

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo Final Integrador

Implementación de método Montessori en adultos mayores con demencia y su incidencia
en las actividades de la vida diaria.

Autor: Soledad Barrero

Tutor: Dra. Luisa Acrich

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo general.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Envejecimiento.....	4
3.1.1 Envejecimiento Poblacional.....	5
3.1.2 Institucionalización del adulto mayor.....	6
3.1.3 Prejuicios contra la vejez.....	8
3.2 Salud mental del adulto mayor.....	9
3.2.1 Demencias.....	10
3.3 Atención Integral de las personas con demencia.....	14
3.3.1 Trabajo Interdisciplinario.....	15
3.3.2 Atención gerontológica centrada en la persona.....	16
3.3.3 Terapias no farmacológicas.....	18
3.4 Programas de abordaje basados en el Método Montessori.....	22
3.4.1 Base Teórica.....	22
3.4.2 Adaptación del método Montessori a pacientes con demencia.....	24
4. Metodología.....	27
4.1 Tipo de estudio.....	27
4.2 Participantes.....	27
4.3 Instrumentos.....	28

4.4 Procedimiento.....	28
5. Desarrollo.....	29
5.1 Presentación de la institución.....	29
5.2 Descripción de la implementación del método Montessori en pacientes con demencia que se encuentran institucionalizados.....	30
5.3 Descripción de las reuniones interdisciplinarias de equipo como dispositivo para el abordaje de pacientes con demencia en una institución geriátrica a través del método Montessori.....	34
5.4 Descripción de las intervenciones basadas en el método Montessori y su incidencia en la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria (AVD).....	39
6. Conclusiones.....	44
7. Referencias.....	50

1. INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional V, se desarrolló durante 280 horas, en una residencia geriátrica ubicada en la Ciudad de Buenos Aires. Dichas horas se distribuyeron en diferentes talleres y actividades que organiza la institución.

El hogar es una entidad sin fines de lucro dedicada a la atención de adultos mayores a través de programas de alto contenido social, con raíces en la religión judía. Ofrece servicio de residencia de larga estadía a cerca de 300 adultos mayores con diferentes niveles de complejidad y dependencia.

El equipo interdisciplinario de profesionales se encuentra formado por médicos de cabecera, médicos de guardia, especialistas de tiempo parcial, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, kinesiólogos, enfermeros, asistentes.

A partir del año 2015 se comenzó a incorporar en forma gradual en ciertos sectores de la institución el abordaje de adultos mayores con demencia a través del Método Montessori.

Este método educativo fue desarrollado por María Montessori para trabajar con niños, con el objetivo de liberar el potencial individual y colaborar en el autodesarrollo en un ambiente estructurado. Está centrado en la actividad dirigida por el niño y la observación clínica por parte del docente. A través de esta observación, se procura adaptar el entorno de aprendizaje del niño a su nivel de desarrollo. Se busca un desarrollo a través de un trabajo libre con material didáctico especializado.

El método Montessori ha sido adaptado por el Psicólogo norteamericano Cameron Camp para trabajar con pacientes con demencia y actualmente está siendo aplicado en diferentes partes del mundo. La institución elegida para las prácticas es una de las primeras instituciones que lo incorpora en Latinoamérica. A partir de lo novedoso de esta implementación y sus implicancias surge el objetivo de este Trabajo.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Describir y analizar la implementación de Método Montessori en pacientes con demencia

2.2 Objetivos específicos:

- Describir la implementación de Método Montessori en pacientes con demencia que se encuentran institucionalizados
- Describir las reuniones interdisciplinarias de equipo como dispositivo para el abordaje de pacientes con demencia en una institución geriátrica a través del método Montessori
- Describir las intervenciones basadas en el método Montessori y su incidencia en la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Envejecimiento

Desde el punto de vista biológico, el proceso de envejecimiento humano comienza luego del nacimiento, pero dependiendo de la situación social, el modo de vida y el entorno cultural evoluciona con ritmos diferentes en cada individuo. Es por esto, que no hay una única edad para la vejez, pueden diferenciarse la edad cronológica, la edad biológica y la edad social. Si bien existen diferentes teorías acerca del envejecimiento, todas confluyen en aceptar la presencia de una pérdida gradual y progresiva del estado óptimo de salud y del vigor, afectando una gran parte de las funciones fisiológicas, cognoscitivas, emocionales y comportamentales (Lozano Poveda, 2011).

La clasificación de los distintos períodos del ciclo vital varía según las diferentes épocas y culturas. En la mayoría de los casos suele dividirse a la adultez en tres períodos: adultez joven (entre 20 y 40 años de edad), adultez media (entre 40 y 65 años de edad) y adultez tardía o vejez (65 años en adelante). Particularmente, la adultez tardía se caracteriza en parte por la disposición de más tiempo para cultivar relaciones personales, que se da en paralelo con el declive de algunas facultades, la pérdida de seres queridos, y la toma de conciencia acerca de la muerte (Papalia, Sterns, Duskin & Camp, 2009).

Los adultos mayores no pueden considerarse un grupo homogéneo, más allá del ámbito de procesos biológicos y demográficos, a medida que el individuo envejece, más se va diferenciando de los otros. Esto es en parte porque además de ser obra de la naturaleza y la cultura el hombre es también obra de sus decisiones y acciones. Esto lo hace, en un proceso de individuación, único e irrepetible, muy particularmente en la vejez (Lozano Poveda, 2011).

La Organización Mundial de la Salud adoptó el término *envejecimiento activo* a finales del siglo XX, haciendo referencia a un proceso continuo por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social a lo largo de toda la vida. Este proceso tiene la finalidad de incrementar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Esta concepción modifica la planificación estratégica pasando de un paradigma que asume a las personas mayores como objetos pasivos receptores de

servicio a otro paradigma que reconoce la titularidad de este segmento de la población a derechos como la igualdad de oportunidades y al tratamiento en todos los aspectos de la vida (Zolotow, 2011).

Se concluye que para abordar la temática de la vejez es importante reconocer su complejidad, ya que, requiere una concepción del adulto mayor desde sus condicionamientos económicos y sociales; pero a su vez exige que se considere todo el entramado cultural que construye las identidades sociales, los recorridos vitales y las transformaciones en el tiempo (Lozano, 2011).

3.1.1 Envejecimiento Poblacional

En los últimos años, la población adulta anciana ha crecido más rápido que cualquier otro grupo etario. Se estima que entre el año 2015 y el 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se duplicará, pasando del 12% al 22% (OMS, 2016). Este fenómeno tiene lugar debido a la disminución en la fertilidad sumada a un aumento en la expectativa de vida (Papalia et al., 2009). Esta transición que experimenta la sociedad requiere un mejoramiento de las condiciones de vida de la población que envejece, fomentando la autonomía e independencia y una aceptación y revaloración de todas las etapas del ciclo vital (Cardona Arango & Peláez, 2012). Esto trae aparejadas diferentes implicancias que deben ser tenidas en cuenta.

Desde lo económico y lo social impone retos y exige, entre otras cosas, un aumento de la capacidad del sistema de seguridad social para afrontar el aumento de demandas en salud y pensiones (Papalia et al., 2009). También convoca tanto a una planificación de los requerimientos de vivienda y programas de asistencia como a un aumento de la participación de las personas mayores en las decisiones sociales y familiares. Esto resultaría en un mayor aprovechamiento del capital intelectual y cultural que presentan los adultos mayores (Cardona Arango & Peláez, 2012).

Está también ligado a un incremento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas. Entre ellas, es la demencia la que mayor impacto causa en la salud pública, ya que supone elevados costos para su tratamiento (Custodio et al., 2012). Es por esto que es fundamental una planificación de políticas públicas acorde al fenómeno

descripto, y una oferta adecuada de servicios gerontológicos que respondan a las diversas posibilidades y necesidades de este segmento de la población, desde una perspectiva de promoción del buen envejecer (Zolotow, 2011).

La irrupción de los ancianos como un colectivo específico en el siglo XX puede intentar explicarse a través de los grandes cambios y transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales que se han sucedido. El desarrollo industrial, la conformación de grandes centros urbanos y las formas que adoptó el mercado laboral han propiciado nuevos escenarios donde los adultos mayores suelen quedar marginados. La necesidad de realizar actividades fuera del hogar, suele dejar vacante el rol del cuidador de los ancianos de la familia (Lozano Poveda 2011).

3.1.2 Institucionalización del adulto mayor

Históricamente, la internación en instituciones cerradas fue la solución que utilizaron las sociedades para llevar adelante la atención, y a su vez el control, de las personas que se encontraban en situaciones de vulnerabilidad y que, por ello, se creía que podían ser un riesgo para la sociedad. Esas instituciones como hospicios, hospitales, orfanatos o asilos, encerraban a individuos enfermos, pobres, huérfanos y ancianos. Es decir, a los que se consideraban marginados y hoy en día son denominados excluidos o al menos, vulnerables a la exclusión. Este modelo, se daba en la época medieval y la edad moderna se ha extendido hasta nuestros días en una versión más humanizada (Díaz Velázquez, 2016).

Estas instituciones donde con diversos fines se cobijaba, recluía o custodiaba a sus residentes, con el transcurso del tiempo se han transformado en centros orientados a brindar cuidados sociosanitarios integrales y una búsqueda de la recuperación funcional de los mayores (López Mongil & López Trigo, 2007). Al igual que en otras estructuras organizacionales, los hogares de ancianos, se relacionan directamente con las ideas y creencias preponderantes. Dentro de un paradigma que equipara vejez y enfermedad, estas instituciones pueden configurar sistemas rígidos, donde predominen la pasividad, la despersonalización y el quietismo. En la actualidad se lucha por crear e instalar sistemas flexibles, con la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio predomine la actividad, la participación, el respeto por el individuo (Zolotow, 2011).

Las nuevas formas de atención a las personas en situación de dependencia tienen sus bases en un paradigma comunitario que aporta una puesta en valor de la elección de la persona respecto a cómo quiere vivir y ser atendido al enfrentarse a una situación de dependencia. Hoy en día bajo este enfoque existen diferentes opciones: viviendas tuteladas, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, entre otros (Díaz Velázquez, 2014).

La atención institucional de larga duración de adultos mayores se lleva a cabo en residencias y en unidades hospitalarias de larga estancia. Clásicamente se ha establecido una distinción, que al menos existe en la teoría en el sentido de que deberían vivir en residencias las personas mayores que principalmente necesiten de apoyo social, y en unidades hospitalarias de larga estancia aquellas que tengan necesidad principalmente de cuidados sanitarios (Yanguas, 2007).

Según Yanguas (2007) la residencia puede ser un recurso temporal o permanente y debe funcionar como una continuidad del entorno familiar para el paciente donde reciba intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas. Esta tarea debe ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales especializados, generando un dispositivo de atención integral con garantías de calidad y transparencia.

Las instituciones deben adaptarse de forma activa y dinámica a las distintas necesidades y cambios que se producen en la evolución de la demencia. Cabe destacar que, si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, es de primordial importancia realizar intervenciones preventivas y rehabilitadoras para evitar la dependencia o promover la recuperación en los casos que sea posible (Yanguas, 2007).

3.1.3 Prejuicios contra la vejez:

Los prejuicios y estereotipos de los integrantes de una sociedad influyen en el delineado de la formulación de las políticas que la gobiernan. A través de sus efectos en las políticas sociales estas actitudes se terminan por institucionalizar. Esto ha sucedido con el racismo y el sexismo a lo largo de la historia y también sucede con el viejismo (Butler, 1980).

El fenómeno *viejismo* (*ageism*) comenzó a ser estudiado en 1969 por el Psiquiatra y Gerontólogo Butler. Este término fue traducido al castellano y estudiado en la Argentina por el Dr. Salvarezza. Butler entiende por *viejismo* al conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones hacia los viejos en función de su edad (Castellano Fuentes & De Miguel Negro, 2011).

Los prejuicios en torno a la vejez adquieren diferentes formas, pero hay una especialmente dañina y que se encuentra sumamente extendida, y es que los adultos mayores son todos discapacitados o enfermos. Sosteniendo argumentos tales como que los viejos se encuentran deprimidos, seniles, asexuados, etc. (Salvarezza, 1994).

Butler (1980) describe tres aspectos distintivos de esta problemática que han contribuido a que el envejecimiento deje de ser considerado un proceso natural, para convertirse en un problema social del que adultos mayores son víctimas.

- 1) El prejuicio contra los adultos mayores y el proceso de envejecimiento, que es incluso sostenido por los propios adultos mayores
- 2) Las prácticas discriminatorias hacia los adultos mayores en los distintos roles sociales y particularmente en lo referido a empleo.
- 3) Las prácticas institucionales y políticas que perpetúan estereotipos de adultos mayores, reducen sus oportunidades de una vida satisfactoria y socavan su dignidad.

Las actitudes y creencias, los comportamientos discriminatorios y las normas institucionales y políticas se encuentran relacionadas y se refuerzan mutuamente entre sí.

3.2 Salud Mental del adulto mayor

La salud mental y el bienestar emocional son de fundamental importancia en la edad mayor, de igual manera que en cualquier otro período del ciclo vital. En este sentido, los diferentes factores sociales, psíquicos y biológicos resultan determinantes (OMS, 2016). Aproximadamente un 15% de los adultos mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental. En esta etapa de la vida suelen ser más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico a raíz de la jubilación, o alguna disminución de la capacidad física.

Estos factores contribuyen a la configuración de un escenario de mayor aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (OMS, 2016).

Según informa la OMS (2016) la depresión y la demencia constituyen los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en entre la población mayor de 60 años. Estos trastornos deben ser detectados y tratados a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias y quienes los padezcan necesitarán cuidados y un apoyo adecuados de forma prolongada

El envejecimiento trae aparejados cambios biológicos. Todos los días mueren neuronas, por lo que el número total de células en el sistema nervioso disminuye a lo largo de la adultez, ya que las mismas no pueden regenerarse. Debido a esta pérdida de células nerviosas, cuando el individuo se acerca a los 90 años el cerebro puede haber perdido hasta un 10% de su peso. Funcionalmente esto repercute en una gradual lentificación o retardo en las respuestas, que se origina en la adultez media (Papalia et al., 2009).

Estos cambios biológicos se dan en combinación con una disminución progresiva de actividades que requieran atención e impliquen aprendizajes en esta etapa de la vida, y como resultado aparece el deterioro cognitivo asociado a la edad (IMSERSO, 2002).

Este deterioro cognitivo suele presentarse como un déficit aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, sus manifestaciones clínicas comprenden un amplio rango que abarca desde los olvidos cotidianos y momentáneos, hasta un serio trastorno de la capacidad de memorizar en la zona fronteriza de la demencia (Pérez Martínez, 2005).

Bermejo y Del Ser (1993) han realizado una clasificación de las alteraciones de la memoria en los adultos mayores:

1. Alteraciones de memoria asociadas a la edad (AMAE) u olvido senil benigno: involucran quejas repetidas de memoria y olvidos frecuentes de hechos de la vida cotidiana sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas y sin cumplir criterios de deterioro cognitivo leve ni de demencia.
2. Deterioro cognitivo leve (DCL): Existe gran cantidad de adultos mayores que padecen estadios de pre- demencias no diagnosticados. El DCL es un estado intermedio entre cognición normal y demencia. Su prevalencia se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89. Luego de 10 años de

seguimiento, 27% desarrollaron algún tipo de demencia. Se considera probable que con la progresiva mayor supervivencia de la población geriátrica que está teniendo lugar la proporción de afectados con DCL continúe incrementándose (Custodio et al., 2012).

En el DCL existe una pérdida progresiva de memoria más allá de lo esperable según la edad y el nivel educativo del sujeto. Estos pacientes no presentan demencias ni deterioro significativo de otras funciones cognitivas. Es por esto que no experimentan interferencias en la adaptación social y personal (Belloch, Sandin y Ramos, 2009).

3. Alteraciones de memoria asociadas a enfermedades, como en el caso de las demencias. Esto se detallará en el siguiente apartado.

3.2.1 Demencias

La demencia se define como un síndrome de carácter orgánico y etiología múltiple que da lugar a diversos déficits cognitivos, motores y sociales. Se caracteriza por una disminución de la memoria y de la capacidad de razonamiento, provocando cambios en la personalidad del sujeto y desadaptación social al no poder desarrollar las actividades de la vida cotidiana (Belloch et al., 2009).

Según cifras aportadas por la OMS (2016), se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen algún tipo de demencia. Se estima que este número aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050. Es importante destacar que si bien afecta principalmente a la población adulta mayor, la demencia no es un proceso normal de la vejez.

Debido a los problemas sociales y económicos que lleva aparejados, la demencia constituye una de las grandes amenazas socio-sanitarias para el futuro. Esto obliga a la sociedad y a los responsables gubernamentales a llevar adelante una planificación adecuada de las intervenciones de los servicios sanitarios y sociales (Belloch et al., 2009).

Los pacientes que padecen demencias requieren cuidados continuos y prolongados. Esta situación repercute en una importante sobrecarga física y emocional en la familia. El médico de atención primaria debe ponderar por un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo y su adecuado tratamiento y a su vez prestar un adecuado asesoramiento y apoyo a la familia del paciente (Carazo & Nadal Blanco, 2001). El abordaje de las demencias

reviste complejidad y requiere de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, representantes legales) que pueda atender a los pacientes de forma individualizada (Yanguas, 2007).

En este sentido, la clasificación de los trastornos mentales, es un aspecto de vital importancia para el apropiado diagnóstico, pronóstico y tratamiento en el ámbito de la salud mental. Actualmente hay dos sistemas ampliamente establecidos para la clasificación de los trastornos mentales. La Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE- 10) , realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) creado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

López Álvarez y Agüera Ortiz (2015) reflexionan acerca de que estos sistemas de clasificación dan escasa relevancia a los síntomas psiquiátricos, priorizando los síntomas cognitivos. Particularmente, en el caso de las demencias tienen en cuenta como principales criterios diagnósticos la afectación de la memoria y la presencia de un deterioro del pensamiento suficiente para interferir en las actividades de la vida cotidiana.

Según la CIE- 10 la demencia es un síndrome causado por una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, que provoca déficits en múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, etc.). Según esta clasificación, el déficit se acompaña de deterioro del control emocional y del comportamiento social produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades cotidianas. La duración de los síntomas debe ser de al menos seis meses. (CIE 10)

Por otra parte, en la cuarta edición (DSM-IV-TR), los criterios diagnósticos para la demencia siguen la misma línea que los de la CIE-10, poniendo el acento en los síntomas. Estos son:

1. Desarrollo de déficit cognoscitivo múltiple que se manifiestan por alteración de la memoria y una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

- Afasia (alteración del lenguaje)

- Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo las diferentes actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de los objetos a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).
2. Los defectos cognoscitivos de los anteriores criterios han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral.
 3. Estos ítems representan un déficit respecto a un nivel previo.

La última versión del DSM (DSM-5; APA, 2013), trae la supresión del término demencia y su sustitución por *trastorno neurocognitivo*. Esto, curiosamente centra la esencia del síndrome indiscutiblemente en el paradigma cognitivo, excluyendo a los síntomas psicológicos y conductuales, pese a la evidencia de que dichos síntomas podrían ser los primeros en aparecer, especialmente cuando se trata de demencias no Alzheimer, como por ejemplo la frontotemporal. Este planteamiento únicamente basado en los síntomas cognitivos, supone un reduccionismo (López-Álvarez & Agüera Ortiz, 2015).

Para propiciar un sentido clínico aplicado y práctico de lo investigado respecto a esta temática, los avances en un diagnóstico cada vez más precoz deben ir acompañados del surgimiento de tratamientos capaces de modificar el curso de la enfermedad (López-Álvarez & Agüera Ortiz, 2015). Las demencias más habituales en la clínica son: La Enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia vascular (DV), la demencia frontotemporal (DFT) y la demencia por cuerpos de Lewy (DLw)

En primer lugar, la EA es la más frecuente e importante enfermedad degenerativa del cerebro, afecta gradualmente la inteligencia, la capacidad de atención e incluso el propio control de las funciones corporales y finalmente ocasiona la muerte. (Papalia et al., 2009). Se caracteriza por un inicio insidioso y una evolución gradual y progresiva a lo largo de los años. Su síntoma principal es la pérdida progresiva de la memoria y, como consecuencia, de la capacidad de hacer nuevos aprendizajes. No obstante, el paciente puede experimentar disminución de la capacidad de razonamiento, desorientación espacial,

problemas en el lenguaje, alteraciones de conducta o problemas para realizar tareas complejas habituales (Yanguas, 2007).

El riesgo de padecer EA se incrementa drásticamente con la edad. Es por eso que el fenómeno de aumento en la longevidad significará un mayor riesgo de contraer la enfermedad. (Papalia et al., 2009).

En el caso de la DV, se trata de un tipo de demencia secundario a lesiones en el cerebro de origen vascular, que se van produciendo a raíz de pequeños infartos cerebrales, es por esto que el paciente manifiesta un amplio déficit cognitivo. Esta enfermedad evoluciona por etapas o en forma escalonada, de modo que es posible percibir el momento a partir del cual el paciente empeora (Belloch et al., 2009).

Por otra parte, la DFT contempla diferentes demencias que tienen en común la degeneración del lóbulo frontal y/o lóbulo temporal. La conceptualización de la DFT se fundamenta en dos requisitos esenciales: La presencia de una demencia cortical degenerativa con afectación frontal y / o temporal y la ausencia de lesiones neuropatológicas tipo Alzheimer. Los síntomas iniciales están relacionados con cambios en la personalidad, alteraciones del comportamiento, afectivas, del lenguaje o funciones ejecutivas (Belloch et al, 2009).

Por último, la DLw es la segunda causa de demencia luego de la EA. La sintomatología de la enfermedad incluye presencia de deterioro cognitivo similar al que se observa en pacientes con EA, pero con un déficit de memoria no tan marcado. Asimismo, cabe destacar un significativo déficit en la atención, lentitud de movimientos, rigidez articular, alucinaciones visuales y delirios. La sintomatología es muy fluctuante, pudiendo incluso fluctuar a lo largo del día (Belloch et al, 2009).

3.3 Atención integral de las personas con demencia

El abordaje de las demencias es un proceso dinámico. Si bien en algunos tipos de demencia se producen variaciones clínicas, la norma es que el curso clínico consista en un deterioro cognitivo y funcional lentamente progresivo. Es importante tener en cuenta que las necesidades de los pacientes se van modificando a medida que la enfermedad

evoluciona, es por esto que los programas diseñados deben ser dinámicos y permitir la adaptación a las circunstancias cambiantes que sucedan en la práctica (Castellanos Pinedo, Cid Gala, Duque San Juan, & Zurdo, 2011).

Si bien desde la perspectiva del desarrollo humano el envejecimiento es universal, la manera en que cada individuo envejece es sumamente particular. Es por esto que la uniformidad en lo que respecta a la atención del adulto mayor significa un reduccionismo que, además de no tomar en cuenta la diversidad de las personas, en una gran cantidad de casos termina rigidizando las estructuras institucionales y empobreciendo la calidad de servicio (Zolotow, 2011).

Las demencias afectan diversas dimensiones del paciente, en lo cognitivo, emocional, social, funcional y en definitiva su calidad de vida. Es por ello relevante un abordaje integral de todas esas esferas con el fin de maximizar y optimizar las capacidades de los pacientes. A pesar de esto, no es fácil hallar evidencia de este tipo de modelos integrales de intervención en demencias (Yanguas 2007).

3.3.1 Trabajo interdisciplinario

Para el abordaje del paciente en forma integral, es necesario apoyarse en la interdisciplina. Ésta constituye un punto de encuentro, una entidad dinámica que se construye de manera continua, tiene como sustento el diálogo y la complementariedad. Es por esto que se consolida en la interacción y en la reciprocidad simétrica y no es una simple sumatoria de campos de saber (Carballeda, 2010).

En el campo de la intervención social, la interdisciplina es una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo ya que en muchos casos, el incremento en la especialización de las distintas áreas del conocimiento concebidas en forma individual implica ciertas limitaciones para el abordaje de sistemas complejos (Carballeda, 2010).

En un equipo de trabajo, cada uno de los integrantes debe supeditar sus propios intereses a los del grupo. Esto implica un compromiso de trabajar unidos para alcanzar los objetivos comunes, con los que la totalidad del grupo debe estar de acuerdo. Estos objetivos se alcanzan a través de la coordinación (Yanguas, 2007).

Yanguas (2007), plantea que si bien en un equipo de trabajo prevalece la cooperación como premisa básica para el buen desempeño de las tareas de sus integrantes, es preciso que cada uno de ellos cumpla con las competencias profesionales requeridas:

- Cualificación académica
- Conocimientos biomédicos (biológicos y sanitarios), psicosociales y sociológicos del envejecimiento
- Capacidad para ofrecer docencia y formación al resto del equipo y cuidadores
- Capacidad de innovación a través de la investigación
- Conocimientos de ética

Entre las habilidades más destacadas a la hora del trabajo en equipo se encuentran las habilidades de relación interpersonal y la comunicación eficaz, clara y sincera, que implica una escucha activa y la capacidad de brindar una retroalimentación (Yanguas 2007).

El flujo de la información es esencial para el manejo del paciente con demencia, especialmente en dos sentidos: La comunicación al paciente (según su situación lo posibilite) y a sus familiares del diagnóstico, sus consecuencias y las posibilidades de tratamiento. Por otra parte, es fundamental aportar la información necesaria al resto de los agentes que intervengan en la atención al paciente (Castellanos Pinedo et al., 2011).

3.3.2 Atención gerontológica centrada en la persona

La atención gerontológica centrada en la persona es un modelo de atención que tiene como principio rector que los adultos mayores, teniendo especialmente en cuenta su situación de fragilidad o dependencia merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra persona. Tradicionalmente en gerontología es el profesional desde su rol de experto quien prescribe aquello que considera más adecuado para las necesidades del paciente. Frente a esto, el modelo de atención gerontológica centrada en la persona tiene como propósito que el paciente sea quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan y no un mero receptor de servicios (Martínez, 2011).

Las bases de este modelo de atención tienen origen en la psicología humanista y especialmente en la terapia centrada en el cliente propuesta por Rogers. Uno de los grandes aportes de Rogers es el énfasis en la importancia de la actitud del terapeuta y del modo de relacionarse con el cliente como condición necesaria para favorecer el proceso de cambio y de desarrollo del ser humano (Artiles et al., 1995).

Rogers plantea que el cliente es un agente activo, que cuenta con la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico, en contraposición al paciente que ejerce un rol más pasivo. Destaca principalmente la importancia de tres actitudes y cualidades del terapeuta: La aceptación incondicionalmente positiva de la persona que busca ayuda; b) la empatía (ponerse en su lugar para llegar a comprender sus vivencias) c) la congruencia (que le permite un diálogo sincero y constructivo con el cliente) (Artiles et al., 1995).

Específicamente en cuanto a la aplicación de este modelo en el diseño de programas de cuidado para pacientes con demencia, un ensayo de alta calidad, el estudio *Caring for Aged Dementia Care Resident Study* (CADRES) ha investigado y demostrado la eficacia de un programa de cuidados centrados en la persona que ha sido propuesto como parte de un protocolo de formación sobre el manejo de la agitación en enfermos institucionalizados (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Este enfoque y su visión de la persona y del proceso de interacción profesional/cliente despertaron gran interés en diversos campos profesionales y ha sido trasladado, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de atención, como por ejemplo el educativo o la atención sanitaria. En el ámbito educativo se hace mención a la atención centrada en el alumno, una corriente pedagógica que propone alcanzar un aprendizaje significativo, tomando como punto de partida lo que el alumno conoce, sus intereses y su mundo afectivo. La educación centrada en el alumno requiere condiciones y actitudes en el educador, cuyo rol es el de facilitador del aprendizaje alejándose del rol tradicional donde el docente es quien sabe y decide cómo impartir conocimiento (Martínez, 2011). Un ejemplo de este enfoque de atención centrada en el alumno es el método Montessori que se desarrollará más adelante.

Martínez (2011), propone un decálogo de la atención centrada en la persona

1. Todas las personas tienen dignidad: independientemente de su edad, salud, estado cognitivo o dependencia. Es por esto que deben ser tratadas con igual consideración y respeto que lo demás.
2. Cada persona es única: Es por esto que la atención personalizada es imprescindible.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad: Es lo que hace única a la persona mayor.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida: Debe respetarse la autonomía de las personas y buscar oportunidades y apoyos para que puedan tener control sobre su entorno y su vida cotidiana.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía: Deben identificarse oportunidades y apoyos para ejercerla si fuera necesario de forma indirecta.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades: La mirada profesional debe partir de las fortalezas y capacidades de cada persona, para que pueda relacionarse desde ellas y fortalecerlas a partir de intervenciones.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas: Es fundamental procurar un entorno accesible, significativo y seguro.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas: Se procura ofrecer actividades plenas de sentido que además de estimular y facilitar intervenciones terapéuticas resulten agradables para el paciente.
9. Las personas son interdependientes: Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y bienestar del paciente.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios: En las personas mayores coexisten aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

3.3.3 Terapias no farmacológicas

Los fármacos resultan efectivos para enlentecer la progresión de algunos aspectos de las demencias, pero las limitaciones en su efectividad impulsan a explorar un mayor abanico de opciones para su complemento. Las intervenciones no farmacológicas se encuentran sustentadas en recursos humanos y suelen ser económicas debido a que no requieren sofisticadas tecnologías ni el elevado costo que implican los fármacos. Es por este motivo, que las terapias no farmacológicas (TNF) que hayan demostrado su eficacia podrían ser aplicadas de forma económica incluso en países en vías de desarrollo (Olazarán, Reisberg, Clare & Cruz, 2010).

Ha sido ampliamente demostrado que los ambientes físicos y sociales y las interacciones diarias con sus cuidadores pueden tener un impacto considerable en los pacientes con demencia. Esto implica que los cuidados en demencia tienen el potencial de ser terapéuticos (Woods, s.f). Entre los años 2004 y 2006 un grupo internacional de expertos (*International Non Pharmacological Therapies Project*) definió a las TNF como intervenciones no químicas, que se encuentran teóricamente sustentadas, son focalizadas y replicables. Estas intervenciones se realizan sobre pacientes o cuidadores y potencialmente son capaces de obtener un beneficio relevante. Estas TNF deben tener en cuenta las características de la persona a la que se encuentran dirigidas (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Los criterios considerados relevantes para medir el efecto de los TNF son la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), la conducta, la afectividad, el dominio físico-motor, el bienestar y calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costes (Muñiz & Olazarán, 2009). Existen cada vez más evidencias de los beneficios de estos tratamientos en la demencia. Concretamente, los programas de estimulación cognitiva tienen efectos favorables sobre la cognición y la conducta de los pacientes sobre todo en fases de demencia leve a moderada. Otros tipos de medidas, como el entrenamiento en las actividades de la vida diaria y las terapias dirigidas al control de los trastornos de conducta, han demostrado también ser eficaces (Castellanos Pinedo et al., 2011).

Concretamente, ejemplos de estas TNF pueden ser: diversos entrenamientos cognitivos, el uso terapéutico de la música, ejercicios físicos, intervenciones conductuales,

arteterapia, entrenamiento en actividades de la vida diaria, intervenciones para reducir o evitar el uso de sujeciones, estimulación multisensorial, etcétera. Los considerados más relevantes a los fines de este trabajo son: Entrenamiento cognitivo, terapias no farmacológicas para mejorar las actividades de la vida diaria, terapias no farmacológicas para los síntomas conductuales, intervenciones orientadas a la prevención de las sujeciones físicas o químicas.

El entrenamiento cognitivo consiste en una repetición de ejercicios específicos, relacionados con procesos como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Está basado en la teoría de que la práctica rutinaria y sostenida de una determinada tarea puede conservar e incluso mejorar el funcionamiento en un determinado dominio cognitivo (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011). En la misma línea, la rehabilitación cognitiva se distingue del entrenamiento por que posee un enfoque más individual, su objetivo es reforzar los aspectos más conservados del paciente y desarrollar estrategias que le permitan compensar los dominios más afectados. El objetivo final de la rehabilitación cognitiva es la mejoría de la capacidad funcional diaria (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

En el caso de las terapias no farmacológicas para mejorar las actividades de la vida diaria es importante considerar que, en numerosas ocasiones, el deterioro funcional que experimentan muchas personas con una demencia avanzada es mayor que el que puede atribuirse a la patología de base. Es fundamental establecer la diferencia entre la capacidad funcional del paciente y su capacidad potencial. Este exceso de deterioro se da principalmente en pacientes institucionalizados y suele estar causado por un medio escaso en estímulos en combinación con actitudes proteccionistas por parte de los cuidadores (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Las habilidades necesarias para cuidar de sí mismo y del entorno más próximo son denominadas AVD. Abarcan el conjunto de conductas que una persona realiza casi diariamente y que le permiten vivir de forma independiente e integrada al medio ambiente, pudiendo cumplir con su papel social (Belloch et al., 2009). La memoria procedimental está relacionada con el aprendizaje de los patrones motores. Ésta, no forma parte de la memoria declarativa y funciona independientemente del hipocampo, es por esto que permanece

conservada hasta fases muy avanzadas en las demencias como el Alzheimer. Esta es la base de los programas dirigidos a mantener o recuperar las AVD (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

El entrenamiento en AVD se utiliza para mejorar o compensar el deterioro en la ejecución de estas actividades en personas con deterioro cognitivo. Adquirir las habilidades para la ejecución de AVD implica la práctica y repetición de las tareas. Se trata de una práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual a través de un estímulo verbal, visual o físico con el fin de mantener la mayor autonomía posible. Los estudios analizados que aplicaron el entrenamiento de las AVD arrojaron resultados positivos en los grupos experimentales respecto de los grupos de control, que recibieron los cuidados habituales en actividades como micción programada para reducir la incontinencia urinaria, ayuda gradual para mejorar la autonomía en la alimentación, intervenciones diseñadas para ayudar en la orientación espacial (Olazarán et al., 2010).

Según su complejidad se clasifican en: Actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). En las ABVD se incluyen las tareas que la persona debe realizar de forma diaria para su autocuidado como aseo, vestido, alimentación, continencia de esfínteres, etc. Las AIVD son aquellas tareas en la que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia como por ejemplo hacer compras, cocinar, hacer llamados telefónicos, tareas de la casa. Las AAVD por otra parte son aquellas actividades que permiten a la persona colaborar en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes, etcétera (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Por otra parte, las terapias no farmacológicas para los síntomas conductuales consisten en intervenciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, con el objetivo de reforzar las conductas adaptadas o que generan placer y modificar las conductas disruptivas o que generan sufrimiento (Muñiz & Olazarán, 2009).

Durante el desarrollo de la demencia es habitual la aparición de síntomas psiquiátricos y conductuales y puede afectar hasta el 90% de los casos. Estos síntomas disminuyen la calidad de vida del paciente y contribuyen a la sobrecarga del cuidador. En muchos casos son la consecuencia de factores externos como el estrés psicológico, el

entorno inapropiado o los estados comórbidos que pueden desencadenar episodios de agitación (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Frecuentemente se recurre a fármacos antipsicóticos para el abordaje de los síntomas neuropsiquiátricos, especialmente en el caso de los más disruptivos como la agitación y las conductas agresivas. Los más recientes estudios acerca de su seguridad y eficacia han incrementado la tendencia hacia la utilización de estrategias no farmacológicas como elección de preferencia. Las ventajas principales de este tipo de intervenciones son la ausencia de efectos secundarios y el abordaje integral y ecológico de los síntomas (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

Es importante antes de iniciar algún tratamiento específico caracterizar del mejor modo posible la conducta inapropiada, valorarse los posibles desencadenantes y modificarlos en la medida de lo posible. Por ejemplo, un buen control del dolor que puede estar experimentando el paciente reduce la incidencia de trastornos de conducta

Por último, las intervenciones orientadas a la prevención de sujeciones físicas o químicas se encuentran basadas en los cuidados centrados en la persona y están destinadas a la búsqueda de alternativas dignas y seguras que permitan reducir las sujeciones físicas y el uso de fármacos. En muchas ocasiones, el uso de sujeciones físicas obedece a la conveniencia de las organizaciones, la ignorancia sobre sus consecuencias y posibles alternativas o la cantidad de personal insuficiente. Estas prácticas traen aparejados efectos secundarios severos tanto de tipo psicológico como físico y a su vez limitan los derechos fundamentales. Es por esto que muchos países desarrollados y en vías de desarrollo se enfrentan al desafío de minimizar o evitar las sujeciones (Martínez, 2011).

3.4 Programas de abordaje basados en el Método Montessori

3.4.1 Base Teórica

Montessori fue la primera mujer en recibirse de Doctora en Medicina en Italia y ha sido una luchadora por los derechos de las mujeres a lo largo de su vida. Sus primeros trabajos fueron con niños que presentaban diferentes dificultades de aprendizaje, desarrollando métodos de entrenamiento basados en técnicas de rehabilitación, logrando que estos niños comenzaran a tener desempeños escolares exitosos (Camp, 2010).

El método Montessori fue creado con base al humanismo integral, tiene como propósito básico liberar el potencial de cada niño para que se autodesarrolle en un ambiente estructurado buscando la formación de seres humanos como personas únicas y totalmente instruidas para desenvolverse en su entorno con plena libertad, inteligencia y de manera digna (Preciado Jiménez, Covarrubias & Arias, 2012).

Este sistema de educación es a la vez una filosofía de desarrollo del niño y un fundamento para orientar su crecimiento. Se basa en dos importantes necesidades del desarrollo de los más pequeños: La necesidad de la libertad dentro de los límites y un entorno cuidadosamente preparado que garantiza la exposición a los materiales y experiencias (Camp, 2010).

Los principales lineamientos desarrollados por Montessori, y luego respaldados por la investigación científica han sido enumerados por Lillard (2005):

1. Pensamiento y movimiento: El pensamiento y el movimiento están estrechamente ligados. El movimiento potencia el pensamiento y el aprendizaje, con la repetición del ejercicio el niño establece la coordinación de los movimientos. Por ejemplo, al practicar deportes desarrolla una habilidad de movimientos que es lo que conforma precisamente el placer del juego. En todos sus ejercicios el niño juega, estos juegos le hacen adquirir habilidades necesarias para su formación y su desarrollo.
2. Libre elección: El aprendizaje y el bienestar mejoran cuando las personas sienten que tienen control sobre sus vidas. Se destaca la importancia de la actividad a través de la libre elección de las ocupaciones, ya que, al tratarse de un trabajo interesante y elegido libremente, provoca concentración en lugar de fatiga, aumentando las energías y las capacidades de autodominio. De esta manera se desarrollan la independencia, la voluntad y la responsabilidad.
3. Interés: El niño aprende mejor en contextos de interés, ya sea según sus preferencias personales o en contextos de interés creado por la guía o el entorno (Montessori, 1949). Durante la educación primaria, las lecciones básicas siguen una Currícula Fundacional que asegura los conocimientos fundamentales, pero a partir de estos conocimientos el niño

dirige su imaginación hacia áreas particulares, según su propio interés e inquietud (Lillard, 2005).

4. La recompensa es interna: Montessori sostiene que las recompensas externas interfieren en la concentración del niño. En cambio, al repetir una actividad una y otra vez los niños logran un alto grado de concentración que es fundamental en su desarrollo. El fenómeno de la disciplina interior es algo que debe conseguirse y no una cosa preexistente, los materiales diseñados por Montessori marcan el error al niño sin necesidad de ayuda externa. Sostiene que el error y la sensación de logro son internas y esto contribuye a la autoestima, al sentido de responsabilidad y al pensamiento crítico. Es debido a esto que el niño se tranquiliza, se siente feliz y se muestra indiferente a los premios y recompensas materiales (Montessori, 1949).

5. Aprendiendo de y con los pares: El aprendizaje se potencia con el ejercicio de enseñarle a otros. Promueve el respeto, la tolerancia y la solidaridad

6. Aprendiendo dentro del contexto: el aprendizaje dentro del contexto significativo es más profundo y rico que un aprendizaje que se da en un contexto abstracto. En el aula Montessori los niños aprenden haciendo cosas, manipulando objetos e interactuando con el medio en lugar de aprender de lo que dicen la maestra y los libros de texto. Se trata de un aprendizaje activo, que toma como punto de partida el contexto cultural y social en el que crece y se desarrolla el niño. Los niños reciben lecciones en todas las áreas de la currícula y luego persiguen sus propios intereses estableciendo relaciones a partir de sus investigaciones, las lecciones y la interacción con sus compañeros (Lillard, 2005).

7. Interacción maestro / alumno: enfatiza la actividad dirigida por el niño, acompañada de una observación clínica por parte del maestro, que observa y acompaña. El propósito de esta observación es adaptar el entorno de aprendizaje del niño a su nivel de desarrollo para liberar el potencial de cada niño para actuar, querer y pensar por sí mismo, ayudándolo a desarrollar confianza y disciplina interior (Montessori, 1936).

8. Orden en el ambiente y en la mente: Con el objetivo de beneficiar la claridad de pensamiento y concentración el aula Montessori es un ambiente muy organizado tanto en términos de distribución dentro del ambiente como en la organización de los materiales. Se halla dividida en áreas temáticas, en cada una de ellas se encuentran disponibles los materiales de trabajo siguiendo un orden de complejidad de manera que puedan construirse

conocimientos en forma gradual, clara y sistemática. El niño luego de utilizar el material debe devolverlo a su lugar en las mismas condiciones que lo encontró para que pueda ser utilizado por otros compañeros. De esta manera, aprende a respetar el ambiente y el trabajo de sus pares (Montessori (1949). Este orden externo y la secuencia en el uso de materiales son beneficiosos para el orden interno del niño. Las actividades presentan una estructura y orden que le resulta cómodo y familiar al niño, resultando propicio para que el niño focalice su atención (Camp, 2010).

3.4.2 Adaptación del método Montessori a pacientes con Demencia

El psicólogo norteamericano Camp, director de investigación y desarrollo del *Center for Applied Research in Dementia*, ha tomado este método pedagógico tradicionalmente utilizado en niños y lo ha realizado una adaptación para utilizarlo en pacientes con demencias, creando así el *Montessori-Based Dementia Programming method* (APA, 2014). Este programa pone el acento en el reconocimiento de la persona como individuo y sitúa su foco de atención en las capacidades y habilidades que posee cada uno (Preciado Jiménez et al., 2012).

Las actividades Montessori se encuentran orientadas a diversos fines, por un lado, tienen el objetivo de permitir la coordinación de los estímulos, la promoción del autocuidado y el logro de la mayor independencia posible. Asimismo, se espera que fomenten la integración social, apoyando la activación y movimiento de los adultos, la estimulación cognitiva y sensorial. Se espera que esto repercuta en mayor libertad en la toma de decisiones, la desaparición de ciertos temores y un aumento en la actividad física, que debe ser acompañado de un control médico periódico del paciente (Preciado Jiménez et al., 2012). La adaptación de los principios del método Montessori a los pacientes con demencia, les brinda a las personas con diferentes grados de deterioro cognitivo la posibilidad de maximizar las habilidades que aún conservan, mediante el compromiso con actividades que les resulten interesantes y significativas (Malone & Camp, 2007). Yanguas (2007), destaca que algunas de las características más relevantes de este método son la utilización de materiales de la vida real y el hecho de que las actividades tienen una complejidad progresiva, avanzando desde lo concreto a lo abstracto y permitiendo el aprendizaje secuencial.

Otro de los conceptos centrales del método es la demostración de cómo debe ser realizada la actividad en forma previa a que el individuo comience a realizarla. Esto le permite al participante focalizarse en los procedimientos para llevar a cabo la tarea. Primero se debe preparar el ambiente y disponer de dos actividades, para posibilitar la elección por parte del paciente de la que le resulte preferida. Es importante que en el ambiente haya disponible un lugar cómodo y que no haya elementos que puedan oficiar de distractores. Se invita a participar de la actividad, si ésta es aceptada se hace una demostración de cómo se realiza la misma paso por paso, utilizando la menor cantidad de palabras posible y luego invitando al individuo a probarla. Es importante hacer hincapié en que la actividad es libre de errores, esto tiene como propósito que el objetivo principal sea que el paciente la disfrute y sepa que tiene posibilidad de recibir algún tipo de asistencia si fuera necesario. Por otra parte, se debe tener presente realizar las modificaciones que sean necesarias respecto a la actividad de acuerdo a las necesidades, habilidades e inquietudes del paciente que se dispone a realizarla. Al finalizar, se le agradece al paciente por participar y se le consulta si le gustaría volver a realizarla alguna vez en el futuro. Como se indica previamente, los materiales utilizados en el programa son elementos de la vida diaria fácilmente reconocibles como jarras de plástico, platos, pinzas, pelotas, lana, legumbres, embudos, cubiertos, flores y plastilina, entre otros. Esto resulta muy familiar en términos visuales y táctiles para el paciente. La interacción con este tipo de materiales permite el acceso a la memoria a largo plazo a través de la reminiscencia y la estimulación sensorial (Malone & Camp, 2007).

En este modelo, las personas son consideradas únicas y plenamente capacitadas para actuar con libertad, inteligencia y dignidad. Deben ofrecerse factores que favorezcan el desarrollo de las potencialidades permitiendo, dentro de lo posible, seguir siendo personas que se puedan reconocer y construir. Cada nueva enseñanza se presenta en un principio en su nivel más simple posible, para ir complejizándose en lo sucesivo, a medida que se van adquiriendo las habilidades, esto es debido a que los pacientes con demencia necesitan estructura y orden en su ambiente y en sus actividades (Preciado Jiménez, 2016).

Este programa también utiliza los principios de las intervenciones en demencia como, por ejemplo, el uso de las pistas y de la memoria procedimental o no declarativa por

encima de la memoria declarativa. Esto es debido a que las personas con demencia han demostrado la habilidad de aprender a través de la memoria procedimental o no declarativa, lo que resulta un fenómeno similar al descrito por Montessori como aprendizaje inconsciente en los niños (Camp, 2010). Se realizan actividades procedimentales configurando tareas que resulten significativas. Ejemplos del tipo de actividades que se realizan incluyen: verter, prensar, recoger con la mano, recoger usando instrumentos, clasificación por formas, objetos y categorías, discriminación sensorial, motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal, seriación, entre otras (Yanguas, 2007).

Camp (2010) enfatiza la importancia de fomentar la libertad de elección dentro de una estructura organizada, el hecho de que el ambiente sea estructurado funciona como una base necesaria para propiciar un desempeño exitoso. Esto se logra brindando contextos y actividades del interés para el paciente y, permitiéndole aprender de la observación de actividades incorporadas en un contexto cultural que le resulte relevante.

En sumatoria, las actividades implementadas en el marco de este modelo de atención, como menciona (Preciado Jiménez et al., 2012) tienen el objetivo de promover el autocuidado y la mayor independencia posible. Asimismo, promueven la integración en grupos, considerando acciones que apoyen a la activación y movimiento de los adultos, la estimulación cognitiva y sensorial, la libertad en la toma de decisiones y el cuidado de la alimentación.

La propuesta del modelo Montessori para el trabajo con adultos mayores incluye la interacción de profesionales desde diferentes perspectivas trabajando desde procesos educativos y generando espacios de toma de decisiones para el paciente. En este caso, la institución cumple un rol de apoyo social del adulto mayor, brindando un contexto físico y social adaptado al modelo y pensado para propiciar una mejor calidad de vida (Preciado Jiménez, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo.

4.2 Participantes:

El estudio se realizó sobre un grupo de adultos mayores que residen en un hogar geriátrico ubicado en Capital Federal.

Dentro de la población residente del hogar se toma el sector 2B que cuenta con 32 residentes. Este grupo se encuentra conformado por residentes de entre 65 y 92 años que presentan diferentes patologías. Las más predominantes son Demencia tipo Alzheimer y Demencia Vascular. Asimismo, para la realización del estudio se contó con la participación de los diferentes profesionales de la institución involucrados en la implementación del método Montessori:

- Medica Clínica (Sexo Femenino, 39 años, 5 años de trabajo en la institución)
- Médico Psiquiatra (Sexo Masculino, 42 años, 6 años de trabajo en la institución)
- Nutricionista (Sexo Femenino, 43 años, 4 años de trabajo en la institución)
- Terapista ocupacional (Sexo Femenino, 52 años, 9 años de trabajo en la institución)
- Psicóloga (Sexo Femenino, 57 años, 9 años de trabajo en la institución)
- Asistente (Sexo Masculino, 29 años, 3 años de trabajo en la institución)
- Jefa de enfermería (Sexo Femenino, 41 años, 9 años de trabajo en la institución)
- Kinesióloga (Mujer, 35 años, 1 año de trabajo en la institución)

4.3 Instrumentos:

Con el fin de recolectar los datos necesarios se utilizaron:

- Registros de observación: Tomados de la observación no participante en las reuniones interdisciplinarias de profesionales y de la observación participante de los talleres

realizados en el marco del método Montessori y de los residentes durante la práctica en la institución

- Lectura de historias clínicas

- Entrevistas con miembros del personal profesional que participan en las reuniones interdisciplinarias para obtener información pertinente a los objetivos.

4.4 Procedimiento:

A partir de las actividades realizadas en la institución se realizó un registro de observación. Este registro se encuentra conformado por datos provenientes de la observación no participante en las reuniones interdisciplinarias de equipo que tenían lugar en forma semanal, de la observación espontánea de los residentes durante la práctica en la institución y de la observación participante en los talleres semanales realizados en el marco del método Montessori.

Por otra parte, en algunos casos se realizó lectura de historias clínicas para poder complementar la información obtenida y se realizaron algunas entrevistas breves y focalizadas a miembros del personal profesional que participan en las reuniones interdisciplinarias para obtener información pertinente a los objetivos.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación de la institución:

En la institución seleccionada se trabaja desde un enfoque centrado en la persona. Para poder llevar adelante este modelo, es necesaria la colaboración entre profesionales, pacientes y cuando es posible, de familiares. Se destaca el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, necesidades y valores del paciente asegurando que éstos guían las decisiones clínicas. Asimismo, es necesario el soporte educativo por parte del profesional para que las personas puedan tomar sus propias decisiones y participar en las

tareas de autocuidado (Martínez, 2011). Este enfoque comparte estos principios con la pedagogía Montessori que luego Camp adaptó para el abordaje de las demencias, ya que coincidentemente considera a las personas como únicas y plenamente capacitadas para actuar con libertad, inteligencia y dignidad y propone ofrecerles factores que favorezcan el desarrollo de sus potencialidades permitiendo, dentro de lo posible, seguir siendo personas que se puedan reconocer y construir (Preciado Jiménez, 2016). Tanto el programa de actividades basado en el Método Montessori como la atención gerontológica centrada en la persona propone un cuidado del paciente adaptado a sus características personales, procurando que las residencias de larga estadía ofrezcan un ambiente hogareño centrado en las características del paciente en lugar del clásico ambiente institucional.

La sistematización y una descripción detallada y correcta del modelo es clave para que pueda ser implementado apropiadamente. Existen programas de entrenamiento Montessori para el abordaje de las demencias que se encuentran certificados internacionalmente, brindados por la Asociación Montessori Internacional. La institución recibe visitas periódicamente con el objetivo de capacitar y de evaluar el desempeño de los profesionales involucrados, este espacio también les brinda la posibilidad de un espacio de supervisión de los casos y las situaciones que se van presentando en la práctica.

Dentro de la institución los pacientes se encuentran divididos en siete sectores agrupados de acuerdo a los distintos niveles cognitivos y la compatibilidad de sus características comportamentales. El sector seleccionado se encuentra conformado por pacientes con deterioro cognitivo de moderado a grave.

5.2 Descripción de la implementación del Método Montessori en pacientes con demencia que se encuentran institucionalizados.

La filosofía Montessori se encuentra alineada con los valores del enfoque centrado en la persona. Ambos modelos hacen énfasis en el respeto, la dignidad y la independencia del individuo. Las actividades Montessori se distinguen de las actividades tradicionales para personas con demencia por proveer una mayor estructura, atención individualizada y una adecuada estimulación sensorial y cognitiva (Preciado Jiménez et al., 2012).

En la intervención, que puede ser en formato grupal o individual, se trabajan actividades procedimentales mediante las que se proporciona a los participantes estimulación cognitiva adaptada a su nivel cognitivo y funcional. Esto es llevado a cabo de una manera que no les resulta artificial, ya que se trata de tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria y para las que se utilizan siempre materiales de uso cotidiano (Camp, 2010). Algunas de las actividades que se realizan son: verter, prensar, recoger con la mano, recoger usando instrumentos, clasificación por formas, objetos y categorías, discriminación sensorial, motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal y seriación. Cabe destacar que a lo largo de la práctica se observa que el desempeño de los pacientes en las actividades está influenciado por la forma en que se les brinda la explicación, cuan atractivos y significativos son los materiales involucrados y además en gran medida por el estado anímico del paciente al momento de realizar la actividad

A partir de la observación y las entrevistas realizadas a los profesionales, se toma conocimiento de que, para poder realizar un abordaje en forma integral, tanto al ingreso de cada nuevo residente como a lo largo de su estadía en la institución, los profesionales recolectan datos de la biografía de los pacientes que le permiten conocer sus intereses y aficiones, de este modo es posible obtener una conexión con ellos y planificar estrategias de abordaje adecuadas. Estos procedimientos, como desarrolla Martínez (2011), tienen además como propósito que el paciente sea quien realmente ejerza dentro de sus posibilidades control sobre los asuntos que le afectan y no sea un mero receptor de servicios.

En una de las entrevistas realizadas a los asistentes que colaboran a diario en el sector estudiado, surgió una comparación con la forma de trabajo en otras instituciones geriátricas en las que habían prestado sus servicios con anterioridad. Estas instituciones citadas, formaban parte del paradigma que describe Zolotow (2011) que equipara vejez y enfermedad, configurando sistemas rígidos donde predominan la pasividad, la despersonalización y el quietismo. Según diferencian los asistentes, en aquellas residencias los pacientes no tenían ningún tipo de estimulación o propuesta de actividades, es decir, luego del desayuno permanecían sentados a la espera del almuerzo y luego sucedía lo mismo con la merienda o la cena. Si bien comentaron que en algunas instituciones se realizaban actividades recreativas, estas no resultaban suficientes. En varias oportunidades,

algunos de los pacientes desarrollaban problemas comportamentales que no tenían previamente, debido al aburrimiento y falta de actividades. Uno de los asistentes describió que parecía como si los pacientes estuvieran simplemente existiendo, en vez de viviendo. En contraposición con esta situación, cuando los pacientes se comprometen con actividades que son de su interés, se obtienen resultados positivos. Es por esto que se busca proporcionar a las pacientes oportunidades para que puedan reconectar con el mundo que los rodea. Como propone Zolotow (2011), creando sistemas flexibles con la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio donde predomine la actividad, la participación y el respeto por el individuo.

La distribución del espacio en el sector se fue modificando durante la práctica realizada teniendo en cuenta el criterio de los profesionales que interactúan a diario con los pacientes y las diferentes situaciones que se sucedían con el correr de los días. Esta adaptación del entorno tiene sus bases en la filosofía que desarrolla Montessori y su propósito es liberar el potencial, promover el desarrollo de confianza y la disciplina interior (Montessori, 1936).

Con el objetivo de favorecer la orientación témporo espacial, que resulta de gran dificultad en pacientes con demencia, se fueron probando y ajustando diferentes intervenciones. Un ejemplo de esto es que todas las mañanas una Terapista Ocupacional conversa con los residentes del sector y escribe en un cartel visible en el salón comedor la fecha, la estación del año y el clima. Por otra parte, ya que los pacientes regularmente confundían su habitación con la de sus compañeros del sector, se modificó la ubicación de la cartelería con indicaciones colocándola a la altura de la silla de ruedas para que les resulte más accesible y funcional.

A la hora de las comidas, se resolvió la asignación de lugares fijos en las mesas con el propósito de que el orden externo beneficie la claridad y concentración (Camp, 2010). Estos lugares fueron seleccionados teniendo en cuenta las características de los residentes y sus posibilidades de interacción. Por ejemplo, si charlan entre ellos se sentarán cerca y si se pelean se los sentará alejados para evitar posibles inconvenientes.

Uno de los residentes era un reconocido Doctor en Psicología que durante su carrera se había dedicado a la docencia universitaria, al momento de la práctica presentaba una demencia avanzada. Era muy habitual que en algún momento del día cursando algún estado de confusión, retomara su rol docente y comenzara espontáneamente a dar algún tipo de clase o explicación a algún grupo de residentes o cuidadores que estuvieran cerca de él. En muchas ocasiones cuando había reunión de equipo confundía su rol con el de los médicos y se unía a ellos, esto se le permitía por un breve lapso hasta que con alguna propuesta algún asistente lo invitaba a realizar otra actividad. Teniendo en cuenta estas características, se pensó que una responsabilidad adecuada para él podría ser escribir diariamente en la pizarra del comedor el menú del día. De esta manera, se pone el acento en el reconocimiento de la persona como individuo y el foco de atención en las características y habilidades que posee cada uno (Preciado Jiménez et al., 2012). Luego, en forma grupal y guiados por una Terapista Ocupacional se conversaba acerca de cómo es la preparación de los alimentos para realizar el menú del día.

En el salón de estar, se encontraban disponibles mesas con distintos materiales como libros y revistas para que los residentes elijan espontáneamente alguna actividad según sus intereses e inquietudes, de esta manera se busca propiciar la concentración en lugar de la fatiga, aumentando la energía y capacidad de dominio de sí mismos a través de la libre elección de las ocupaciones (Montessori, 1949). En este sector se encontraban también a disposición diferentes actividades de cuidado del entorno, diseñadas para que los participantes puedan actuar sobre su ambiente, cuidando y haciéndose responsables de las cosas que tienen a su alrededor. Camp (2010) enfatiza la importancia de la libertad de elección dentro de una estructura organizada, un ejemplo de esto es el caso de las actividades de jardinería de las que los residentes podían espontáneamente participar e incluían el cuidado y riego de las plantas disponibles.

Por otra parte, a partir del caso de una de las residentes, que era modista, se buscó posibilitar actividades que involucren prendas de vestir. Se dispusieron canastos con medias limpias para emparejar y guardar y otro canasto con prendas de vestir para doblar y acomodar en estantes. Los residentes varias veces por día realizaban espontáneamente estas actividades, resultando un ejercicio motriz y a su vez cognitivo, de clasificación y emparejamiento. Esta utilización de materiales de la vida cotidiana resulta muy familiar

visualmente y al tacto, constituyendo una vía de acceso a la memoria a largo plazo a través de la reminiscencia y la estimulación sensorial (Malone & Camp, 2007).

Asimismo, para los residentes que disfrutaban de actividades relacionadas con la cocina, se organizaron talleres donde se preparaban recetas simples como ensaladas de frutas, brochettes, alfajores de maicena, etc. Estos talleres contaban con gran cantidad de participantes, que se mostraban muy conectados con la tarea, que a su vez se utilizaba como disparador para iniciar conversaciones grupales acerca de recuerdos y gustos personales de los residentes referidos a la gastronomía.

Tal como plantea Yanguas (2007), es fundamental una adaptación activa y dinámica por parte de las instituciones a las distintas necesidades y cambios que se producen en la evolución de la demencia.

En una oportunidad, a raíz de una capacitación brindada en la institución por la Asociación Montessori Internacional se propuso la implementación de *Memory Box*. Este dispositivo consiste en una caja en la que se colocan objetos significativos para el paciente, y funciona como nexo con su biografía y sus recuerdos. En una entrevista, las terapistas ocupacionales explicaron que en pacientes con demencia estos recuerdos pueden beneficiar la sensación de bienestar, autovaloración, sentido de pertenencia y la tranquilidad al compartirlas con familiares, amigos y cuidadores. Se utilizan fotos y elementos de pasado, esto es útil para que los pacientes hablen de sus memorias tempranas. Se comenzó a probar en pacientes con graves problemas de memoria y estado del ánimo, ya que, en algunos casos, sus familias expresaban preocupación por no saber cómo conectar en las visitas con sus seres queridos. El paciente en algunas oportunidades podía llegar a no reconocerlos y la utilización de este elemento resultó una herramienta efectiva para realizar una conexión con el paciente.

Para implementar las primeras *Memory Box*, se seleccionaron pacientes que contaban con una red familiar que les provea información acerca de su biografía personal, ya que para poder crear un dispositivo adecuado es necesario conocer a la persona, sus intereses, sus preferencias, viajes y su historia personal y familiar. Durante la reunión la psicóloga indicó que uno de los aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de elegir las fotos que integrarían la *Memory box* era identificar cual es la edad en que se reconoce el

paciente en una fotografía ya que, en estadios avanzados es habitual que el paciente con demencia no reconozca su imagen actual en el espejo. Estos dispositivos también resultaron de utilidad como intervención cuando los residentes tenían algún episodio de agitación o como disparador de alguna conversación cuando algún familiar o allegado los visitaba.

5.3 Descripción de las reuniones interdisciplinarias de equipo como dispositivo para el abordaje de pacientes con demencia en una institución geriátrica a través del método Montessori.

Como se retomará en las conclusiones, cabe aclarar que las reuniones interdisciplinarias de equipo tenían lugar con una frecuencia semanal cuando se proyectaron los objetivos. A lo largo de la pasantía estas reuniones fueron disminuyendo su periodicidad, pasando a ser quincenales y finalmente realizándose con frecuencia mensual. Esto supuso una dificultad para la confección del presente objetivo ya que no se dispuso del flujo de información planificado inicialmente.

Para poder desarrollar esta descripción se realizaron observaciones en las reuniones de equipo del sector asignado. Las demencias afectan diversas dimensiones del paciente, lo cognitivo, emocional, social, funcional y en definitiva su calidad de vida. Debido a su complejidad, el abordaje de las mismas requiere de un equipo interdisciplinario (Yanguas, 2007). Cada uno de los sectores que conforman la institución posee un office que cuenta con médico de cabecera, un trabajador del área de servicios sociales (que puede ser un psicólogo o trabajador social), una enfermera diplomada a cargo, asistentes y acompañantes terapéuticos que colaboran en las tareas diarias. Todas estas figuras conforman el equipo de profesionales básico y se conectan con los profesionales de las demás disciplinas que trabajan en la institución: nutricionistas, kinesiólogos, psiquiatras, Terapistas Ocupacionales. Es a partir de esta estructura interdisciplinaria que se busca un abordaje integral del paciente.

Tal como describe Carballada (2010), la interdisciplina es una oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo, ya que en muchos casos el incremento de la especialización de las distintas áreas de conocimiento de forma individual implica ciertas limitaciones para el abordaje de sistemas complejos. Una de las herramientas clave para lograr este abordaje

integral son las reuniones de equipo del sector que se encontraban inicialmente pautadas con una frecuencia semanal y una hora de duración. En estas reuniones participaban todos los profesionales involucrados en el sector (nombrados anteriormente). Comenzaban por realizar en orden, a partir de un listado que incluye a todos los residentes que viven en el sector, un punteo de los aspectos más relevantes que cada profesional considera para cada uno de los residentes de acuerdo a lo observado en la interacción con ellos a lo largo de la semana. A continuación, se realiza un planteo de las problemáticas existentes y se busca en forma interdisciplinaria posibles soluciones, estas estrategias se encuentran basadas en actividades Montessori). Según la descripción realizada por dos de las terapistas ocupacionales durante una de las entrevistas, para poder llevar adelante de la forma más eficiente posible la dinámica de estas reuniones interdisciplinarias, las intervenciones que implementan se encuentran estructuradas en cuatro pasos. El primero de ellos consiste en conocer el perfil del paciente y su biografía, procurando ampliar la misma en el caso de que sea necesario con la ayuda de familiares y allegados. En segundo lugar, debe desarrollarse un plan de acción focalizado en metas, rutinas y actividades contando con elementos que funcionen como ayuda para la memoria. El tercer paso es la implementación del plan propiamente dicho, teniendo en cuenta que debe ser en un ambiente adecuado y con el apoyo que consideren suficiente para el paciente. Por último, en cuarto lugar, se procede a evaluar en forma conjunta los resultados obtenidos.

Durante una de las entrevistas realizadas, el psiquiatra del área hizo hincapié en su experiencia respecto a las intervenciones no farmacológicas propuestas en las reuniones de equipo y destacó que el hecho de que el personal y el ambiente brinden la posibilidad de toma de decisiones al paciente, en la medida que le sea posible y contando con el apoyo necesario, tuvo una incidencia en la disminución del uso de antipsicóticos y fármacos hipnóticos y sedantes en algunos residentes. La sobremedicalización de pacientes con demencia forma parte de las prácticas institucionales y políticas que perpetúan estereotipos de adultos mayores, reducen sus oportunidades de una vida satisfactoria y socavan su dignidad (Butler, 1980). Asimismo, en la entrevista fue destacada la importancia de un cambio cultural en un futuro cercano para poder reducir al mínimo indispensable el uso de psicofármacos para los síntomas psiquiátricos y conductuales que puede afectar hasta el 90% de los casos (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2007).

Como ejemplo de estas intervenciones se presentó el caso de dos pacientes con demencia avanzada que presentaban conductas disruptivas como gritos, agitación y agresividad, la psicóloga y una de las terapistas ocupacionales propusieron probar la terapia con muñecas. En una de las entrevistas realizadas, la psicóloga explicó que esta terapia consiste en brindar una muñeca al paciente con el objetivo de que pueda experimentar como placentero su cuidado, esto además resulta beneficioso debido a que produce mejoras en la capacidad motriz y el estado de ánimo. Si bien esta no se trata de una intervención propiamente Montessori, puede implementarse desde esta perspectiva teniendo en cuenta que conforma una actividad que brinda a pacientes con diferentes grados de deterioro cognitivo la posibilidad de maximizar habilidades que aún conservan, mediante el compromiso con actividades que les resulten interesantes y significativas (Malone & Camp, 2007).

En las subsiguientes reuniones de equipo se plantearon algunos inconvenientes, en principio con algunos de los profesionales que no se mostraban convencidos de la utilización de ese recurso por considerar que infantilizaba a los pacientes. Algo similar sucedió algunas semanas más tarde, cuando se planteó en la reunión semanal que los familiares de estos pacientes presentaron oposición a esta intervención, ya que les resultaba chocante y no comprendían los fundamentos de esta propuesta. El flujo de la información es esencial para el manejo del paciente con demencia, es importante aportar la información necesaria a todos los agentes que intervengan en su atención (Castellanos et al., 2011). Se resolvió generar una reunión informativa con el equipo de profesionales y llevar un registro de la observación de las reacciones de los pacientes a partir de la utilización de este recurso. Unas semanas más tarde se realizó una nueva reunión para reportar los beneficios observados con esta técnica. Los pacientes habían reducido sus comportamientos agresivos, se encontraban más calmados y mejoraban la comunicación y el habla al interactuar con sus muñecos y con otros pacientes. Los acunaban en silencio, les hablaban, los cuidaban y cambiaban de ropa, con delicadeza y esmero. Finalmente, debido a sus resultados, esta intervención fue aceptada ya que trajo calma y funcionó como distracción de las conductas agresivas. Este tipo de intervenciones no farmacológicas para modificar los síntomas conductuales se encuentran basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la

conducta, y tienen como objetivo reforzar las conductas adaptadas y modificar las conductas desadaptadas o que generan sufrimiento (Muñiz & Olazarán, 2009).

Una de las enfermeras plantea el caso de una paciente psiquiátrica que evolucionó con una demencia, el psiquiatra explica que esa patología de base es el motivo de que presente recurrentes dificultades conductuales. La residente sustrae la comida de sus compañeros, por eso se determina que es mejor que coma en una mesa individual, para evitar esta conducta sin necesidad de colocarle sujeciones. Durante la práctica realizada, la paciente presenta una evolución. En un principio se le colocaba sujeción en sus manos para evitar problemas de conducta, ya que se arrancaba sus pañales y la ropa y también le sacaba a sus compañeros comida del plato. Para evitar este tipo de conductas sin recurrir a sujeciones se optó por implementar el uso de pañales tipo ropa interior que dieron mejores resultados que los convencionales, esto resulta congruente con lo que propone Martínez (2011), cuando destaca que las intervenciones basadas en los cuidados centrados en la persona, se encuentran destinadas a la búsqueda de alternativas dignas y seguras que permitan reducir las sujeciones físicas y el uso de fármacos. La psicóloga explicaba que esta conducta de la paciente se debe a que, por su avanzada demencia no puede dar cuenta de las cosas que le molestan, por ejemplo, si tiene mucho calor. El equipo observa que cuando la residente tiene un problema clínico (por ejemplo, en un momento de la práctica presentaba escaras) esto se agudiza. En estos momentos la paciente hacía un retroceso, y se le vuelve a colocar contención. También el equipo reflexionaba acerca de que por la recurrencia de este tipo de situaciones, el personal tiene menos paciencia. Se intenta gradualmente retirar la sujeción para que participe de talleres y actividades y para que pueda comer sola.

En el caso de una residente, con dificultades para la expresión verbal con la cual era muy difícil comunicarse y en varias ocasiones se quedaba inmóvil durante algún lapso se planteó en una de las reuniones que sería importante ampliar la información acerca de su biografía para poder planear alguna acción al respecto. Luego de entrevistar a familiares y consultar acerca de sus actividades pasadas y sus intereses fue invitada a sentarse en una mesa donde se estaban armando arreglos florales. Para sorpresa del equipo de profesionales, comenzó a tomar las flores y a armar arreglos, ya que era una actividad que

disfrutaba en su juventud y sabía desarrollar muy bien. Estos arreglos se utilizaban para decorar los salones. Esta actividad le brinda a la paciente, dentro de las posibilidades que su deterioro le permite, la oportunidad de maximizar sus habilidades, comprometiéndose con una actividad que le resulta interesante y significativa (Malone & Camp, 2007). Es por eso que las tareas que se ponían a disposición de los pacientes eran seleccionadas de acuerdo a roles que alguna vez llevaron a cabo durante etapas previas de su vida, lo cual hace más sencillo que los pacientes sientan que cumplen con las metas propuestas y aumenten su confianza en sí mismos, haciéndoles sentir un mayor compromiso con la comunidad en la que viven (Camp, 2010).

En el caso de un paciente que realizaba tareas de plomería, se propone para conseguir alto compromiso con las actividades cognitivas la incorporación de actividades con herramientas, que le resulten familiares para trabajar, se consiguieron piezas de tuberías que podrían encastrarse, pinzas y otros materiales que fueron muy bien aceptadas por el paciente. En referencia a esto, el psiquiatra del sector expresó en una de las entrevistas realizadas que, según su opinión, las actitudes positivas y el toque personal que caracterizan al método Montessori ayudan a los médicos a maximizar las oportunidades de los pacientes para que vuelvan a conectarse con acontecimientos agradables del pasado, y para volver a experimentar las emociones positivas que acompañan dichos acontecimientos.

Otro caso tratado en las reuniones fue el de una paciente que presentaba específicamente conductas agresivas para con las asistentes cuando estas iban a levantarla por la mañana. Las Terapistas Ocupacionales sugieren la posibilidad de poner música durante la realización de esta tarea, ya que en los talleres semanales la residente muestra una gran afición por la música. Cabe destacar que, si bien esta intervención no es específicamente Montessori, este tipo de intervenciones no farmacológicas para modificar los síntomas conductuales se encuentran basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, y tienen como objetivo reforzar las conductas adaptadas y modificar las conductas desadaptadas o que generan sufrimiento (Muñiz & Olazarán, 2009). El equipo acuerda implementar la musicalización de ese momento particular y, en las sucesivas reuniones se hace un seguimiento de los resultados de esa intervención. En uno de los encuentros una de las Terapistas Ocupacionales comenta que a la paciente le

gustan mucho las canciones patrias, especialmente la marcha de San Lorenzo. Luego de varios intentos se concluye que esa canción es con la que mejores resultados se obtiene.

5.4 Descripción de las intervenciones basadas en el método Montessori y su incidencia en la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria (AVD).

Los pacientes con demencia experimentan una disminución de sus capacidades de autocuidado al no poder desarrollar las actividades de la vida cotidiana (Belloch et al., 2009). Es por esto que resulta de fundamental importancia llevar a cabo programas con el objetivo de que el paciente pueda ser reeducado en estas actividades. En el marco del método Montessori se trabajan actividades procedimentales adaptadas a las posibilidades del paciente que lo estimulan cognitivamente y se encuentran relacionadas con las actividades de la vida diaria. Para este fin, existe una gran oferta de talleres semanales además de las actividades que los residentes tienen a disposición en las salas comunes donde pasan gran parte de la jornada.

El material utilizado es material de uso cotidiano como prendas de vestir, cucharas, cucharones, flores. Las terapistas ocupacionales explicaron que la idea de la utilización de materiales conocidos para el paciente que propone Montessori resulta natural y, tiene como propósito que la persona no se pierda en la exploración de un elemento nuevo y pueda recuperar patrones motores conocidos y así obtener una percepción de seguridad y certeza que permite disminuir las alteraciones comportamentales. Como indican Hernández Fleta y Gutiérrez León (2007), estas alteraciones disminuyen la calidad de vida del paciente y contribuyen a la sobrecarga del cuidador. En muchos casos son la consecuencia de factores externos como el estrés psicológico, el entorno inapropiado o los estados comórbidos que pueden desencadenar episodios de agitación.

En la institución de forma diaria se ofrecen diferentes talleres tanto por la mañana como por la tarde. La psicóloga refiere que, mediante el trabajo realizado en los mismos, se logra la corrección de conductas a partir de señalamientos y el paciente puede desplegar sus habilidades, muchas veces ocultas detrás de la demencia. Preciado Jiménez (2016), plantea que deben ofrecerse factores que favorezcan el desarrollo de las potencialidades

permitiendo, dentro de lo posible, seguir siendo personas que se puedan reconocer y construir.

Un ejemplo de esto es uno de los talleres Montessori, a cargo de una de las Terapistas ocupacionales, realizado en forma semanal. En cada encuentro se hacían actividades con diferentes temáticas que funcionaban como disparador para ejercitar aspectos motrices y cognitivos a través de conversaciones, realización de ejercicios y la posibilidad de compartir recuerdos entre los residentes. En uno de ellos la temática propuesta fue el tema de la peluquería. Se realizó una charla con las participantes del taller, que en ese caso eran todas mujeres. Se presentaron distintos elementos presentes en una peluquería: rulos, peines, cepillos, secador de pelo, toallas e incluso revistas. Se conversó en conjunto acerca de lo que sucedía en una peluquería, anécdotas, se describieron escenas, se compartieron recuerdos y se trabajó con pelucas haciendo peinados. Tal lo planteado por Yanguas (2007), es de primordial importancia realizar intervenciones preventivas y rehabilitadoras para evitar la dependencia o promover la recuperación en la medida que sea posible. Esta resultó una temática con la que gran cantidad de residentes se involucró desde sus propias experiencias del pasado y además resultó una ejercitación motriz que luego se plasma en el cuidado personal. Una vez concluido el taller, durante una entrevista, la Terapeuta Ocupacional a cargo explicó que han comprobado a lo largo de las diferentes intervenciones que los pacientes con demencia pueden llegar a disfrutar no solo el proceso de participar en algo que solían hacer con regularidad, sino además experimentar un sentido de logro que puede ayudar a mejorar su calidad de vida.

En una de las entrevistas, la responsable del área de Terapia ocupacional clasifica las actividades Montessori observadas durante la práctica y desarrolla las que considera que tienen mayor incidencia en el aumento en la independencia de las AVD:

-Actividades de agarre: Este tipo de ejercicios promueve la utilización y el desarrollo de motricidad fina y gruesa, la actividad motora, la movilidad y la coordinación viso motora. Un ejemplo de este tipo de actividad frecuentemente realizado en los talleres consistía en tomar con la ayuda de una cuchara, pelotas de 3 colores diferentes (azul, amarillo y rojo) que se encontraban colocadas dentro de un bowl. Estas pelotas debían ser colocadas dentro de uno de los tres recipientes disponibles con la consigna de que sea del mismo color. A

partir de la realización de este tipo de actividades se observó a lo largo del tiempo una mejora en el manejo de los cubiertos a la hora de la alimentación en los pacientes.

-Actividades de verter: Este tipo de actividades fomenta la independencia en las actividades de la vida diaria. Los materiales utilizados generalmente eran una jarra y vasos. Se llenaba unas dos terceras partes de la jarra con algún elemento, generalmente maíz, arroz o lentejas y se invitaba al residente a que vertiera en los vasos el contenido de la jarra. Tal como plantean Hernández Fleta y Gutiérrez León (2011), es importante establecer la diferencia entre la capacidad funcional del paciente y su capacidad potencial. En muchos casos, los pacientes experimentaban dificultades para poder realizar esta tarea exitosamente, los que a lo largo de varias semanas lograban cumplir la tarea satisfactoriamente eran invitados a realizar la misma tarea, pero con algún líquido. A la hora de las comidas los participantes que se desempeñaban exitosamente eran encargados de servir la bebida a algunos de sus compañeros en la medida que fuera posible.

-Actividades de prensar: Estas actividades facilitan la prensión de los objetos y la utilización de los instrumentos de forma que los participantes puedan interaccionar más con su entorno. Además estas actividades ayudan a fortalecer los músculos de los dedos y de las manos, la movilidad y la motricidad fina. Un ejemplo de ésta categoría de actividades es un ejercicio en el que se colocan broches en un trozo de tela, fortaleciendo el movimiento de hacer la pinza y la coordinación óculo-manual. Como se indica previamente, los materiales utilizados en el programa son elementos de la vida diaria, esto resulta muy familiar en términos visuales y táctiles para el paciente. La interacción con este tipo de materiales permite el acceso a la memoria a largo plazo a través de la reminiscencia y la estimulación sensorial (Malone & Camp, 2007).

-Actividades de motricidad fina: Estas actividades están diseñadas para permitir a los participantes ejercitar su capacidad en motricidad fina y, de esta manera, poder desarrollar ejercicios más precisos. Una de las actividades de esta categoría era la separación de fideos mostacholes y garbanzos que se encontraban mezclados en un mismo recipiente. Se solicitaba al paciente tomar con las manos los fideos y colocarlos en un recipiente que se encontraba vacío. Particularmente, en este tipo de ejercicios, dos de las pacientes que presentaban demencia muy avanzada que les traía dificultades en gran cantidad de tareas

llegaron a obtener resultados muy satisfactorios. Esta actividad ejercita la toma de decisiones básica, la psicomotricidad fina y el tacto. Camp (2010) postula que las personas con demencia han demostrado la habilidad de aprender a través de la memoria procedimental o no declarativa, esto resulta un fenómeno similar al descrito por Montessori como aprendizaje inconsciente en los niños. El mejoramiento en el rendimiento de la motricidad fina obtenido a partir de ejecutar estos ejercicios con regularidad, luego repercutía en otras tareas realizadas, como el abrochado de botones de la propia ropa a la hora de vestirse y la colocación del calzado, cuando era posible.

- Actividades de cuidado del entorno: Estas actividades están diseñadas para que los participantes puedan actuar sobre su entorno, cuidando y haciéndose responsables de las cosas que tienen a su alrededor. Una de las actividades realizadas dentro del taller era poner la mesa. Se utilizaban individuales, platos, cubiertos y vasos de plástico. Los individuales tenían marcado el lugar en donde debían ir dispuestos los elementos. Uno de los residentes que a lo largo de los ejercicios pudo desarrollar su motricidad muy satisfactoriamente era encargado de poner la mesa en el sector para los almuerzos. El hecho de que le asignaran esta responsabilidad le resultó altamente motivador, y tomaba esta tarea con un visible entusiasmo y responsabilidad. El hecho de que las tareas propuestas habían sido realizadas por el paciente en alguna etapa previa de su vida, hace más sencillo que cumplan con las metas propuestas y aumenten su confianza en sí mismos, haciéndoles sentir un mayor compromiso con la comunidad en la que viven (Camp, 2010).

-Cuidado personal: Estas actividades son la base para lograr mejorar el autocuidado. Para llevar adelante este tipo de ejercicios se realizaba previamente un seguimiento con el objetivo de detectar si realmente el residente se realizaba una higiene correcta, la premisa era sólo intervenir donde el paciente realmente necesita ayuda. La forma de trabajo era mediante la realización de cadenas conductuales de las AVD afectadas para descomponer en pasos la tarea formando una secuencia. Se utilizan como recurso las repeticiones guiadas, de modo que se progresa de lo más simple a lo más complejo y de lo concreto a lo abstracto (Camp, 2010). Esto, a su vez se reforzaba a través de ejercicios cognitivos para mejorar el recuerdo de las actividades de higiene diarias y sus correspondientes horarios. Mediante esta forma de trabajo se realizaba una ejercitación ajustada a las capacidades de

cada paciente, para poder preservar o recuperar independencia en las actividades que fuera posible, por ejemplo, el lavado de manos, de dientes, de cara, etcétera. Es importante tener en cuenta que en muchos casos se da en pacientes institucionalizados un exceso de deterioro, que suele estar causado por un medio escaso en estímulos en combinación con actitudes proteccionistas por parte de los cuidadores (Hernández Fleta & Gutiérrez León, 2011).

En ocasión de una entrevista, un grupo de Asistentes explicaron que son numerosos los beneficios logrados por muchos de los residentes, esto converge con los resultados de los estudios analizados por Olazarán (2010) acerca del entrenamiento de las AVD. A través de este tipo de intervenciones no farmacológicas, los pacientes incrementan el control de su cuerpo, experimentan satisfacción al desafiarse a sí mismos y obtener éxito. Se produce una reducción de los niveles de ansiedad y episodios de agresividad mientras se fomenta la interacción y comunicación con otros residentes.

A partir del seguimiento realizado a los pacientes que realizan estas actividades y de los testimonios obtenidos de los profesionales en entrevistas se observa que la puesta en práctica del Método Montessori ha podido repercutir de manera positiva en diferentes AVD como la alimentación, observándose una mejora por ejemplo en la forma adecuada de tomar los cubiertos, distinguir los elementos de la mesa. Se logró independencia en el lavado de dientes y en algunos de los pasos que conforman las tareas de selección y colocación de la vestimenta (distinguir la ropa, abrocharse los botones). Otra de las ventajas que presenta es que se trata de una práctica de relativamente fácil aplicación y capaz de incidir en una mejora del estado de ánimo de los pacientes aumentando sus capacidades. Tal como plantea Yanguas (2007), se trata de una estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad por medio de actividades que tienen significado para el paciente. Esto disminuye las alteraciones de conducta y mejora la calidad de vida de los pacientes y del personal profesional a cargo.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo principal describir y analizar la implementación de Método Montessori en pacientes con demencia. Tres objetivos específicos fueron propuestos y desarrollados a tal fin, se considera que estos objetivos han sido cumplidos de forma satisfactoria. Todos ellos se encuentran en gran medida relacionados entre sí, y para poder llevarlos adelante se realizó una participación integral en el sector seleccionado compuesta por diferentes actividades que permitieron tomar conocimiento de la dinámica de funcionamiento del sector y realizar un seguimiento adecuado.

El primer objetivo planteado fue describir la implementación de Método Montessori en pacientes con demencia que se encuentran institucionalizados, para esto se realizaron entrevistas a los principales referentes de la institución y se realizó observación participante y no participante de la dinámica y el funcionamiento del sector. Se complementó la información obtenida con lectura de historias clínicas, participación en los talleres Montessori para estimulación de los residentes, entrevistas al equipo de profesionales de la salud compuesto por psicólogos, psiquiatras, terapistas ocupacionales, enfermeras, acompañantes terapéuticos, médicos y trabajadores sociales.

En segundo lugar, se describieron las reuniones interdisciplinarias de equipo como dispositivo para el abordaje de pacientes con demencia en una institución geriátrica a través del método Montessori. Para poder desarrollar este objetivo se realizó una observación de las reuniones semanales de equipo del sector (cuyos profesionales fueron enumerados anteriormente), se realizaron entrevistas a los profesionales que participan en las mismas y se realizaron observaciones en el sector para poder efectuar un seguimiento de lo sucedido a partir de las intervenciones.

Por último se describió la incidencia de las intervenciones basadas en el método Montessori en el mejoramiento de la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria. Para esto, se realizó una observación participante y también no participante a lo largo de los meses en que se extendió la práctica en diferentes talleres y actividades. Se

realizó una observación de como incidía lo incorporado a partir de estas actividades en la vida cotidiana de los pacientes.

En lo que respecta al funcionamiento de la institución, puede decirse que el marco que se utiliza para el abordaje de los residentes es el de la atención gerontológica centrada en la persona, teniendo especialmente en cuenta la situación de fragilidad o dependencia de los adultos mayores que merecen ser tratados con igual consideración y respeto que cualquier otra persona (Martínez, 2011). En concordancia con este modelo, la atención es personalizada tanto en las actividades diarias como también en los diferentes talleres semanales, de los cuales hay gran oferta tanto por la mañana como por la tarde. Cabe destacar el trabajo del personal que se desempeña en el hogar que da cuenta de una preparación adecuada y un fuerte compromiso.

En cuanto a posibles limitaciones a la hora de llevar a cabo el trabajo, una de ellas fue un cambio dispuesto en la periodicidad de las reuniones de equipo que se propuso describir. En un principio éstas se realizaban en forma semanal pero al mes de comenzar la práctica se modificó la frecuencia a quincenal y ya al final de la pasantía el equipo resolvió hacerlas en forma mensual. Si bien se pudo hacer un seguimiento y se logró recabar información, hubiera sido más enriquecedor para el presente trabajo que las reuniones mantuvieran la periodicidad original.

Asimismo, una característica de la institución que repercutió en el desarrollo de este trabajo ha sido la escasa cantidad de psicólogos disponibles. El enfoque del tratamiento del paciente no estaba principalmente centrado en esta disciplina sino en la Terapia Ocupacional, es por esto que la experiencia resultó un descubrimiento acerca del trabajo de estos profesionales, con los que hubo oportunidad de profundizar el trabajo mediante la participación en talleres y actividades. Cabe destacar el conocimiento y la disposición del personal para acompañar a los alumnos que estaban realizando la pasantía y evacuar todas las dudas que pudieron surgir.

En función de los datos obtenidos a lo largo de la práctica y para la realización del presente trabajo puede decirse que se observan resultados favorables en la implementación del Método Montessori en personas con demencia. A lo largo de las observaciones realizadas durante la intervención se ha registrado una mejora de las conductas

problemáticas, disminución de la agitación y un incremento en la socialización, aumento en la participación, el compromiso y el afecto.

En cuanto a la dinámica de la institución, se piensa que el ámbito es realmente adecuado a las necesidades de los residentes. La cantidad de personal, su capacitación y actitud son satisfactorios y el tratamiento de los casos y las intervenciones propuestas por el equipo interdisciplinario son llevados delante de forma organizada y responsable dentro de un marco adecuado a través de una comunicación eficaz, clara y sincera, que implica una escucha activa y la capacidad de ejercer una retroalimentación por parte de los profesionales (Yanguas, 2007).

A modo de aporte personal, y teniendo en cuenta que la comunicación entre los pacientes con demencia y sus familiares resulta dificultosa y frustrante a medida que la enfermedad avanza y el deterioro cognitivo se torna lo suficientemente grave para provocar un deterioro significativo de la actividad social (APA, 2013), se piensa que podría ser oportuno que la institución brinde un espacio que permita algún tipo de vinculación de pacientes y sus familiares a través de la participación de ambos en alguna de las actividades con las que el paciente haya desarrollado interés a lo largo de su estadía en la institución. En este sentido, una posible forma de interacción de ambas partes sería la inclusión de familiares en alguna actividad que forme parte de la biografía del paciente y con la que demuestre compromiso en la actualidad (ejemplos de esto dependiendo de cada caso podrían ser: alguna actividad musical, la jardinería, la cocina, la costura, entre otras). Esto podría desarrollarse teniendo en cuenta lo planteado por Hernández Fleta y Gutiérrez León (2011), acerca de que la memoria procedimental permanece conservada hasta fases muy avanzadas en las demencias como el Alzheimer, y podría utilizarse como un nexo con las personas significativas para los pacientes. Compartir con sus familiares o personas significativas estas actividades, conformándose situaciones de interacción basadas en algún interés del paciente podrían funcionar como una forma de comunicación diferente de la habitual, repercutiendo en un incremento de bienestar para ambas partes. Esto podría pensarse según los postulados de Yanguas (2007), como parte de una adaptación activa y dinámica por parte de las instituciones a las distintas necesidades y cambios que se producen en la evolución de la demencia.

Por otra parte, ya que este método lleva algunos años implementándose en Europa, América del Norte y Australia pero resulta una novedad para América Latina, se considera que podría ser de utilidad que el hogar documentara en forma más minuciosa el conocimiento generado a partir de la implementación del método y lo surgido a partir de las acciones propuestas y llevadas a cabo desde las reuniones interdisciplinarias de equipo, para poder permitir en el futuro el acceso a ésta y poder planificar su implementación a nivel regional. Teniendo en cuenta que la institución seleccionada para la práctica es modelo en Latinoamérica, podría resultar de utilidad llevar un registro detallado de estas implicancias en el contexto cultural particular de América del Sur, o más puntalmente del Río de la Plata, para poder luego extender su aplicación en dicho territorio y en vistas de lograr una sistematización de los procesos que propicie una mejora continua del modelo, proveyendo evidencias que enriquecerán la propuesta (Preciado Jiménez, 2016)

En el transcurso de la elaboración del presente trabajo surgió como interrogante la factibilidad de la implementación del método Montessori y del enfoque de la atención gerontológica centrada en la persona puntualmente en la Argentina. La creciente incidencia de la enfermedad obliga a la sociedad y a los responsables gubernamentales a llevar adelante una planificación adecuada de las intervenciones de los servicios sanitarios y sociales (Belloch et al., 2009). Para estos fines podría resultar significativa la adaptación regional del método antes mencionada, pudiendo en un futuro repercutir en favorecer el avance y la consolidación de estos nuevos modelos aplicados de atención a las personas mayores en el país.

Con el planteo de este interrogante, surge la necesidad de evaluar la factibilidad de la aplicación de este tipo de abordajes en sectores de bajos recursos. Las intervenciones no farmacológicas se encuentran sustentadas en recursos humanos y suelen ser económicas debido a que no requieren sofisticadas tecnologías ni un elevado costo que implican los fármacos. Es por este motivo que, una vez demostrada su eficacia podrían ser aplicadas de forma económica incluso en países en vías de desarrollo (Olazarán et al., 2010).

Cabe destacar la importancia de una detección temprana de las demencias. Tal lo planteado por López-Álvarez y Agüera Ortiz (2015), los avances en un diagnóstico cada vez más precoz deben ir acompañados del surgimiento de tratamientos capaces de lentificar

el deterioro causado por la enfermedad. La aplicación del programa descrito a lo largo de este trabajo en fases tempranas de la enfermedad podría repercutir es una mejora de la calidad de vida de los pacientes y en el desarrollo de nuevas oportunidades. Una gran parte de las actividades propuestas pueden realizarse en el hogar del paciente en los primeros estadios de las demencias si se cuenta con la colaboración de cuidadores y familiares suficientemente capacitados en la temática. Estas capacitaciones podrían ofrecerse en dependencias municipales e incluso en modalidad online para facilitar el acceso a los interesados.

Esto se encuentra relacionado a lo que se piensa podrían ser nuevas posibles líneas de investigación ya que, si bien a lo largo de este trabajo se han señalado diversos beneficios de este enfoque, comparados con los cuidados tradicionales, relacionados con ganancias en calidad de vida y mayor satisfacción de los profesionales y familias resulta necesario disponer de más estudios que den cuenta de estos beneficios en nuestro contexto cultural, así como de las diferentes alternativas que ofrecen. Teniendo en cuenta las implicancias del fenómeno del envejecimiento poblacional antes descriptas es fundamental como plantea Zolotow (2011), una planificación de políticas públicas acorde y una oferta adecuada de servicios gerontológicos que respondan a las diversas posibilidades y necesidades de este segmento de la población, desde una perspectiva de promoción del buen envejecer.

Para poder lograrlo, sería necesario disponer de estudios relacionados a asuntos como el diseño de intervenciones terapéuticas, sistematización, validación de modelos aplicados y metodologías acordes a la Atención centrada en la persona, así como el diseño y validación de instrumentos de evaluación orientados desde este enfoque. Es necesario contar con más información procedente de nuestros recursos que den cuenta de los costos del modelo propuesto. La obtención de modelos aplicados capaces de ofrecer un mayor bienestar a todos los implicados en este proceso (pacientes, familias y profesionales) podría conformar un desafío para el futuro cercano.

7. REFERENCIAS:

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2014) *Psychology Science in action*.
- Artiles, M. F., & Martín, O. R. (1995). *Psicología humanista: Aportes y orientaciones*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Recuperado de: <http://www.apa.org/action/careers/health/cameron-camp.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2009) *Manual de Psicopatología, Vol. I y II*, Madrid. Mc.Graw-Hill-Interamericana de España
- Bermejo F, Del Ser T. (1993) *Demencias: Conceptos actuales*. Barcelona: Ediciones Díaz de Santos.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 163-174. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600589/>
- Carazo, E. T., & Blanco, M. N. (2001). Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 27(11), 575-586. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-abordaje-diagnostico-terapeutico-demencia-atencion-13023105>
- Carballeda, A. J. M. (2010). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen*, 23(10). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2800685>

- Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1570>
- Castellano Fuentes, C. L., & de Miguel Negro, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento: análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 359-375. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen11/num3/304/propiedades-psicomtricas-del-cuestionario-ES.pdf>
- Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San Juan, P., & Zurdo, M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(2), 39-45. Recuperado de: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendejú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 1 (73), 321-330. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v73i4.1032>
- Díaz Velázquez, E. (2014). Evolución histórica de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia: del modelo de internamiento al enfoque comunitario. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 8 (2), 87-99. Recuperado de: <http://www.intersticios.es/article/view/13758/9055>
- Hernández Fleta, J.L. y Gutiérrez León, M. A. (2011). *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Gobierno de Canarias. Recuperado de <http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf>
- Lillard, A. S. (2016). *Montessori: The science behind the genius*. Oxford University Press.

- López-Álvarez, J., & Agüera Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14. Recuperado de: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf
- López Mongil, R., y López Trigo, J. A. (2007). La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42, 2-4. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73581-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73581-3)
- Lozano Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/2991/2202>
- Malone, M. L., & Camp, C. J. (2007). Montessori-based dementia programming: Providing tools for engagement. *Dementia*, 6(1), 150-157. Doi: <https://doi.org/10.1177/1471301207079099>
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.
- Montessori, M. (1936/ 1982). *El Niño, el secreto de la infancia*. México: Diana.
- Montessori, M., & Bofill, M. (1949/ 1986). *La mente absorbente del niño*. México: Diana.
- Muñiz, R., & Olazarán, J. (2009). Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales. Documento preparado para el Centro de Referencia Estatal (CRE) de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca por Fundación Maria Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project. Recuperado de: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapr.pdf>

- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., & Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000321458>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud (2016). La salud mental y los adultos mayores.
Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R. & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill.
- Pérez Martínez, Víctor T (2005) El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038
- Preciado Jiménez, S. (2016). Modelo Montessori, una propuesta para el trabajo con adultos mayores. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, 10(5), 107-118. Recuperado de: <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/185>
- Preciado Jiménez, S., Covarrubias, O. E. & Arias, S. M. (2012). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. Bloomington: Palibrio.
- Woods, B. (Sin fecha) Non-pharmacological therapies for people with dementia; International Non Pharmacological Therapies Project for Alzheimer's Disease
Recuperado de.: <http://www.nptherapies.org/pdf/NPT%20Fact%20Sheet.pdf>
- Yanguas, J.J. et al. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.
- Zolotow, D. (2011). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Debate Público reflexión de Trabajo social*, Artículos seleccionados, 88-

92. Recuperado de: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar> /wpcontent /uploads/sites/13/2016/03/11_zolotow.pdf