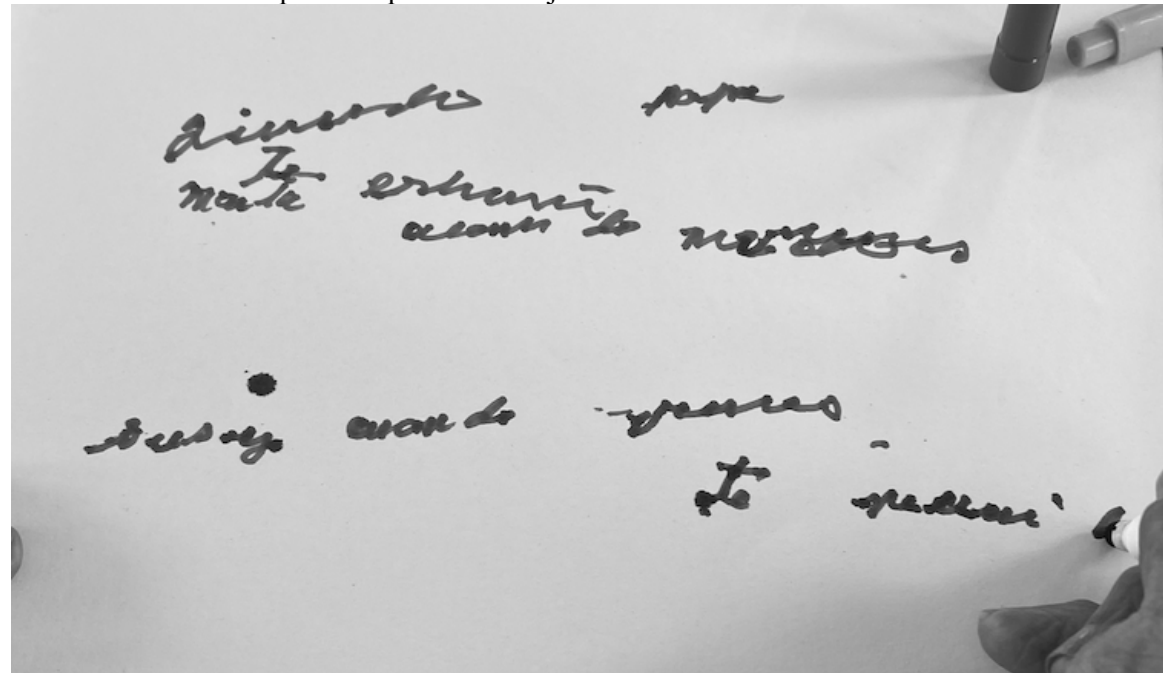
- La motricidad fina se ve más precisa, aunque la selección de qué elementos dibujar fue complicada. Al momento de decidir qué hacer, la selección del color y la aplicación del pincel o el dibujo a lápiz se hicieron más fáciles.
- No se puede evitar comparar con los primeros días, en que la falta absoluta de estimulación incluso dificultaba el agarre de los elementos de dibujo o pintura.

Registro visual:

Foto 1: Mandala en alto relieve.



Foto 2: Frases escritas para completar el trabajo.



Día 5: Pintando en familia

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Pintando en familia	FECHA: 31 de agosto de 2024
# TALLER: 5	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 15	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: - Las expectativas de nuestra llegada cada vez fueron más alegres; estaban más despiertos y contentos. - Expresaron su curiosidad por saber qué actividad llevábamos. - Aceptaron de buen agrado la movilización para ubicarlos en sitios de fácil acceso para el trabajo.	

- Pese a la donación de la tolda, se hizo difícil separarlos porque estaba lloviendo y no hubo cómo sacarlos del lugar en que estaban.
- Recibimos la donación de pintura para las paredes del interior, así que el grupo de voluntarios se dividió en dos: los del taller y los que pintaron paredes internas.
- Se observó el lugar sucio y descuidado al mover los sillones para pintar paredes.

Observaciones durante el taller:

- Las personas se muestran agradecidas por la llegada de los voluntarios.
- El vínculo se fue formando entre los voluntarios que escogieron a su adulto mayor favorito y las personas mayores que reconocieron a los voluntarios más frecuentes.
- Hubo muy buena disposición para trabajar de lado y lado.
- La actividad invitó a que se trabajen temas de familia: dónde están, cuántos son, cómo son. Hubo muchas emociones: tristezas, añoranzas, resentimientos, que se compartieron mientras pintaban.
- La Sra. L. habló de la ausencia de sus hijos.
- La Sra. S. lloró porque siempre está sola. Sin embargo, decidió escribir mensajes a su hija para recordarle que venga a visitarla.
- Los voluntarios van aprendiendo a lidiar con la tristeza de las personas mayores.

Observaciones posteriores al taller

- Se pudo pintar el comedor principal, paredes y puertas.
- Hubo lágrimas, pero fueron sostenidas por los voluntarios.
- Se invitó a que se reconozcan también en el presente y encuentren agrado en el lugar que se va construyendo mientras conviven.
- Se pide reconocer la importancia de una buena convivencia entre ellos, sin gritos ni maltratos; principalmente, el mensaje fue para las cuidadoras, que ya no se reportaron tan duras en su trato.
- La directora del Hogar agradeció el trabajo que estamos haciendo e indicó que las cuidadoras han sentido el alivio en el trabajo porque el adulto mayor no está tan terco al ser atendido, y ahora conversan y eso facilita la movilización.
- Se realizó una retroalimentación con los voluntarios para invitarlos a que convivan más, pregunten más, interactúen más con las personas directamente; el objetivo es hacia la relación con la persona, más que hacia la actividad.
- De igual manera, se conversó sobre las emociones que esta actividad había despertado en el voluntario. Algunos lloraron y fueron abrazados por otros.

Registro visual:

Foto 1: Grupo pintando en familia en el patio frontal.



Foto 2: Voluntarios pintando paredes y puertas interiores del albergue.



Día 6: Dibujos incompletos

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Nombre del taller: Dibujos incompletos

FECHA: 7 de septiembre de 2024

TALLER: 6

Participantes: 17 adultos mayores

# Voluntarios: 11	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • Continuamos con la pintura de paredes internas y puertas para mejorar el aspecto del hogar. Los resultados están siendo evidentes. La directora del hogar está muy agradecida. • Nos dividimos en dos grupos nuevamente, uno para trabajar con las personas mayores y otro para la pintura que hace falta en las paredes. • Las personas ya están ubicadas en el espacio de la terraza. • Se siente la diferencia; están contentos por nuestra llegada. • Mencionan que los sábados se han convertido en el mejor día de la semana y que cuentan los días para que llegue pronto el sábado.	
Observaciones durante el taller: • La actividad invita a completar dibujos que están incompletos, con el objetivo de que explore en su memoria la imagen, identifique las partes que le faltan y las complete y les dé un significado. • La Sra. L. recordó a sus hijos y dibujó la casa en la que vivía cuando eran pequeño. Dibujó a sus hijos de pequeños y al perro que tenían cuando vivían en Brasil. • Todos participan dando lo mejor que pueden. No se niegan a participar, ni siquiera las personas que tienen discapacidad visual o motriz, porque con la ayuda de los voluntarios se dejan llevar, siguen instrucciones para compartir la actividad juntos. • Los voluntarios participan contentos y construyen elementos como apoyo.	
Observaciones posteriores al taller • Los voluntarios mencionan que, a pesar de haber asistido algunos por horas de labor social, sienten que deben seguir viniendo para disfrutar la actividad, que no pensaban que sería así. • Hay alegría en la actitud de todos, adultos mayores y voluntarios. • Los voluntarios agradecen la retroalimentación del final del taller, pues eso hace que pierdan miedo y que comprendan sus límites.	
Registro visual:	

Foto 1: Dibujo de su familia en la casa en la que solía vivir; están presentes sus hijos y el perro.



Día 7: Juegos de mesa

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Nombre del taller: Juegos de mesa	FECHA: 14 de septiembre de 2024
# TALLER: 7	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 9	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: - Se tomó la decisión de cambiar de actividad, para no dejar juntas dos actividades muy parecidas que tienen que ver con la pintura. - Se incluyó una actividad de “juegos de mesa” en lugar de “pintando emociones”, que es la que correspondía hoy. - Todos estaban esperando curiosos por saber qué actividad sería; nos agradecieron el que hayamos vuelto; su expectativa es agradable; se siente bien ser bien recibidos. - Ahora todos están en la terraza; pese a que es pequeña, llegaron donaciones de mesas y sillas que permitieron acomodarlos mejor para realizar la actividad.	

Observaciones durante el taller:

- Se repartieron los juegos de mesa, pero a solicitud de todos los que les gusta el bingo, se decidió jugar bingo.
- La dinámica es divertida; los voluntarios apoyan el trabajo señalando dónde poner a quienes no pueden hacerlo de forma independiente.
- Cuando hay ganadores, todos se ponen contentos. Los regalos son juegos o sopas de letras o libros para pintar.
- Fue una actividad muy bien recibida y participativa.
- El Sr. L. participó muy activamente. Él ganó la tabla llena y se puso muy feliz.
- La Sra. M. tiene discapacidad visual, pero con apoyo del voluntario participó activamente, preguntando muy interesada.

Observaciones posteriores al taller

- Fue una dinámica alegre; el bingo logra que todos conecten con la actividad. A pesar de muchas discapacidades como la visual o la auditiva, la presencia del apoyo voluntario hace que la persona mayor participe y se sienta incluida.
- Se debe usar micrófono para que todos escuchen, se deben repetir con frecuencia los números y la actividad debe estar mezclada con frases agradables, chistes o baile para hacerlos reír y que no solo sea lectura de números.
- Los voluntarios están contentos por esa actividad, porque la competencia estimula a las personas, trabaja la concentración y la atención.
- Jugar con los adultos mayores es conectar de una manera diferente, divertida, intentando juntos competir para ganar. Hace que sea una actividad mucho más conectada entre el voluntario y el adulto mayor.
- Los juegos de mesa provocan interacción entre los participantes, estimulando la socialización.

Registro fotográfico:

Foto 1: Juego de bingo en el hogar.



Día 8: Plastilina feliz

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Nombre del taller: Plastilina feliz	FECHA: 21 de septiembre de 2024
# TALLER: 8	# Participantes: 16 adultos mayores

# Voluntarios: 12	# Cuidadores 3
Observaciones antes del taller: • Debido a la falta de condiciones adecuadas para la actividad de “Memorias en arcilla”, se decide cambiar por el taller “Plastilina feliz”, que es más fácil de manipular y no requiere más espacio como el trabajo con arcilla. • La dinámica de respiraciones y ejercicios iniciales va sumando más personas mayores en el ejercicio; incluso aquellos que no pueden moverse hacen un intento. • La Sra. E., que no participaba y tampoco respondió a las preguntas del tamizaje, sí participó de la dinámica inicial poniéndose de pie y siguiendo las instrucciones; aunque no respondía verbalmente, aceptó el ejercicio con guía. • Hay una nueva persona residente que se incluye de inmediato en las actividades y su diagnóstico es cáncer terminal. • El Sr. H. ha sido retirado del albergue. Nos indican que fue por su salud crítica. El médico recomienda que pase sus últimos días en casa.	
Observaciones durante el taller: • La actividad fue divertida: la Sra. R., que normalmente no participa, se conectó con la plastilina y se reía con la manipulación del material en sus dedos. • Algunos hicieron bisutería, como anillos, pulseras, frutas; se estimulaban entre ellos; hicieron corazones, caritas felices. • El trabajo se realizó en conjunto con la participación del voluntario y se crearon historias a partir de los elementos contruidos. • A la Sra. S. le costó mucho, porque tiene discapacidad visual en un 80% y auditiva en un 60%; el voluntario aprendió a hablarle en el oído. • La Sra. L. es muy participativa y energética, le gustan las actividades y pide canciones, pide ayuda a los voluntarios y colabora con mucho agrado.	
Observaciones posteriores al taller • Como resultado de estar permanentemente visitándolos durante las sesiones anteriores, las personas mayores ya reconocen a los voluntarios y los aceptan con cariño, lo cual es parte del vínculo que se busca crear para sanar. • Nacen historias en conjunto. Las conversaciones se enfocan en su pasado, en su época de joven. • No hay que convencerlos para que participen. Todos están listos para participar. • Ya saben que vamos y nos esperan; al finalizar el taller nos agradecen y nos dan palabras de gratitud y bendiciones, pidiéndonos que volvamos siempre.	
Registro visual:	

Foto 1: Ejercicios de respiración.



Foto 2: Elementos creados con plastilina.



Día 9: Boleros para sanar

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Boleros para sanar	FECHA: 28 de septiembre de 2024
# TALLER: 9	# Participantes: 14 adultos mayores
# Voluntarios: 15	# Cuidadores 3
Observaciones antes del taller:	

- Este día se arregló el techo de la terraza porque estaba rota la tolda; los voluntarios se treparon al techo y se cerraron los huecos.
- También se pintaron las paredes externas de blanco, para preparar la pared para un mural que vendrá después.
- Unas voluntarias trajeron una silla de ruedas para la Sra. M.

Observaciones durante el taller:

- La actividad incluía escuchar boleros y cantar con las partituras impresas en letras visiblemente amplias.
- Se recordaron canciones y cantantes de su época, principalmente boleros.
- Se hicieron peticiones de canciones nuevas para un repertorio más amplio.
- La música trae nostalgia y estimula la memoria. Aunque no sabían la letra, intentaban leer las páginas impresas y hacían su mejor esfuerzo.
- Los voluntarios apoyaron a las personas con discapacidad visual.
- La canción que más les gustó fue "El Rey", que pidieron dos veces y cantaron a todo pulmón.
- La Sra. M. fue cantante profesional; durante el taller todos descubrieron su voz impactante que nadie sabía que tenía, sobre todo porque ella casi no habla, y fue entonces cuando contó a todos su pasado como cantante profesional. Fue un gran descubrimiento.

Observaciones posteriores al taller

- El cierre del taller fue muy emotivo al conversar sobre lo sentido. La música trae muchas emociones a todos y la conexión fue valiosa.
- Hubo canciones que no se pudieron cantar porque el ritmo era muy acelerado y la letra no se pudo seguir. Hay que mejorar el repertorio de canciones.
- Se recomienda aumentar la cantidad de canciones que se van a cantar para tener variedad de ritmos.

Registro visual:

Foto 1: La Sra. M, impactando a todos con su voz.



Foto 2: Arreglos de la tolda



Foto 3: Pintura de pared exterior para mural.



Día 10: Máscaras

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Máscaras	FECHA: 5 de octubre de 2024
# TALLER: 10	# Participantes: 18 adultos mayores
# Voluntarios: 8	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: Este taller estuvo dirigido por Tomás, un voluntario que aceptó liderar el taller en ausencia de Yadyra, que tuvo un viaje.	

- Ese día llovió fuerte y complicó un poco el espacio para la actividad. Debido a que las actividades se realizan en el patio y el techo es de zinc y una tolda medianamente colocada. El agua hace difícil la conducción del taller fluidamente; el calor y la humedad complican más la realización. Sin embargo, los ejercicios iniciales de estiramiento sí se pudieron realizar con la participación de todos.

Observaciones durante el taller:

- Durante el taller se repartió material como revistas, marcadores, stickers, pintura y máscaras de cartulina, que fueron preelaboradas en las oficinas.
 - Algunas personas pidieron que las máscaras tuvieran ojos, no huecos, pues no querían colocarse en la cara.
 - No todos escogieron la misma base de máscara; algunos pidieron hacer antifaces, otros máscaras completas, lo cual fue enriquecedor porque hubo mucha variedad y creatividad. Los que no usaron marcadores usaron papeles para decorar la máscara, se usó pintura para completar y todos participaron.
- Al cierre del taller, se colocaron en la máscara y se conversó sobre lo que significa ponerse una máscara para que nadie los vea; algunas respuestas fueron: que a veces prefieren que no los vean, que la máscara puede ser feliz aunque la persona no, que la máscara siempre está de fiesta.

Observaciones posteriores al taller

- En el cierre se dio el refrigerio como en todos los talleres; pidieron galleta dulce, pero se dio galleta salada porque algunos tienen diabetes.
- Tomás hizo la reunión con los voluntarios y cada uno explicó cómo se sentía.
- Lo importante del taller de máscaras fue la reflexión posterior que se dio junto con los voluntarios, la visión que ellos tienen de sí mismos y la falta de visibilidad que tienen las personas mayores ante la sociedad.

Registro visual:

Foto 1: Confección de máscaras con diferentes elementos en cartulina, pintura y accesorios externos a selección voluntaria.



Foto 2: Conducción de Tomás a pesar de la lluvia.



Día 11: Historias con cartones

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Historias con cartones	FECHA: 12 de octubre de 2024
# TALLER: 11	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 11	# Cuidadores 5
Observaciones antes del taller: • A la llegada, muchos residentes estaban dormidos y en silencio. Hasta que vieron llegar al equipo y despertaron con ánimo y curiosidad. • Todos saludan a los voluntarios de uno en uno; cuando llega un voluntario nuevo, lo reconocen inmediatamente y tienen la confianza de pedirle que se presente y lo aceptan de inmediato. • La actividad se enfocaba en estimular a nivel motor fino las manos y la creatividad al construir elementos con cartón que representen algo afín a sus ideas o recuerdos. • Se incluyó materiales como cartón, empaques de huevos, tijeras, goma, papeles de colores, material reciclado y tubos de papel higiénico. • Se inició con ejercicios de motricidad fina para estiramientos.	
Observaciones durante el taller: • La disposición para trabajar con materiales es completamente abierta. Pese a que muchos no pueden usar tijeras o el cartón es duro de cortar, aceptan las propuestas como se vayan presentando. • Los voluntarios apoyaron a quienes no podían cortar o ver. • La mayoría elaboró árboles con la ayuda de los voluntarios. • La Sra. L., que antes participaba de los talleres, no quiso hacerlo; estuvo en su cuarto con síntomas de depresión; sin embargo, aceptó el refrigerio. Al cierre del taller, comentó una situación familiar que le tenía muy preocupada.	
Observaciones posteriores al taller • Los voluntarios se han vuelto amigos entre ellos. La mayoría repite los talleres y son siempre los mismos. • Algunos voluntarios sintieron que esta actividad era más difícil que las anteriores porque requería creatividad, más ayuda y contenía más elementos. • El trabajo fue colaborativo.	

- Al cierre de la actividad, algunos residentes vuelven a sus estados silenciosos y apartados.
- Siempre hay la sensación de que al inicio no van a participar y al final todos quedan contentos.
- La Sra. L. tiene diagnóstico de depresión crónica.

Registro visual:

Foto 1: Taller de historias con cartones



Foto 2: Trabajos realizados



Día 12: Círculo de percusión

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Círculo de percusión	FECHA: 19 de octubre de 2024
# TALLER: 12	# Participantes: 15 adultos mayores
# Voluntarios: 10	# Cuidadores 3
Observaciones antes del taller:	

- Al llegar, las personas estaban muy enojadas; había discusiones paralelas entre los cuidadores y los pacientes y mucha molestia evidente. Al parecer, hubo discusiones previas a nuestra llegada.
- El ambiente estuvo tenso al inicio; una de las pacientes (que tiene trastorno de personalidad bipolar) no había tomado sus medicamentos y estaba exigiendo algo. La directora del albergue le gritó en frente de todos, tratando de apoyarse en nuestra presencia. La paciente respondió igual con gritos.
- Esta actitud de gritos y faltas de respeto provocó que todos se alteraran.
- Los espacios donde estaban ubicados estaban desordenados; ellos suelen acomodarse en su silla y habían sido cambiados, lo cual provocó molestia general.
- Había personas que se quejaban de dónde habían sido sentadas.
- La actitud inicial provocó temor en los voluntarios que no sabían cómo intervenir.
- Se dio inicio al taller ubicándolos en sus sitios usuales e impartiendo una charla de 10 minutos sobre la sana convivencia, el respeto, el compañerismo y el reconocimiento de sus estados de ánimo hacia una regulación emocional. Se habló sobre el respeto entre compañeros y hacia los cuidadores, la aceptación y el bienestar. Se exhortó a no gritar y comprender la situación personal y la del otro. Los residentes aceptaron; incluso la persona que había gritado aceptó no volver a hacerlo.
- Aparte, se habló con la directora para que evite enfrentamientos con gritos, sobre todo con quienes son sus residentes. Hacerlo frente a todos, aunque tenga razón, no es justificativo para los gritos. Nuestra presencia tampoco debe ser considerada justificativo para apoyar un trato agresivo. La actitud de la directora fue aceptar las recomendaciones; reconoció que no debió gritar, sin embargo, no paró de quejarse de su cansancio, sus enfermedades, el desinterés de las cuidadoras, las constantes ausencias y la falta de apoyo que tiene.

Observaciones durante el taller:

- El taller dio inicio con la charla sobre lo sucedido y ejercicios de respiración y meditación para calmar sus estados de ánimo. Se usó música suave para calmar los ánimos.
- Se distribuyeron los instrumentos musicales y de percusión.
- Los ritmos de tambores y de percusión permitieron que suelten la frustración y la ira, y todos conectaron con las propuestas que iba haciendo.
- Hubo mucha energía y se cambió su estado de ánimo por completo.
- Al poco tiempo todos estaban contentos, tocando tambores y cantando.
- Todos participaron; descargaron su mal humor.
- Los voluntarios se involucraron y perdieron el temor que había provocado el inicio del taller.

Observaciones posteriores al taller

- Terminaron todos con actitud positiva.
- Los residentes terminaron la actividad muy contentos y agradeciendo la presencia del tallerista y los voluntarios.
- Los voluntarios sintieron alivio al ver el cambio del estado de ánimo de las personas mayores.
- Los voluntarios reconocieron el impacto positivo que se puede hacer con una intervención.

- Se reforzó al final con los voluntarios la necesidad de atender los estados de ánimo de las personas institucionalizadas de manera permanente, pues si no existiese este programa, este día hubiese sido caótico.
- Se reforzó también el estado de ánimo de los voluntarios, comprendiendo que también son parte del engranaje y nuestro estado de ánimo también se ve influenciado.
- Lo que hacemos impacta a todos. A los que reciben y a los que dan.

Registro visual:

Foto 1: Registro de tambores e instrumentos musicales durante el taller.



Foto 2: grupo completo tocando tambores:



Día 13: Danzaterapia

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Nombre del taller: Danzaterapia	FECHA: 26 de octubre de 2024.
# TALLER: 13	# Participantes: 15 adultos mayores
# Voluntarios: 9	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • A la llegada de los voluntarios, se encontraron con un ambiente agradable, las conversaciones espontáneas, algo que antes no se había notado, y el ánimo era muy positivo; los residentes estaban esperando la llegada del grupo y con mucha curiosidad por el taller que vendría a continuación.	
Observaciones durante el taller: • La actividad implica movimiento corporal al ritmo y a la guía de la persona que conduce la danza; el movimiento es lento y armonioso, buscando la conexión con los residentes, y las personas se dejan llevar y prestan atención a la conducción. • En un momento del taller se invita a los mismos residentes a que construyan movimientos y el resto los imite; esto generó muchas sonrisas y participación.	

- Todos estuvieron muy participativos, excepto la Sra. C., que estuvo especialmente sensible y, ante la presencia de ritmos suaves, lloró.
- Los voluntarios pudieron apoyar al grupo bajo las indicaciones de la conductora y los ejercicios fluyeron agradablemente.
- Hay inclusión de elementos como ula-ula, cintas, telas que invitan a la imaginación.

Observaciones posteriores al taller

- Los voluntarios reconocen lo bonito del taller y se conectaron emocionalmente con la actividad; lo disfrutaron también a título personal, no solo como apoyo.
- La música y el movimiento corporal son buenos estímulos para la participación; los residentes cambian de humor y se conectan fácilmente.

Registro visual:

Foto 1: Ejercicio de danzaterapia con telas de colores.



Foto 2: Ejercicio de mímica:



Día 14: Historias que nos contamos

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Historias que nos contamos	FECHA: 2 de noviembre de 2024.
# TALLER: 14	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 12	# Cuidadores 5
Observaciones antes del taller: - El taller requirió una explicación previa a los voluntarios sobre el rol que debían ejecutar durante la actividad, puesto que implicaba la escucha activa, empatía y sostenimiento ante una serie de preguntas preelaboradas en un formato que invita a conversar y elaborar recuerdos de antes y de ahora. - Se entregó el material preparado y lápices y se adecuó el espacio para que tanto residentes como voluntarios puedan tener un diálogo sentados y se facilite la conversación.	

- Hubo un gran número de voluntarios, de manera que casi se pudo realizar la actividad uno a uno.
- El objetivo principal del taller fue crear historias donde el residente sea el principal personaje y que el voluntario lo apoye a la vez que se crean historias de la relación juntos durante el tiempo que llevan asistiendo.
- Se buscó como objetivo también obtener una retroalimentación de los residentes sobre los talleres hasta el momento. Cuál fue el que más le agradó, qué es lo que repetiría, qué emociones le provocan las actividades.

Observaciones durante el taller:

- Los diálogos que surgieron fueron muy empáticos; hubo muchas risas y acompañamientos.
- Las conversaciones comenzaron siendo estructuradas, pero en poco tiempo se relajaron y fluyeron fácilmente.
- Aparecieron historias sobre
 - Familia, hijos, anécdotas familiares, amigos del colegio y del trabajo. No todas las historias son alegres; hay historias de infidelidades, otras de resentimiento, abandono y otras historias de luto.
 - Hablaron mucho de lo agradable de los talleres, que ahora son el motivo para levantarse los sábados.
 - Los vínculos que se fueron construyendo con los voluntarios y la amistad que ha nacido.
 - Reconocen lo importante de mantenerse activos.
 - Es la primera vez que hacen algo parecido y les gusta.

Observaciones posteriores al taller

- La conversación fue muy positiva, pues los residentes tuvieron oportunidad de contar sus memorias (para quienes pudieron recordar) y su sentir, el cual fue bien recibido por los voluntarios en un ambiente de respeto y amistad.
- Los voluntarios se sintieron muy conmovidos, pues después de tantos talleres juntos, el conocer más sobre las historias detrás de los residentes que atendieron los conectó con sus propias emociones.
- La retroalimentación posterior al taller tuvo que contener lágrimas de la mayoría de los voluntarios sensibilizados por la conexión.
- Fue uno de los talleres que más emociones provocó.

Registro visual:

Foto 1: Conversaciones variadas entre voluntarios y residentes



Foto 2: Grupo de voluntarios participando activamente en el diálogo.



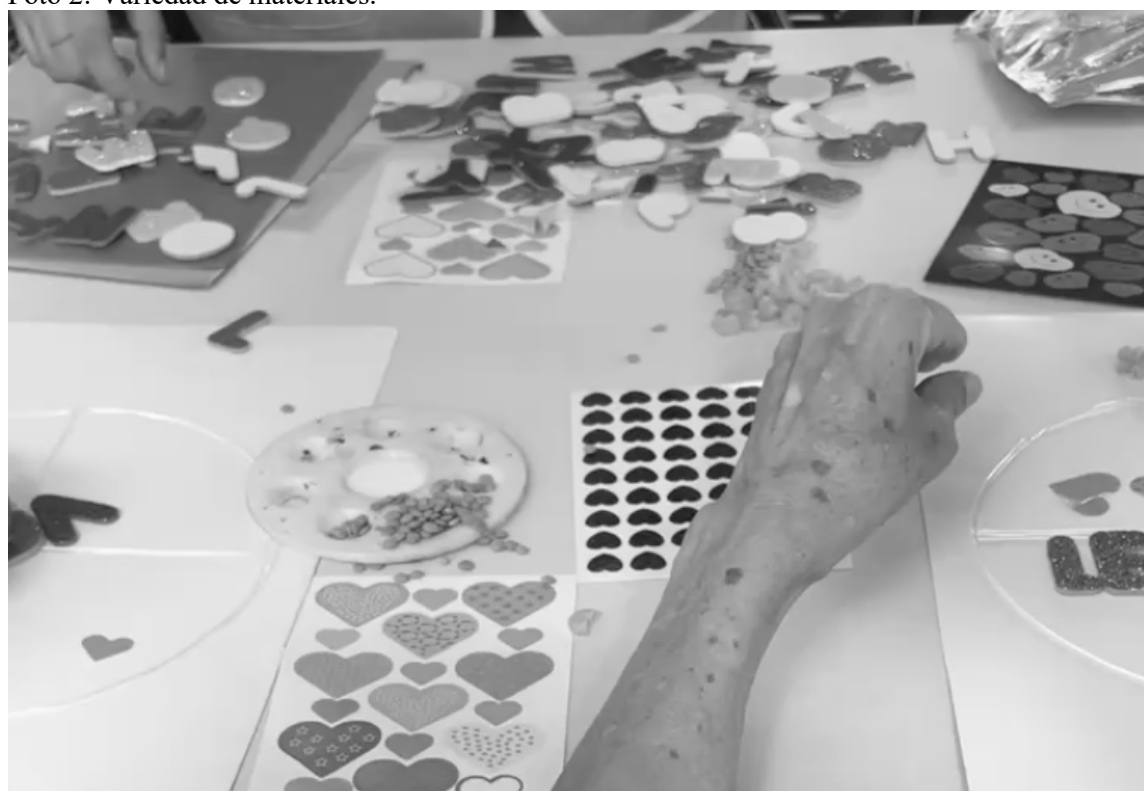
Día 15: Mandalas 3D

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Mandalas 3D	FECHA: 9 de noviembre de 2024.
# TALLER: 15	# Participantes: 16 adultos mayores
# Voluntarios: 14	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • Este es un taller sensorial que invita a participar en la exploración de elementos táctiles de diferentes texturas que se van colocando en un espacio circular y al que deben distribuir o clasificar según texturas, colores o formas. • Mucho del material que se llevó se preelaboró en la forma genérica de forma circular con silicona transparente, dos días antes, para que sea factible sentir con los dedos las personas con discapacidad visual. • Se repartió material y se puso la consigna con los voluntarios de prestar mucha atención al material para que no sea digerido, puesto que se trata de algunos alimentos secos que no son para comer, sino para uso didáctico (frijoles secos, arroz crudo, fideos secos).	
Observaciones durante el taller: • Fue un taller muy bien recibido por la cantidad de elementos, colores y variedades en texturas y formas. • Hubo un poco de ansiedad en el momento de repartir materiales, a fin de que todos tengan de todo; sin embargo, se contó con un buen número de voluntarios, lo cual facilitó el control y la distribución de material. • La goma siempre se convierte en un elemento incómodo al momento de colocar, sobre todo con elementos muy pequeños; requiere enfoque y precisión. • Las personas con discapacidad visual requirieron más apoyo por parte de los voluntarios, quienes debieron llevar paso a paso cada movimiento y con explicación de color y lugar.	
Observaciones posteriores al taller • Algunos voluntarios reconocieron que su participación influyó en la elaboración del trabajo, puesto que hubo residentes que no sabían por dónde comenzar. • Este taller lleva bastante material que después hay que recoger. • Algunos residentes quisieron quedarse con sus trabajos; sin embargo, al tratarse de material comestible pero seco, no se recomendó.	
Registro visual:	

Foto 1: Apoyo a residente con discapacidad visual.



Foto 2: Variedad de materiales.



Día 16: Molas de papel

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Molas de papel	FECHA: 16 de noviembre de 2024.
# TALLER: 16	# Participantes: 14 adultos mayores
# Voluntarios: 16	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller: • Este taller está enfocado a estimular la motricidad fina a través de la sensación que provoca el papel crespón, cortar o trozar con las manos, pegar con goma, y coordinar con la visión el dónde colocar los trozos. • También requiere de toma de decisiones para escoger entre las alternativas de colores cuáles es el que colocará en la obra. • Este día se desarmó el altar en el que está colocada la Virgen de Loreto, puesto que la estructura está rota, sucia y desaliñada. Un voluntario se comprometió a mejorarla y traerla en el siguiente taller.	
Observaciones durante el taller: • Una vez repartido el material, hubo personas que no quisieron utilizar el papel crespón, así que se optó por entregar marcadores de colores para que dibujen y rellenen los espacios. • La dificultad de rellenar espacios pequeños hizo que algunas personas opten por cubrir con el papel espacios más grandes. • La goma provoca incomodidad en las manos; hubo personas que pedían limpiarse a cada momento. • El taller fue acompañado con música típica, lo cual puso a todos de buen humor y su participación se centró en la música y lo típico.	
Observaciones posteriores al taller • Algunos voluntarios reconocieron que su participación influyó en la elaboración del trabajo, puesto que hubo residentes que no sabían por dónde comenzar. • Este taller lleva bastante material que después hay que recoger. • Algunos residentes quisieron quedarse con sus trabajos; sin embargo, al tratarse de material comestible pero seco, no se recomendó.	
Registro visual:	

Foto 1: Actividad de molas con papel crespón.



Foto 2: Falta de precisión en el relleno.



Foto 3: Desarme del altar de la Virgen de Loreto.



Día 17: Siembra y percusión

Hogar de acogida: Virgen de Loreto

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Siembra y percusión	FECHA: 23 de noviembre de 2024.
# TALLER: 17	# Participantes: XX adultos mayores
# Voluntarios: XX	# Cuidadores 4
Observaciones antes del taller:	

- Este taller incluyó dos actividades, música y percusión para los residentes y siembra de plantas para los voluntarios.
- Se recibió el apoyo de una empresa, cuyos colaboradores aceptaron ayudar con el jardín, la pintura y el altar de la Virgen de Loreto.
- Los voluntarios fueron numerosos, de manera que se pudo dividir la cantidad en las varias actividades simultáneamente.

Observaciones durante el taller:

- Debido a que hubo bastantes voluntarios, se tuvo que distribuir los roles entre los que participarían de la actividad y los que trabajarían en pintura, jardinería, arreglos de la casa y el altar.
- La actitud de todos fue sumamente activa; los colaboradores de la empresa llegaron dispuestos a ejecutar el trabajo sin importar el clima ni las condiciones.
- Esto fue muy bien recibido por el hogar y los residentes.
- Se pudo terminar de instalar el altar de la Virgen de Loreto.

Observaciones posteriores al taller

- La empresa participante ofreció un almuerzo para todos, residentes y voluntarios, y fue un grato momento de convivio entre todos.
- La directora ofreció unas oraciones al final para todos los voluntarios y para el programa que estaba llevando a cabo.

Registro visual: Foto 1: Actividad de tambores.



Foto 2: Arreglo de altar de la Virgen de Loreto.



Foto 3: Arreglo de jardinería:



Foto 4: Pintura de interiores:



Foto 5: Almuerzo ofrecido a voluntarios y colaboradores por una empresa participante:



Día 18: Pintura con dedos

Hogar de acogida: Virgen de Loreto	
Nombre del taller: Pintura con dedos	FECHA: 30 de noviembre de 2024.
# TALLER: 18	# Participantes: 14 adultos mayores
# Voluntarios: 10	# Cuidadores 5
Observaciones antes del taller: • Este taller tuvo la encantadora visita del artista plástico Eduardo Navarro, quien decidió, junto con su hija, celebrar el cumpleaños de ella asistiendo al albergue como voluntario. • Se preparó material para que el artista haga un cuadro en vivo. • Se preparó material de arte para que las personas residentes realicen la misma actividad propuesta por el artista Navarro, pero en cada uno de sus espacios. • La pintura que se usó fue témpera para que sea fácil la manipulación y limpieza posterior. • La temática propuesta fue la realización de un caballo pintado con los dedos.	
Observaciones durante el taller: • El artista Navarro comenzó con una charla amena sobre la inspiración como base de la creación de todo artista. • Su actividad de pintar frente a todos con los dedos fue impactante para muchas personas que veían cómo la pintura explotaba en el canvas y recorría los espacios hasta aparecer un caballo. • Cuando se invitó a todos a hacer lo mismo, hubo mucha resistencia sobre ensuciarse los dedos; sin embargo, con apoyo de los voluntarios, algunos residentes aceptaban la propuesta y otros pidieron pinceles. • El artista fue pasando por cada uno de los residentes, invitándolos a pintar, y él comenzaba pintando el esqueleto del caballo; algunos se limitaban a observar sin intervenir, otros con temor tomaban pinceles para continuar. • La Sra. S. se molestó con el artista cuando él intervino en su cuadro y le respondió grosera. El artista se alejó de ella, incómodo visiblemente.	
Observaciones posteriores al taller • El cierre del taller fue con la entrega de regalos que había llevado para la directora del hogar.	

- En una conversación posterior al taller, el artista comprendió que lo que dijo la Sra. S. no fue crítica hacia él, sino por la situación de incomodidad propia de la Sra. S. El artista reconoció que nunca había trabajado antes con adultos mayores y que es muy diferente a trabajar con niños.
- Se reconoció que la intervención de él sobre los cuadros de los residentes fue un poco invasiva, de modo que los residentes se sintieron un poco intimidados ante la presencia del artista.
- De todos modos, tanto la directora del hogar como los residentes y los voluntarios estuvieron muy agradecidos por su participación.
- El artista Navarro agradeció también la oportunidad y el aprendizaje.
- Todos los voluntarios se tomaron fotos con el artista.
- El caballo pintado por él fue donado a la fundación.

Registro visual:

Foto 1: El artista Eduardo Navarro en acción.



Foto 2 y 3 : Intervención del artista con el grupo.



2025 - Programa de refuerzo:

Para el año 2025, se realizaron un total de 10 talleres adicionales de refuerzo, en los que se repitieron algunas actividades ya elaboradas previamente y se realizó un cierre con la pintura de un mural que representó la participación de todos simbólicamente con un “Arca de Noé”. El mural fue elaborado por el artista muralista Saul y la participación de voluntarios y residentes del albergue.

Se realizó una tercera medición de los estados cognitivos y estados emocionales y se presentaron los resultados preliminares a la dirección del albergue.

Registro fotográfico:





Panamá, 2025.

LCDA. YENEIRA CEDEÑO DE BARAHONA

Panamá, 25 de agosto de 2025

Señores
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
Ciudad

Estimados Señores:

La suscrita notifica haber revisado por solicitud de la estudiante **YADYRA YÁNEZ Z.**, con cédula de identidad personal No. **N-21-417**; la Tesis titulada **"MEDICIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ARTETERAPIA SOBRE LOS ESTADOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN ALBERGUE PÚBLICO DE LA CIUDAD DE PANAMÁ DURANTE EL PERIODO 2024, 2025"**, para optar por la **Licenciatura en Psicología** y, a su vez, doy fe que el documento cumple satisfactoriamente con todos los requisitos formales de ortografía y redacción exigidos por el idioma español.

Atentamente;


Lda. Yeneira Cedeño de Barahona
Teléfono: 390-8372
Celular. 6949-0033

Adjunto: Copia de Diplomas
Copia de Cédula

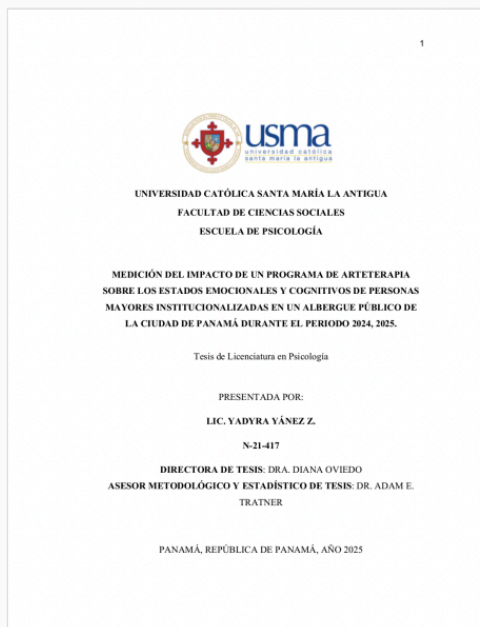


Digital Receipt

This receipt acknowledges that **Turnitin** received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Test Student
 Assignment title: Reading Quiz: Chapter 1
 Submission title: Tesis Yadyra Yanez Final 2025 revision plagio.pdf
 File name: Tesis_Yadyra_Yanez_Final_2025_revision_plagio.pdf
 File size: 14.72M
 Page count: 150
 Word count: 30,588
 Character count: 169,701
 Submission date: 28-Aug-2025 05:15PM (UTC-0400)
 Submission ID: 2737143995



Tesis Yadyra Yanez Final 2025 revision plagio.pdf

ORIGINALITY REPORT

14%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

www.coursehero.com

Internet Source

1 %

2

Submitted to Florida State University

Student Paper

<1 %

3

Ana Albuquerque, Margarida Alves-Martins.
 "Promotion of literacy skills in early
 childhood: a follow-up study from
 kindergarten to Grade 1 / Fomento de
 habilidades de lecto-escritura en la primera
 infancia: estudio de seguimiento desde la
 educación infantil al primer curso de
 educación primaria", Infancia y Aprendizaje,
 2016

Publication

<1 %

4

www.alzheimeruniversal.eu

Internet Source

<1 %

5

Submitted to Universidad del Istmo de Panamá

Student Paper

<1 %

6

Submitted to Universidad Católica Santa María la Antigua

Student Paper

<1 %

7

docplayer.es

Internet Source

<1 %

8

hdl.handle.net

Internet Source

<1 %