

UNIVERSIDAD DE PALERMO



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Análisis de un caso de demencia vascular abordado desde el modelo de
Atención Centrada en la Persona.

Alumna: Passini Gularte, Magalí

Tutor: Dr. Gómez, Pablo

Buenos Aires, Noviembre 2017

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Marco teórico	5
3.1. Envejecimiento	5
3.1.1 Envejecimiento poblacional	5
3.1.2 Envejecimiento sano y patológico	6
3.1.3 Cambios neurales en el envejecimiento	7
3.1.4. Cambios cognitivos en el envejecimiento	8
3.2 Caracterización y tratamiento no farmacológico de la demencia.....	9
3.2.1 Demencia	9
3.2.2 Demencia vascular	11
3.2.3 Nivel funcional en demencia	12
3.2.4 Alteraciones neuropsicológicas y conductuales en demencia	14
3.2.5 Tratamiento no farmacológico	16
3.2.6 Estimulación cognitiva en demencia	18
3.3. Institucionalización de adultos mayores y centros libres de sujeción	20
3.3.1 Institucionalización de adultos mayores	20
3.3.2 Centros libres de sujeción	22
3.4 Atención gerontológica Centrada en la persona.....	23
4. Metodología	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos	28
4.4 Procedimiento.....	29
5. Desarrollo	30
5.1 Introducción	30

5.2 Descripción del perfil neuropsicológico y conductual de un paciente con demencia vascular	31
5.3 Descripción de las intervenciones realizadas al paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona	36
5.4 Descripción y análisis de las mejoras observadas a partir de las intervenciones en el último año	41
6. Conclusión	46
7. Referencias bibliográficas	51

1. Introducción

El presente trabajo se realizó en una residencia creada para ofrecer servicios de vivienda y asistencia integral a ancianos con Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias. El envejecimiento poblacional, producto de la transición demográfica y epidemiológica, sumado al incremento de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, admite un reto importante en los sistemas de salud. Es así como surge esta residencia, situada en la Ciudad de Buenos Aires, diseñada para estimular la independencia del residente teniendo en cuenta características propias del deterioro cognitivo. Abarca el cuidado de la salud como un concepto integral que involucra el acompañamiento en elecciones de la vida diaria y la promoción del encuentro interpersonal. Se realizaron actividades grupales recreativas, culturales y artísticas en la que los residentes pueden relacionarse con sus pares: musicoterapia, estimulación cognitiva, arteterapia, así como otras actividades que surgen del interés del grupo.

Identificar sus necesidades, limitaciones e incapacidades sin quitarle independencia al anciano, supone todo un desafío. Los profesionales responsables de esta residencia han decidido certificarse como centro libre de sujeción, lo que implica no utilizar ningún tipo de sujeción física ni química, como limitación de la libertad, movimientos de una persona, su actividad física, el acceso a cualquier parte de su cuerpo o el uso de psicotrópicos para disminuir la manifestación conductual. Los centros libres de sujeción generan una mayor confianza de sus usuarios y por consecuencia mejor adherencia al tratamiento. Actualmente en la residencia se interviene bajo el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) el cual es considerado uno de los elementos para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. La ACP busca la personalización de la atención de un individuo singular, constituido a través de su relación con los demás, quien es agente central y activo de su recuperación y/o tratamiento (Rodríguez Martín, Martínez Andrés, Notario Pacheco & Martínez Vizcaíno, 2016).

Dado el incremento de adultos mayores en nuestro país y con un elevado riesgo de tener un importante sector de la población con síndrome demencial, resulta de gran interés investigar acerca de la demencia, sus síntomas cognitivos, conductuales y funcionales así como también métodos de abordaje eficaces, determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada paciente.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general:

Describir el abordaje de un paciente con demencia vascular residente de una clínica especializada en demencia desde el modelo Atención Centrada en la Persona

2.2. Objetivos específicos:

1. Describir el perfil neuropsicológico y conductual de un paciente con demencia vascular.
2. Describir las intervenciones realizadas al paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona.
3. Describir y analizar qué mejoras se observaron a partir de las intervenciones en el último año.

3. Marco Teórico

3.1. Envejecimiento

El envejecimiento y la vejez son preocupaciones que han acompañado a la humanidad desde hace décadas. El imaginario de la inmortalidad, la búsqueda de la juventud eterna y cómo las sociedades fueron abordando estos temas dan cuenta de la magnitud de la importancia que generan. A lo largo de la historia cada sociedad le ha otorgado significado y sentido a los más viejos. Actualmente se considera que la vejez no es una etapa delimitada, biológica o psicológicamente, sino que implica una convención social, determinada culturalmente. Desde esta perspectiva el envejecimiento no implica una disminución de los aspectos psicológicos como condición excluyente (Pérez Fernández, 2011). El envejecimiento es un proceso evolutivo natural relacionado con el paso del tiempo. Las características individuales determinan y repercuten en la calidad de dicho envejecimiento (Arizaga, 2011).

3.1.1. Envejecimiento Poblacional

El envejecimiento poblacional es considerado como una de las características fundamentales de la población mundial en este siglo. Este constructo teórico, se define como un proceso de cambio en la estructura de edad de la población, caracterizado por el aumento de peso relativo de personas en edades avanzadas y la disminución de los más jóvenes. El proceso de envejecimiento de la población ha generado un creciente interés por las condiciones de vida y el estado de salud de la población adulta mayor. En Argentina, determinados cambios posibilitaron este panorama: la disminución de la natalidad y fecundidad, el aumento de sobrevivencia y el componente migratorio -el cual causó un impacto relevante, dado que a finales del siglo XIX los fuertes afluentes migratorios fueron jóvenes; determinando una población constituida por adultos mayores de 65 años a mediados del siglo XX (INDEC, 2014). Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos el porcentaje de adultos de más de 65 años supera el 10,2% en el país, siendo la Capital Federal la ciudad que concentra más personas mayores. Los cambios que se esperan en la estructura por edad de la población argentina indican que el proceso de

envejecimiento continuará. Se estima que en el año 2040 la población adulta mayor representará el 15,2% de la población total (INDEC, 2015).

Algunos teóricos consideran que el envejecimiento no representa un problema sino un logro. Este no es solo un asunto de seguridad y bienestar social sino de desarrollos y políticas económicas en su conjunto. Disminuir la mortalidad, la fecundidad y aumentar la esperanza de vida, son desde esta perspectiva logros vinculados al desarrollo económico y social (Ramos, et al., 2014).

3.1.2. Envejecimiento sano y patológico

Las modificaciones fisiológicas -alteraciones oculares, auditivas, incremento de fatiga muscular, baja en la velocidad de respuesta cognitiva y motora, entre otros- tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera diferente por cada individuo dependiendo de la personalidad previa y del rol socioeconómico que desempeñe. Las combinaciones de personalidades, profesiones y roles sociales multiplican las posibilidades, con lo cual es inverosímil generalizar. En la vejez, todas las cualidades del pasado asumen nuevos valores (Salvarezza, 1988).

Iacub & Arias (2010) proponen el concepto *empoderamiento* como parte de un proceso que permite la reconstrucción del autoconcepto y la identidad. Este supuesto reconoce la importancia de la autonomía en la vejez como eje del empoderamiento. Resulta relevante en tanto genere una transformación ideológica en el adulto mayor y en la sociedad, para que el sujeto crea y disponga mayores niveles de autonomía (Iacub & Arias, 2010). Desde esta perspectiva, el adulto mayor no sería un agente pasivo sino un motor activo de cambio a las circunstancias que sobre él se plantean. En la medida en que el adulto mayor sea consciente de su padecimiento y adquiera noción de la realidad será capaz de modificar la condición que lo victimiza (Iacub, 2003).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) no existe consenso acerca de lo que envejecimiento saludable podría abarcar, cómo definirlo y medirlo. Por un lado, la expresión, es utilizada para referirse a un estado positivo, es decir ante la ausencia de enfermedad; esta condición distingue sujetos saludables y no saludables. Por otro lado, el envejecimiento saludable es definido como un proceso capaz de mantener la capacidad funcional y generar bienestar en la vejez. Entendiendo la capacidad funcional

como la condición que permite a una persona ser y hacer lo que considere importante. Conformada por la capacidad intrínseca - conjunción de capacidades físicas y mentales- y el entorno - escenario en el que está inmerso (el hogar, la comunidad y la sociedad en general).

Loñ, Serrano y Allegri (2003) definen el envejecimiento como un “aumento progresivo de la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, asociado con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor posibilidad de contraer enfermedades lo que eventualmente conduce a la muerte”. Las neurociencias han demostrado que el cerebro humano, durante el envejecimiento, puede continuar la mielinización y ramificación dendrítica, mostrando plasticidad aun en las edades tardías de la vida. Bajo esta circunstancia el envejecimiento humano exitoso es biológicamente posible.

Gems (2011) cuestiona el dilema de si debemos aliviar el sufrimiento a gran escala y aceptar la extensión de la vida o permitir una inmensidad de sufrimientos evitables por el hecho de prolongar la vida. En su opinión el único curso razonable es el primero, aliviar el sufrimiento y aceptar la extensión de la vida. Considera que debemos trabajar sobre ese objetivo y empezar a prevenir la enfermedad tan pronto como sea factible. En términos de las condiciones sociodemográficas que indican bajos índices de natalidad y aumento progresivo de adultos mayores debemos ser capaces de asegurar vidas largas más sanas.

La gerontología, área de interés del envejecimiento humano, ha sido desde sus principios definida como interdisciplinaria. Esto implica una primera aproximación al hecho de que lo biológico, lo psicológico y lo social están íntimamente relacionados en el desarrollo humano. Desde esta disciplina definen envejecimiento como la edad funcional, la capacidad para mantener roles personales y la integración de este individuo en la comunidad en la que está inmerso, manteniendo su capacidad física y mental. Esta edad, dicen los teóricos, puede determinar una calidad de vida satisfactoria y por tanto un envejecimiento exitoso (Del Barrio & Abellán, 2009).

3.1.3. Cambios neurales en el envejecimiento

El aumento de adultos mayores de 65 años ha producido en un incremento de patologías crónicas no transmisibles relacionadas con la edad. Muchas de estas afecciones no

son agudas ni mortales, pero generan un impacto en la calidad de vida. Tal es el caso de las patologías de origen neuropsiquiátrico, específicamente aquellas que comprometen trastornos cognitivos y conductuales de diferente etiopatogenia, como por ejemplo las demencias. Las funciones cognitivas involucionan con el paso de los años, de forma que no podemos comparar el rendimiento de una persona en pruebas neuropsicológicas a los 30 años con una persona de 80. La línea entre normalidad y patología en el anciano no suele ser fácil de determinar. En ocasiones esto dificulta el diagnóstico temprano de cuadros demenciales (Arizaga, 2011).

Los cambios cognitivos en el envejecimiento, suelen tener múltiples presentaciones, algunas funciones pueden encontrarse comprometidas mientras que otras permanecen intactas. El médico que evalúe debe decidir si corresponden a manifestaciones normales o patológicas apoyándose en criterios clínicos validados (Micheli, Fernandez Pardal & Cersósimo, 2014). Es frecuentemente descripto en el envejecimiento normal la disminución del peso y el volumen del cerebro, la pérdida de neuronas corticales y subcorticales y la atrofia cortical. Asimismo, múltiples factores –dietéticos, hormonales, genéticos, reserva cognitiva- pueden influir en el desarrollo de deterioro cognitivo asociado a estos cambios a nivel cerebral (Izquierdo, 2011).

Hallazgos encontrados en el cerebro de pacientes con demencia, en comparación con los que aparecen en cerebros de ancianos sin demencia, indican que aunque la edad sea un factor de riesgo, la demencia representa un proceso neurodegenerativo cuantitativa y cualitativamente diferente del que se produce en el envejecimiento normal (Montoro Membila, Montes Ruiz Cabello & Arnedo Montoro, 2012).

3.1.4. Cambios cognitivos en el envejecimiento

A nivel cognitivo, el envejecimiento se caracteriza por una declinación de algunos aspectos de ciertas funciones cognitivas, mostrando una importante variabilidad individual. Es habitual que se reporten alteraciones en la velocidad de procesamiento y la memoria, mientras que otros dominios se presentan relativamente conservados. Ha sido descripta como una característica principal del proceso de envejecimiento el enlentecimiento, tanto a nivel cognitivo, como sensorial y motor. En tareas de fluidez verbal o motora, los adultos mayores sin patología presentan diferencias significativas respecto de población joven

(Puyuelo & Bruna, 2006; Romero & Ríos, 2016). Respecto de la memoria, los cambios más evidentes se observan en la memoria de trabajo, la memoria episódica y la memoria prospectiva, mientras que la memoria semántica se suele mantener estable. Los adultos mayores, demoran más tiempo para adquirir nueva información, pero las tasas de olvido son comparables a las de sujetos jóvenes. Asimismo, estas diferencias entre población joven y añosa sería más perceptible en examinados de baja escolaridad, que se verían afectados de forma diferencial por la edad (Bataller & Moral, 2006; Burin, & Duarte, 2005).

Respecto del envejecimiento no patológico también se reportan dificultades en tareas atencionales o tareas ejecutivas complejas- tareas de atención dividida o resolución de problemas no familiares. Asimismo, es habitual la descripción de declinación en las habilidades visoespaciales y visoperceptivas complejas (Jurado, Matute & Rosselli, 2008).

3.2. Caracterización y tratamiento no farmacológico de la demencia

3.2.1. Demencia

El incremento de pacientes con demencia se hace notable año tras año. La OMS y la Asociación Internacional de Alzheimer (AIA) estiman 7.7 millones de casos nuevos por año. Estas suposiciones sugieren que en el mundo cada 4 segundos hay un nuevo caso de demencia (Corona Vázquez, 2016).

Bagnati (2003) define la demencia como una “afección cerebral adquirida, que produce una alteración de las funciones intelectuales y/o de la conducta del sujeto, respecto de un estado anterior conocido, lo suficientemente importante como para interferir con las actividades de la vida diaria (AVD), e independiente alteración del estado de conciencia”.

Definir a la demencia como una afección adquirida resulta un dato relevante, puesto que esta condición la diferencia de alteraciones presentes desde el nacimiento. Se destaca el compromiso de las funciones intelectuales, deterioro de la memoria, alteraciones del lenguaje, anormalidades visoespaciales y pérdida de las capacidades cognitivas como la habilidad para el cálculo, resolución de problemas y abstracción, entre otras. En adición, se observan alteraciones conductuales y del estado de ánimo, las cuales causan síntomas disruptivos. El énfasis está en la interferencia en la vida diaria del paciente y sería consecuencia de la desintegración de las funciones cognitivas. La declinación del nivel

funcional en actividades cotidianas es condición necesaria para el diagnóstico de la demencia. Este cuadro clínico no puede ser explicado por otra condición médica – infección urinaria, deshidratación, hipoglucemia, entre otras- o por consumo de sustancias, puesto que éstas por si mismas entorpecen las funciones intelectuales (Bagnati, 2003).

La OMS (2013) define la demencia como un “síndrome causado por una enfermedad del cerebro -usualmente de naturaleza crónica o progresiva- en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones. Las deficiencias de las habilidades cognitivas están comúnmente acompañadas, y ocasionalmente precedidas, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se produce en un gran número de condiciones que afectan primaria o secundariamente al cerebro”.

El DSM 5 incluye en su nueva versión un apartado de los Trastornos Neurocognitivos en donde incluye demencias y trastornos amnésicos del DSM IV. Los trastornos neurocognitivos se diferencian por intensidad -severos o leves- y por subtipos etiológicos -EA, demencia vascular, demencia frontotemporal, demencia de cuerpos de Lewy, lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, infección por VIH, enfermedad de Huntington y encefalopatía espongiiforme- (American Psychiatric Association, 2000; 2013).

Los trastornos neurocognitivos mayor y menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y la disfuncionalidad en la vida del paciente. El Trastorno Cognitivo Leve es definido como deterioro de las funciones cognitivas no atribuible a la edad y que no interfiere significativamente en la vida del sujeto. Entre los criterios diagnósticos de Trastorno Neurocognitivo Mayor se encuentra un declive cognitivo significativo comparado con un nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos- atención, funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social. Esto puede reflejarse en el desempeño de evaluaciones neuropsicológicas que tengan un rendimiento por debajo de lo esperado y este acompañado de un perfil clínico médico en concordancia. La pérdida de autonomía y funcionalidad del paciente resultan relevantes. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de delirium ni pueden ser explicados por otro trastorno

mental (Custodio et al., 2016; American Psychiatric Association, 2013). En resumen, el Trastorno Neurocognitivo Mayor se caracteriza por una declinación significativa de las funciones cognitivas, evidenciada por un rendimiento marcadamente deficitario en pruebas cognitivas, así como por una alteración de las AVD, afectando la independencia del paciente.

Resulta difícil encontrar una definición que involucre la diversidad clínica y etiológica de las demencias, consideradas como un conjunto de manifestaciones que implica un deterioro respecto de su desempeño anterior, a nivel cognitivo -orientación, lenguaje, memoria, pensamiento, cálculo, juicio y abstracción- funcional y conductual. Se observan también cambios de personalidad, sueño, hábitos alimenticios, actividad motora, síntomas psicóticos y/o afectivos. Su presencia, intensidad o momento de presentación puede variar, pero aportan información relevante en la clínica. El avance de las neurociencias ha permitido contar con estudios que contribuyen a la luz del diagnóstico y los subtipos demenciales (Longoria Ibarrola, Salinas Contreras & Sosa Ortiz, 2016).

De acuerdo a lo desarrollado anteriormente, las demencias pueden clasificarse según su topografía de la lesión, sintomatología clínica, etiopatogenia o por perfil evolutivo. La clasificación según la topografía de la lesión será de acuerdo a las estructuras involucradas, esto permitirá clasificarla como demencia cortical o subcortical. Según su etiología, pudiendo señalarse tres etiologías principales: demencia secundaria a una enfermedad médica sistémica (pe. infección o trastorno metabólico), demencias vasculares debido a lesiones cerebrovasculares, y demencias neurodegenerativas. La clasificación según el perfil evolutivo se basa en la temporalidad de los síntomas, la forma de inicio y la velocidad de progresión (Slachevsky & Oyarzo, 2008).

Las características prodrómicas de la demencia puede clasificarse bajo dos subtipos, el pensamiento amnésico- principalmente en demencia tipo Alzheimer (DTA)- y el pensamiento no amnésico -en otras demencias, Frontotemporales, Vasculares y Demencia por Cuerpo de Lewy (Taragano et al., 2009).

3.2.2. Demencia Vascolar

Las demencias vasculares corresponden a un grupo heterogéneo de trastornos en los que debido a factores vasculares se desarrolla la demencia, es decir, corresponde al grupo

de demencias secundarias. Se estima que a nivel mundial entre el 15 y el 20% de los casos de demencia corresponden a Demencia Vascular (DV), siendo la segunda demencia más prevalente después de la EA. No existe en la DV un patrón cognitivo específico por tanto en ocasiones resulta un gran desafío para los profesionales diferenciar DV de DTA (Merino & Hachinsky, 2008; Longoria Ibarrola et al., 2016). El factor de riesgo más relevante en la DV es la hipertensión arterial. También el colesterol elevado y la glucemia alta. Los hábitos como el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol y la falta de actividad física aumentan el riesgo de padecer enfermedades cerebro vasculares (Arizaga, 2011).

En la práctica clínica actual se diagnostica DV cuando se observa un síndrome demencial con evidencia de enfermedad cerebrovascular, signos neurológicos focales y evidencias en neuroimagen (Merino & Hachinsky, 2008). El inicio tiene relación con la aparición de los factores de riesgo vascular los cuales pueden producir enfermedades vasculares cerebrales y estos originan la injuria vascular, enfermedades de grandes y pequeñas arterias (Custodio et al., 2016).

Los criterios más utilizados en investigación y práctica clínica respecto de las demencias vasculares son: Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos e Ictus-Asociación Internacional para la Investigación y la Enseñanza en Neurociencias (NINDS-AIREN), la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (Merino & Hachinsky, 2008).

Dentro de las posibles manifestaciones de DV se encuentra la demencia por infartos múltiples, una de las causas más frecuentes de DV. La DV por infartos múltiples se caracteriza por ataques isquémicos transitorios y episodios de accidentes cerebro vasculares que se relacionan con el inicio y desarrollo de la demencia. En estudios de neuroimágenes, se observan múltiples infartos cortico-subcorticales. La forma de presentación clínica son signos neurológicos focales o déficits sensoriales, y una evolución progresiva de deterioro cognitivo (Lee, 2011).

3.2.3. Nivel funcional en demencia

Algunos autores asumen que la definición de salud resulta más compleja si se trata de salud en el envejecimiento dado que abarca aspectos como la capacidad funcional y el

estado funcional. La salud propiamente dicha involucra salud física y mental, en vejez además implica capacidad para realizar AVD, disponer de recursos sociales, económicos y ambientales para lograr un estilo de vida independiente. Esta definición destaca algunos aspectos a considerar, la necesidad de preservar capacidades que le permitan ser independiente en su entorno -llamada capacidad funcional- y la importancia de su estado de salud en relación a las variables personales, ambientales y de comportamiento. La funcionalidad refiere a todo aquello que las personas son capaces de hacer, moverse en su entorno, realizar tareas de autocuidado, y aquellas conductas o hábitos que permiten la independencia y la relación social. En contraposición, la dependencia funcional, estaría caracterizada por un estado en el cual el individuo confía en la asistencia de otro para cubrir necesidades básicas. El concepto de salud funcional invita a abordar la salud en la vejez desde una óptica abarcativa que permita conocer al paciente, identificar sus deficiencias y discapacidades así como también explotar al máximo aquellas capacidades conservadas, a fin de lograr un grado de bienestar en el adulto mayor (Ramos Campos, 2002).

El deterioro funcional suele ser predictor de discapacidad global, dado que afecta la habilidad parcial o total del individuo para realizar tareas o AVD. Este deterioro implica un proceso progresivo de pérdida de memoria, lenguaje y toma de decisiones respecto del cuidado de su salud, manejo del dinero, uso de vehículos, entre otros. Los déficits funcionales afectan la independencia del paciente así como la seguridad, puesto que en ocasiones pueden generar caídas, problemas para alimentarse correctamente, tomar los medicamentos o realizar actividades de higiene personal. La pérdida de funciones para desenvolverse adecuadamente en su cotidianidad genera disfuncionalidad, carga en el familiar o cuidador. Este se convierte en uno de los motivos de ingreso a los servicios gerontológicos de larga estadía (Fuentes, 2008; Loewenstein et al., 1995).

En estadios iniciales de demencia se observa incapacidad para realizar actividades avanzadas e instrumentales complejas. A medida que avanza la demencia, se va perdiendo la capacidad de ejecutar actividades básicas, la movilidad, el autocuidado y, en consecuencia, la autonomía e independencia. En estadios avanzados, el sujeto necesita supervisión a la hora de llevar a cabo casi todas las actividades básicas. La valoración funcional permite a los profesionales de la salud establecer un pronóstico, un plan de

cuidado y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas (Sánchez & Gregorio, 2006; Sauvaget, Yamada, Fujiwara, Sasaki, & Mimori 2002).

La alteración de las AVD y los síntomas conductuales suelen presentarse en los pacientes con demencia, con lo cual resulta relevante trabajar sobre ellos. Estas áreas pueden subdividirse en necesidades fisiológicas- alimentarse, ir al baño, dormir- higiene- bañarse, vestirse y arreglarse- deambulación, y síntomas psiquiátricos y/o conductuales. Proporcionar atención de calidad trabajando sobre estas categorías contribuye directamente en la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo. Existe evidencia sobre estrategias que minimizan las limitaciones de la vida diaria al comer, beber y dormir. Las investigaciones indican que entornos tranquilos y medioambientalmente agradables, mejoran el funcionamiento en los residentes (Tilly & Reed, 2004).

La OMS ha definido calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Esta concepción sigue la perspectiva de lo que dicha organización define como salud, dimensiones físicas, psicológicas, grado de independencia, relaciones sociales, entre otras (OMS, 2002).

3.2.4. Alteraciones neuropsicológicas y conductuales en demencia

Mientras que la demencia todavía se define como un trastorno cognitivo, los síntomas neuropsiquiátricos se consideran ahora como un aspecto intrínseco de la demencia y las causas subyacentes suelen ser procesos neurodegenerativos. Es decir, la prevalencia en los síntomas conductuales en demencia ha tomado protagonismo en los últimos años. Este resulta uno de los factores desencadenantes de institucionalización y estrés en los cuidadores. Provocan un aumento de hospitalización, siendo esta la primera causa de asistencia en salas de emergencia, institucionalización prematura, es considerado un predictor de la evolución del paciente, y puede provocar aumento de morbimortalidad. La mayoría de los pacientes con demencia tiene uno o más síntomas conductuales en su evaluación inicial y su evolución es fluctuante a diferencia de los síntomas cognitivos que avanzan conforme a la enfermedad. Suelen manifestarse en fases medias de la enfermedad, aunque en ocasiones son pródromos. Los síntomas conductuales suelen ser identificados en base a la observación de profesionales, familiares y pares. Los más frecuentes son agitación

y agresividad física o verbal, alucinaciones, vagabundeo, fugas y actividades repetitivas sin propósito, preguntas estereotipadas, gritos, insultos, reacciones catastróficas, conductas desinhibidas, entre ellas actividades inapropiadas. La presentación de los síntomas - psicológicos y conductuales- tienen particularidades de cada paciente, en general se entrelazan la personalidad, enfermedades previas, tolerancia del enfermo, factores psicológicos, biológicos y sociales (Bagnati, 2015; Guerra Hernández, Llibre Guerra & García Arjona, 2011).

Actualmente, se plantea una mirada holística frente a las funciones psicológicas superiores, dejando atrás la concepción de estructuras cerebrales específicas encargadas de una función. El cerebro no trabaja de forma aislada sino como un conjunto activo, dinámico, basado en sistemas funcionales complejos, que interactúa con el medio ambiente y la historia social de cada individuo (Ruiz Valverde, 2000; Burrell & Piguet 2015).

La neuropsicología es la praxis que estudia como las funciones psicológicas superiores se relacionan con la actividad cerebral y es considerada un instrumento válido para el diagnóstico neurológico y neuropsiquiátrico. Mediante la evaluación, se estima de forma sistemática y objetiva las habilidades conservadas y su evolución, la magnitud de la pérdida y áreas preservadas, evolución temporal del cuadro, el tipo y curso de estados demenciales y su diferenciación con otras presentaciones -estados confusionales, cuadros afásicos, entre otros- en un momento determinado. Es decir, permite un seguimiento riguroso y comparativo de las funciones cerebrales superiores, excede a la evaluación cuantitativa. Implica realizar un screening sobre esferas emocionales y conductuales, interacción con los familiares, percepción de sí mismo y determinar la orientación en tiempo y espacio, entre otras (Ruiz Valverde, 2000; Burrell & Piguet, 2015; Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008). Se espera que de dicha evaluación se obtenga un perfil que identifique las fortalezas y debilidades en el desempeño cognitivo. Así como también permita inferir en relación a si el estado actual del paciente representa un cambio respecto del estadio previo o premórbido. El profesional deberá considerar varias fuentes de datos, contrastarlos unos con otros para ver su consistencia y la existencia de perfiles distinguibles- establecer qué aspectos responden a un desempeño cognitivo “normal” y cuales muestran cambios atribuibles a una disfunción cerebral- e integrar todo ello en una descripción coherente (Drake, 2007). La evaluación de la memoria suele aportar datos

relevantes y enriquecer el diagnóstico, esta función suele estar alterada en las demencias. Se evalúa la capacidad de retención, almacenamiento y evocación, así como los distintos sistemas de memoria. Cabe analizar el motivo de los errores: intrusión, contaminación o perseveración. Así mismo el lenguaje en estadios iniciales de demencia puede encontrarse conservado, pero en ocasiones la denominación puede encontrarse afectada. Se evalúa el lenguaje espontáneo, automático, la fluidez verbal, la repetición, la denominación y la comprensión. Las praxias pueden clasificarse en forma clásica en ideomotora, ideacional o mielokinética, pudiendo además valorarse la apraxia de la marcha o apraxia constructiva. Esta última suele encontrarse afectada desde los inicios en algunas demencias. Otras funciones a evaluar son la lectura y la escritura, debiendo tener especialmente en cuenta el nivel educativo previo. Lo mismo aplica para el cálculo escrito y mental, y las funciones ejecutivas (Ruiz Valverde, 2000; Sánchez Gil & Pérez Martínez, 2008).

En la evaluación de la demencia la conjunción de datos neurológicos, psiquiátricos y neuropsicológicos permiten una mejor comprensión y precisión diagnóstica. Una serie de variables médicas y no médicas tienen el potencial de influir en el rendimiento cognitivo en las pruebas neuropsicológicas. En principio el esfuerzo reducido que puede ser inherente a la enfermedad y puede afectar la capacidad de mantener la concentración durante largos periodos de tiempo. Malestares físicos y psicológicos también pueden afectar el rendimiento. En segundo lugar, la mayoría de las instrucciones en pruebas neuropsicológicas son de forma verbal y a menudo requieren respuesta. Asegurar que el paciente y el examinador puedan comprenderse. Los déficits de lenguaje son inherentes a una serie de demencias, y pueden interferir la evaluación de los dominios cognitivos lingüísticos y no lingüísticos. La estimación de la capacidad cognitiva pre mórbida es un punto de referencia que se correlaciona con el desempeño en las pruebas. El método más utilizado para estimar el nivel pre mórbido es el nivel educativo y vocacional. Otro comúnmente utilizado es la capacidad de lectura de palabras, relativamente resistente al deterioro cognitivo y la edad (Burrell & Piguet 2015).

3.2.5. Tratamiento no farmacológico

Las terapias no farmacológicas, o llamadas terapias blandas, dan cuenta de cambios en la orientación de intervenciones dirigidas a personas en proceso de

envejecimiento. El énfasis estaría puesto en el aumento de la calidad de vida y el bienestar personal. Esta orientación ha llegado también al ámbito de enfermedades degenerativas cerebrales, desterrando posiciones pesimistas y enraizadas hacia un desalentador escepticismo terapéutico (Martínez Rodríguez, 2011).

Los síntomas neuropsiquiátricos son una preocupación principal para la atención de la demencia, ya que son difíciles de tratar y conducen a la institucionalización del paciente. La tipología e intensidad de estos síntomas, varían en función del tipo de demencia y de la personalidad de cada sujeto. Suelen indicarse medicamentos psicotrópicos para paliar los síntomas, aunque existen varias estrategias o intervenciones menos nocivas para el paciente. Estas intervenciones, no farmacológicas, suelen ser beneficiosas en los pacientes con demencia (Kim & Park, 2017).

El mejor abordaje- no farmacológico- de los síntomas, es aquel que establece medidas generales que prevengan y minimicen su aparición, intensidad o frecuencia. Cuando aparece el síntoma se deben evaluar todas las variables relacionadas con su aparición y desplegar un conjunto de medidas generales previas al abordaje específico de dicho trastorno. Algunas estrategias pueden servir a modo preventivo o terapéutico para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos: *mantenimiento de actividad física* en función de las posibilidades de cada paciente. Se ha demostrado que en situaciones de agitación el wandering/deambulación permite canalizar el gasto de energía y mejora la autoestima, disminuyendo los síntomas. Esta actividad debe ser adaptada al paciente y supervisada por un profesional. El *mantenimiento de la funcionalidad* relacionado con la incompetencia para realizar AVD lo cual produce un deterioro del estado anímico y frustración que puede expresarse con agitación, irritabilidad o agresividad. Se debe reentrenar al paciente para que lleve a cabo aquellas actividades. La socialización del paciente, la participación del sujeto en actividades grupales, ya sean terapéuticas o lúdicas, constituye un estímulo para propiciar la comunicación, la motivación y ayuda a canalizar emociones que mejoran la autopercepción de la calidad de vida. *Cuidados higienicos-dieteticos y prevención de complicaciones*, referido al cuidado de alimentación e hidratación del paciente. Promoviendo a mantener la continencia de esfínteres hasta que sea posible (Tobaruela Gonzalez, 2007).

3.2.6. Estimulación cognitiva en demencia

La terapia de estimulación cognitiva para personas con demencia se desarrolló a partir de diversos hallazgos, incorporando aspectos de terapias psicológicas mediante ensayos rigurosos, para mejorar significativamente la cognición y el comportamiento (Knapp et al., 2006). En términos generales, la rehabilitación neuropsicológica se define como la aplicación del cuerpo de conocimiento de la neuropsicología en la mejora de los déficit cognitivos, conductuales y emocionales derivados de daño cerebral (Wilson, 2008). Este conjunto de estrategias apunta a favorecer la integración social, académica y laboral de los sujetos afectados (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustároz, 2001).

Los programas destinados a la salud del anciano, deben tener en cuenta a quien van dirigidos, deben fomentar la conciencia y la motivación del individuo, promover una red de apoyo que estimule el aprendizaje, modificar el ambiente para reducir un esfuerzo innecesario. Tener en cuenta que la tarea está dirigida a personas apegadas a sus hábitos y tradiciones, con un enorme caudal de experiencia y sabiduría que utilizadas adecuadamente pueden promocionar la salud (Ramos Campos, 2002). Así por ejemplo, la Terapia de Orientación a la Realidad (OR) es una técnica creada para mejorar la calidad de vida de personas ancianas en estado confusional. Se realiza presentando información relacionada con la orientación- tiempo, espacio y persona- lo cual se considera que genera un aumento en la sensación de control y autoestima. Existen dos formas de trabajar OR, una de ellas es comenzando con orientación temporal y espacial, debatiendo sobre noticias actuales generalmente del entorno próximo al paciente. Se pueden utilizar tableros de orientación en los que se presenta la información, día, fecha, lugar, estación del año, efemérides. La segunda forma de trabajo involucra a todos los profesionales ya que le administrarán al paciente información sobre el presente durante todo el día. Otro tipo de terapia, la Terapia de Reminiscencia (TR), opera trayendo a la conciencia experiencias pasadas. Surge del psicoanálisis y es utilizada del cuidado ocupacional en instituciones de larga estadía. Aprovechando que la memoria remota habitualmente es lo último que se deteriora, la reminiscencia podría ser una ruta efectiva para estimular personas con alteraciones mnésicas. Esta terapia pretende ayudar a los ancianos a colocar sus experiencias en perspectivas y disminuir los síntomas conductuales (Francés et al., 2003).

Dadas las características de la patología que dificultan recuperar funciones deterioradas, en el caso de pacientes con síndrome demencial el objetivo es enlentecer o detener el avance de la enfermedad, mejorando el nivel de funcionalidad, el rendimiento cognitivo y la calidad de vida de los pacientes, fomentando su independencia. Es por ello que en ocasiones en lugar del concepto de rehabilitación se utiliza el término estimulación cognitiva (Drake, 2006).

Como describimos anteriormente, el cerebro funciona como un sistema en red, esto implica que las diferentes funciones cognitivas se interrelacionen, generando distintas combinaciones y organizaciones de los procesos y subsistemas dependiendo de las tareas cognitivas a las que deba responder el sujeto en un momento determinado. De esta manera, una tarea concreta programada en una sesión de psicoestimulación, suele actuar poniendo en marcha distintos sistemas, y llevando a cabo una estimulación global que trasciende los componentes específicos de determinadas funciones cognitivas (Martínez Rodríguez, 2011).

Esta terapia debe tener en cuenta en su diseño las diferentes dimensiones del ser humano y la interacción continua que se produce entre ellas. Los tratamientos grupales de estimulación cognitiva en personas con demencia, como es el caso de la EA, son ampliamente utilizados en el mundo. Se ha estudiado la relación entre el costo y la eficacia del tratamiento cognitivo en pacientes con demencia. Los resultados demostraron que la estimulación cognitiva es beneficiosa para la cognición y para la calidad de vida y que los costos no fueron más elevados. Incluso se planteó que existe una alta probabilidad de que la estimulación sea más rentable que el tratamiento habitual- farmacológico (Martínez Rodríguez, 2011; Knapp et al., 2006).

3.3. Institucionalización de adultos mayores y centros libres de sujeción

3.3.1. Institucionalización de adultos mayores

Como desarrollamos anteriormente, la demencia es un problema social y sanitario de magnitud creciente. Esta prevalencia se refleja en las residencias asistidas para mayores dadas las características de su presentación y la disfuncionalidad en estadios avanzados. La atención en residencias ha sido tradicionalmente desde el modelo médico. Este modelo guarda similitud con la atención hospitalaria en cuanto a la asistencia prestada, la atención orientada a cubrir necesidades físicas que satisfagan al paciente y su entorno familiar. Estudios recientes han demostrado que estos dispositivos no favorecen en la mejoría del paciente en cambio, plantean la necesidad de individualizar los cuidados y prestarlos en entornos hogareños donde la familia ocupe un rol activo en la planificación de la asistencia. Desde esta perspectiva los relatos de los pacientes y sus familiares son considerados un puente de unión entre las perspectivas del personal clínico, gestores y usuarios para individualizar los cuidados (Rodríguez Martín et al., 2016).

Por sus características, dependencia y deterioro, el cuidado de una persona con demencia afecta a la persona que la padece como a la familia, en especial al cuidador familiar. En relación a esto, existen varios dispositivos, grupos de apoyo, programas educativos, programas de salud ambulatoria, visitas domiciliarias y terapias familiares con el fin de disminuir la carga del cuidador. El proceso que se vive es generalmente largo y complejo, y tiende a generar sobrecarga y desgaste de este cuidador. Se ha documentado que ser cuidador de un familiar con demencia repercute en la calidad de vida y afecta de manera negativa la capacidad de cuidado (Espín Andrade, 2012). Tomar la decisión de institucionalizar un ser querido con demencia es un proceso difícil. Legault & Ducharme (2009) explican el proceso que transitan los hijos de personas con demencia durante la transición a la institucionalización. Dividen en tres etapas, la primera de ellas es el desarrollo de la confianza con los nuevos encargados de cuidado, la institución. Luego evalúan la calidad del cuidado, las respuestas de los profesionales frente a las inquietudes de la familia. Por último, la integración con el nuevo contexto. Entender la complejidad de este fenómeno es el primer paso para que los enfermeros y profesionales afines identifiquen las necesidades de apoyo, con el fin de intervenir y brindar un cuidado adecuado.

En relación a esto, Ramos Campos (2002) afirma que la adaptación y la acomodación son circunstancias que surgen a lo largo de la vida, la adaptación exige un esfuerzo que requiere de recursos para transitarla sin que esta resulte una amenaza o un daño. En ocasiones en la vejez no se tienen los recursos necesarios para enfrentar estas circunstancias de manera eficaz. Se asumen pérdidas significativas, de la independencia, de seres queridos, roles sociales, ilusión, esperanza, entre otros. Estas circunstancias tendrán el valor que cada persona en particular le otorgue.

Otro factor no menos importante es el control personal. Un estudio clásico que marco los efectos positivos al fomentar la sensación de control entre las personas mayores institucionalizadas, fue el de Langer y Rodin (1976) en el cual se analizó el grado de control, libertad y elección que el entorno permitía a su individuo y su relación con el grado de salud y bienestar. Se observó que aquellos que podían decidir y tenían mayor autocontrol de sí correlacionaban con mejores índices de bienestar físico y emocional respecto del otro grupo al cual se le había dicho que estaban en una residencia para ser atendidos y que el personal se ocuparía de todas sus necesidades. En concordancia, Ramos Campos (2002) expresa que la percepción del control tiene mucho que aportar sobre la influencia en la salud, sobre todo en ancianos que viven en residencias, dado que estos lugares incrementan la pasividad generando la sensación de poco control de sí mismo, aislamiento social o red de contención y en donde en ocasiones se infantiliza a los ancianos.

Por otro lado, el hecho de compartir el espacio con otros, genera vínculos interpersonales que resultarían favorecedores. Las personas mayores que generan relaciones interpersonales gozan, en general, de una mejor salud física y mental pero sobre todo disponen de apoyo instrumental y emocional, lo que a su vez se asocia con mayores niveles de bienestar psicológico. Tal es así que tener un vínculo afectivo especial con una persona amada implica promover el bienestar del otro, la comprensión mutua, la comunicación y el hecho de compartir emociones, valores, gustos y actividades. En contraposición, la soledad en los adultos mayores tiene dos dimensiones: la realidad objetiva de estar o vivir solos y el sentimiento subjetivo de soledad (Sánchez Vera y Bote Díaz, 2007; Villar, Villamizar & López-Chivral, 2005). Considerado en el contexto de estas teorías, el concepto de cognición social como el proceso que permite elaborar conductas sociales entre sujetos de la misma especie, respondiendo de manera adecuada a los estímulos sociales y emocionales

recibidos. Y en relación a esto, la llamada Teoría de la Mente entendida como la capacidad para otorgar estados mentales a uno mismo o a los demás. Se amplía al concepto de empatía la cual permite predecir o ponerse en el lugar del otro en base a sus intenciones o acciones y realizar inferencias acerca de lo que creen otras personas (Butman, 2007).

La acelerada disminución de las funciones cognitivas y funcionales, y una mayor necesidad de asistencia predicen la institucionalización (Brodaty, Connors, Xu, Woodward & Ames, 2014). Dentro de los dispositivos para demencia se encuentran los centros de día gerontogerítricos especializados, hospitalización de agudos, hospital de día geriátricos, unidades de larga estadia psicogeriatrica, atención domiciliaria y clínicas especializadas en demencia. Aunque son variados los modelos de atención resultan un recurso aceptable que vela por la integridad, salud y bienestar de los pacientes con demencia (Calleja, Lozano, Osio & Olivares, 2016).

3.3.2. Centros libres de sujeción

Existe en las residencias de larga estadia una tradición de sujetar a las personas mayores con el fin de evitar caídas y controlar sus manifestaciones conductuales. Como desarrollamos anteriormente en demencia los síntomas conductuales son frecuentes. El uso de sujeción física o química, fármacos psicotrópicos que disminuyen el síntoma, pretende garantizar la integridad y evitar caídas en pacientes con manifestación conductual. Estos procedimientos ponen en riesgo los derechos de la persona, su libertad, sus valores y sus principios de dignidad y autoestima (Tortosa, Granell, Fuenmayor & Martínez, 2016; Cordero, Trigo, Pedraz & Rubio, 2015).

Burgueño Torijano (2015) define sujeción física a cualquier método utilizado en una persona que prohíbe su libertad de movimientos, actividad física o el acceso a su cuerpo y que no es posible de remover. Y la sujeción química al uso inadecuado de drogas psicotrópicas con el fin de reducir o controlar una conducta molesta.

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores desde 2004 difunde el programa Desatar al anciano y al enfermo de EA, formando a profesionales de residencias y acreditando centros libres de sujeciones. Consideran fundamental erradicar los centros que trabajan bajo esta modalidad. Los adultos mayores sufren la pérdida de funciones cognitivas, el funcionamiento físico, pérdida de continencia, entre muchas otras. La

sujeción física o química generaría entonces pérdidas evitables, limitando la independencia, el acceso a su cuerpo, la libertad de movimiento (CEOMA, 2017).

La sujeción se utiliza por parte de los trabajadores de la salud con fines ajenos a la protección del paciente. En ocasiones el cumplimiento de horarios estipulados, la supervisión de personas que deambulan y la atención de pacientes con excitación psicomotriz o verbal, entre otros panoramas posibilitan el uso inadecuado de sujeciones (Cordero et al., 2015). Retirar las sujeciones implica cambiar la cultura de cuidado, respetando los valores de los mayores y modificando métodos de trabajo. Numerosos estudios han comprobado que cuando se retiran sujeciones físicas y se reducen los fármacos a los estrictamente necesarios, se eliminan los pañales por incontinencia, se utilizan las barandas de la cama como medida a favor de la autonomía y movilidad, se reduce el uso innecesario de sillas de ruedas, entre otras intervenciones, el paciente mejora notablemente (Tortosa et al., 2016).

3.4. Atención gerontológica Centrada en la Persona

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque utilizado en servicios de larga estadía para guiar el cambio hacia un tratamiento deseable y favorecedor para los usuarios. Este abordaje pretende generar la transformación de los servicios, conscientes de que el modelo imperante de carácter hospitalario regido bajo una visión biomédica vinculado al déficit, la pluripatología de los adultos mayores y orientados hacia tareas asistenciales, no ofrece una adecuada calidad de vida a los residentes (Martínez Rodríguez, 2016).

El interés por la calidad en los servicios tuvo origen luego de la segunda guerra mundial. Surge desde el sector industrial con motivo de controlar y asegurar la calidad de los productos. Esto permitió establecer criterios técnicos que progresivamente abarcaron conceptos más amplios de calidad, entendiéndola como un proceso que implica a toda la organización. En esa evolución, fue necesario ampliar la mirada buscando la participación de trabajadores en la definición de calidad y entendiendo la satisfacción del cliente como un aspecto fundamental (Talavera Pleguezuelos, 1999).

Martínez Rodríguez (2011) sostiene que la calidad de la gestión y de la atención en servicios gerontológicos, dada su interacción, deben ser consideradas como las dos caras de

una misma moneda, siendo ambos niveles complementarios e irrenunciables. En términos de Maslow (2001), este fue uno de los retos más grandes que enfrentó la gerontología: dar respuesta a las necesidades del déficit sino también contemplar las necesidades de desarrollo del ser.

Este modelo de atención surge de la corriente humanística, más específicamente de Carl Rogers (1997), un psicoterapeuta que formuló por primera vez la Terapia Centrada en el Cliente. Esta corriente puso énfasis en conceptos como subjetividad, experiencia vital o construcción de significados. La contribución de este concepto teórico, Terapia Centrada en el Cliente o denominada no-directiva, sugiere la hipótesis central de que el individuo posee medios para la auto-comprensión y para el cambio del comportamiento autodirigido. La apuesta de llamar cliente al paciente otorga al sujeto la responsabilidad y libertad sobre el proceso terapéutico, como un agente activo en contraposición al paciente que mantiene una posición doliente y pasiva.

Tom Kitwood (1992) fue pionero en utilizar los lineamientos de la ACP en personas con demencia que vivían en residencias. El aporte más relevantes de Kitwood fue señalar que la comprensión del comportamiento debía involucrar más que el daño neurológico, es decir el estado de salud, el estado físico en general, pero también y no menos importante, su biografía e historia de vida, sus rasgos de personalidad y las características del entorno en el que se encuentre. Supuso una mirada innovadora en la atención de personas mayores y en especial, a quienes padecían demencia. Hasta el momento los enfoques clásicos de la geriatría y la atención en los servicios permanecían orientados a la patología. Kitwood insistió acerca de la expresión emocional y conductual en los cuidadores de la persona con demencia y demostró la necesidad de modificar actitudes. El autor define como “psicología social maligna” a la interacción negativa y poco comprensiva. Sugiere que esta interacción podría ser la causa de muchas alteraciones de conducta, que no son más que la forma que encuentra la persona con demencia de expresar malestar cuando sus necesidades psicológicas y sociales no están cubiertas (Kidwood, 1992, 1993).

Brooker & Surr (2005) han denominado Modelo Enriquecido de las Demencias al análisis de las necesidades en el cuidado de la persona con demencia. Entre ellas se encuentran, *generar confort*, que tiene que ver con ser cálidos y próximos a los demás, demostrar ternura, proximidad y preocupación por la persona. *Identidad*, que se refiere a

saber quién es uno mismo. *Apego*, que se define como la necesidad de la persona para formar vínculos o compromisos. *Ocupación*, necesidad que destaca cómo las personas con demencia continúan necesitando ser útiles y participar en actividades que para ellas sean significativas. *Inclusión*, que hace referencia a la necesidad de la persona con demencia de continuar sintiéndose parte de un grupo social, evitando en lo posible la soledad y el aislamiento que en muchos casos son características de la vida cotidiana de las personas con demencia.

El cuidado puede contribuir hacia una experiencia que genere bienestar. El abordaje de Atención centrado en la Persona pone énfasis en el apoyo y en las necesidades, comodidad, identidad, ocupación e inclusión que se construye en miras de un cuidado abarcativo. En otras palabras, se restablece la intersubjetividad para construir un ambiente en el que se sientan amados y esto permita experimentar estados emocionales positivos (Penrod et al., 2007).

Desde una perspectiva biomédica, las conductas asociadas a la demencia son interpretadas como resultado del daño cerebral y cambios neuroquímicos. Sin embargo, si se interpretan los comportamientos de la persona como síntomas de la demencia, las estrategias de intervención se centrarán en generar alivio. Desde esta perspectiva el tratamiento farmacológico sería eficaz, ya que es capaz de aplacar o eliminar tal comportamiento. Por el contrario, aquellos que promueven el modelo de ACP consideran que los síntomas conductuales son consecuencia de una necesidad insatisfecha y realzan la importancia de la interacción entre personal de la salud, entorno asistencia, familiar y social (Miravent, Fernandez Gamarra & Moliné Jorge, 2011).

Martínez Rodríguez (2016) ha diferenciado tres tipos de acepciones que subyacen a las distintas aproximaciones conceptuales y definiciones que han sido propuestas en cuanto a servicios gerontológicos. La ACP como enfoque, la ACP como modelo conceptualizador y la ACP como intervención. En miras de los objetivos del presente trabajo, desarrollaremos en profundidad esta última, la ACP como intervención.

La ACP como enfoque de atención hace referencia a la filosofía de la atención. Comprende un conjunto de principios que pretenden orientar la atención. Entre ellos, la dignidad de la persona, el reconocimiento de su singularidad, el respeto por sus decisiones y modo de vida, valores (Martínez Rodríguez, 2016). Tratar a las personas como individuos

implica aceptar que cada persona tiene una trayectoria y personalidad únicas, así como un determinado estado de salud física y mental, recursos sociales y económicos que condicionarán su respuesta ante la discapacidad neurológica. Adaptar una perspectiva de la persona con demencia implica reconocer que las experiencias de todas las personas tienen validez psicológica, que los que sufren una demencia actúan desde esta perspectiva, y que empatizar con ellos tiene un potencial terapéutico en sí mismo (Martínez Rodríguez, 2013).

En este sentido, es posible afirmar la existencia de un enfoque ACP común que incluye un conjunto de valores y enunciados que parten de una visión global y humanista de la persona y que incorpora a la práctica profesional basada en principios éticos del cuidado (Martínez Rodríguez, 2016).

Brooker ha formulado un modelo que denominó V.I.P.S en el cual propone cuatro elementos constitutivos de la ACP para demencia. La V se refiere a la valoración de la persona con demencia así como de los cuidadores, la I a la individualidad de cada persona, la P a la perspectiva de la persona con demencia y la S a un entorno social positivo donde el paciente pueda experimentar bienestar. La ACP como modelo de atención implica reconocer que toda vida humana se cimenta en las relaciones y que las personas con deterioro cognitivo necesitan un entorno social enriquecido que compense sus limitaciones y promueva oportunidades de crecimiento personal. En otras palabras, comprende asumir que cada persona es única, que su biografía es la razón esencial de su singularidad, que son sujetos interdependientes, multidimensionales y están sujetos a cambios, tienen derechos -a controlar su propia vida, ejercer su autonomía-, poseen fortalezas y capacidades (Brooker, 2004).

La ACP como intervención involucra prácticas, estrategias o técnicas afines con este enfoque. Algunos autores han utilizado la incorporación de trabajos con la biografía (May, Edwards & Brooker, 2009), las intervenciones desde la reminiscencia (Martínez Rodríguez, 2012), las técnicas de validación, la organización de la atención desde el bienestar y preferencias de las personas –modificación en la gestión de la institución (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2005) y distintas intervenciones ambientales dirigidas a propiciar un espacio hogareño y significativo (Regnier, 2012).

Acercas de las intervenciones por área, sobre el *descanso* el usuario podrá elegir los horarios para levantarse y acostarse, tomar una siesta, ver televisión o escuchar radio antes

de descansar, en relación a sus preferencias y hábitos pasados. Respecto del momento del *aseo personal*, podrá elegir la hora de aseo, la frecuencia de baño, temperatura del agua, formas de baño y productos preferidos. Cerrando la puerta del baño, evitando dejar desnudo al usuario innecesariamente, darle medios para que se cubra las zonas íntimas. En ocasiones los residentes presentan negativa al aseo y la causa suele ser la incomodidad que sienten en el proceso de duchado. Los momentos de baño implican por parte de los profesionales un mayor compromiso. La presencia, actitud y apoyo es mostrando calidez y empatía, respetando la privacidad y manejando adecuadamente los sentimientos de pudor. La *vestimenta y el arreglo personal*, el residente puede decidir que ropa vestir, como peinarse, el tipo de afeitado, utilizar su perfume habitual, maquillarse o no, entre otros gustos personales. La *alimentación* debe respetar las preferencias personales y a su vez estar adaptado a la prescripción médica. Los usuarios pueden participar activamente en el diseño y elaboración de sus menús. En relación al *desplazamiento y lugares de estar*, se debe respetar aquellos sitios especiales a donde el usuario le gusta estar y pasar tiempo. Las personas que deambulan libremente tienen riesgo de caerse. Por tal motivo se trabaja en lograr un equilibrio entre promover la independencia y la seguridad procurando entornos accesibles y seguros. El *cuidado respecto de la imagen personal* debe respetar sus gustos y estilo. En usuarios con deterioro grave suele ser importante, ya que garantiza continuidad con la identidad personal (Martínez Rodríguez, Díaz Veiga, Rodríguez & Sancho Castiello, 2015).

Tal como desarrollamos anteriormente, la ACP se ha convertido en un nuevo marco teórico que permite realizar avances sobre las experiencias subjetivas de los pacientes con demencia. Desde este enfoque la persona con demencia no es un agente pasivo en la recuperación, por el contrario se trabaja para dar sentido a esta nueva condición y activar mecanismos de afrontamiento. La calidad en el cuidado, en centros de larga estadía, es determinante para el usuario. Así como prestar atención a cómo se siente, fomentar la autonomía e independencia en cada situación (Martínez Rodríguez, 2013).

El objetivo de atención centrada en la persona, que emanan estas perspectivas sobre la demencia, es reconocer la personalidad y los gustos de las personas en todos los aspectos de su cuidado. Reconocer que la personalidad en la demencia se encuentre oculta, no implica que se haya perdido (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, teniendo como objetivo el análisis cualitativo de un caso único.

4.2. Participantes

El Sr. Melo tiene 95 años, de nacionalidad italiana, es residente de una institución especializada en demencias desde 2010. El paciente fue diagnosticado con DV en 2009. Se reporta deterioro cognitivo de aproximadamente 10 años de evolución que se habría acentuado en el año 2006 cuando comenzó un síndrome depresivo tras el fallecimiento de su esposa. Previo a esta internación, en septiembre de 2010, tuvo un episodio de agresividad (habiendo realizado importantes destrozos en su vivienda). Este fue el motivo por el cual el hijo decidió la internación. Hasta ese momento el paciente vivía solo en su departamento con una asistente diurna.

El Sr. Melo era empresario y comerciante. Es dueño de una empresa gastronómica y tiene hoteles. Tiene un hijo y es viudo. En cuanto a sus síntomas físicos, en la historia clínica se registró hipoacusia mixta de grado severo a profundo de carácter irreversible, cefaleas frecuentes, mareos, temblor, debilidad en miembros, trastornos visuales (usa anteojos). Tiene antecedentes de hipertensión arterial y hepatitis C.

4.3. Instrumentos

- Información presente en la historia clínica, informes neuropsicológicos anuales, informes semanales del equipo médico; psicóloga, terapeuta ocupacional, médica geriatra, psiquiatra y nutricionista, etc.
- Observación no participante en talleres de estimulación cognitiva con el paciente. Y observación participante en actividades individuales de interés con el paciente.
- Entrevistas semi-estructuradas al psiquiatra, neuropsicólogo, terapeuta ocupacional (TO) y directora médica. Las entrevistas tuvieron lugar una vez por semana en reuniones de equipo. Los ejes de las entrevistas: Datos relevantes del paciente, diagnóstico y evolución del paciente; particularidades del abordaje terapéutico y psicofarmacológico implementado por el equipo interdisciplinario. Intervenciones

realizadas desde el abordaje de ACP y su efecto en la evolución del cuadro; pautas de tratamiento y expectativas respecto de la evolución del paciente; intervenciones realizadas con el trabajo con la familia en el proceso de rehabilitación.

- Entrevista semi-estructurada a la asistente/cuidadora del paciente. Los ejes de la entrevista: particularidades del paciente en las AVD, percepción sobre el estado emocional y anímico.
- Informe neuropsicológico: Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) test de cribado para detectar disfunción cognitiva en pacientes con demencia.
- Informes de Terapia Ocupacional: Instrumento de valoración funcional Índice de Barthel (Mahoney 1965; Ferrín, González & Mejjide-Míguez, 2011) y Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria (EIAD, Bettina, Gismondi, Gomez & Sousa, 2014) estos instrumentos miden la capacidad de una persona para realizar AVD.

4.4. Procedimiento

A fin de conocer en profundidad el abordaje terapéutico de la institución, en un paciente de 95 años con Demencia Vascular, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas al psiquiatra, neuropsicólogo, terapeutas ocupacionales y directora médica las cuales tuvieron como objetivo conocer la historia clínica, el diagnóstico, evolución, abordaje terapéutico – intervenciones, talleres a los que asiste, mejorías y cambios observados- y psicofarmacológico. Dado que el paciente es usuario de la institución desde hace varios años, se utilizó un recorte del tratamiento y evolución del paciente en los últimos dos años. También se tuvo acceso a la historia clínica, informes neuropsicológicos anuales para detectar disfunción cognitiva e informes semestrales de terapeutas ocupacionales mediante los cuales se midió la capacidad del Sr. Melo para realizar actividades de la vida diaria. Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con la psicóloga, quien además es coordinadora de la institución, dado que en este caso en particular fue necesario hacer un trabajo con la familia en el proceso de adaptación del usuario a la residencia. Por otra parte, se realizaron entrevistas a la cuidadora del paciente quien asiste al Sr. Melo en las actividades diarias, ocupando el lugar de referente otorgando contención y asistencia en lo diario.

5. Desarrollo

5.1. Introducción

Dado el incremento de adultos mayores en nuestro país y con un elevado riesgo de tener un importante sector de la población con síndrome demencial, resulta de gran interés investigar acerca de la demencia, sus síntomas cognitivos, conductuales y funcionales, así como también métodos de abordaje eficaces que involucren otros factores determinantes a la hora de entender el comportamiento y bienestar de cada paciente.

La presente investigación tuvo lugar en un servicio gerontológico de larga estadía para adultos mayores especializado en demencia. La misma ofrece servicios de vivienda y asistencia integral adaptados al usuario, flexibilizando sus procedimientos y normas en relación a las necesidades individuales, permitiendo que los usuarios participen y planifiquen de forma activa, y en la medida de sus capacidades, su tratamiento. Abarca el cuidado de la salud como un concepto integral que involucra el acompañamiento en elecciones de la vida diaria y la promoción del encuentro interpersonal. Estos centros generan una mayor confianza de sus usuarios y por consecuencia mejor adherencia al tratamiento. Desde las distintas disciplinas se trabaja desde el modelo ACP el cual es considerado uno de los elementos de mejora de calidad de vida en adultos mayores. La ACP busca la personalización de la atención de un individuo singular constituido a través de su relación con los demás quien es agente central y activo de su recuperación y/o tratamiento (Rodríguez Martín et al., 2016). Desde sus inicios los profesionales analizaron las dificultades comunes del EA y otras demencias y diseñaron una propuesta que persigue el objetivo de promover independencia, dignidad y calidad de vida a los usuarios. Proporcionar atención de calidad trabajando sobre estas categorías contribuye directamente en la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo (Tilly & Reed, 2004). Desde el punto de vista arquitectónico se trabajó para lograr un equilibrio entre promover la independencia y procurar seguridad con entornos accesibles y seguros. La planta baja cuenta con un salón de usos múltiples en donde se realizan actividades de entretenimiento- bingo, cine, meriendas- un jardín con fines terapéuticos simulando veredas de la ciudad con fuentes de agua, zonas de descanso y huerta, y una sala de estar para recibir visitas de familiares. Tiene tres pisos, cada uno de ellos cuenta con pasillos interiores circulares permitiendo así la libre circulación de los usuarios lo cual evita la confusión de las personas

y orienta el recorrido. Las habitaciones son individuales, al ingreso de las mismas hay vitrinas en las que se colocan objetos personales significativos para ayudar al residente a reconocer su lugar. La residencia alberga 30 usuarios con demencia de grado medio a severo, los cuales son divididos en 3 grupos dependiendo del compromiso cognitivo y/o conductual. Dado que es una residencia de larga estadía, en tanto avanza la demencia los profesionales consideran el cambio de grupo de los usuarios dependiendo del desempeño en los últimos meses. Es la primera institución de América Latina certificada como Centro Libre de Sujeción. La sujeción química refiere al uso de fármacos psicotrópicos utilizados a fin de aplacar o disminuir los síntomas conductuales. Y la sujeción física se relaciona con el impedimento del movimiento y/o acceso libre a zonas de su cuerpo. Se utilizan con el justificativo de garantizar la integridad y evitar el riesgo de caídas en pacientes con agitación psicomotriz o wandering. A pesar de esto, se ha comprobado que cuando se retiran las sujeciones físicas y se reducen los fármacos a los estrictamente necesarios los pacientes mejoran (Tortosa et al., 2016).

5.2. Descripción del perfil neuropsicológico y conductual de un paciente con demencia vascular

El Sr. Melo tiene 95 años, de nacionalidad italiana, es usuario de una residencia especializada en demencias desde 2010. Realizó sus estudios primarios hasta 5to grado en Italia. A lo largo de su vida se desempeñó como comerciante; tiene empresa gastronómica y hoteles, de los cuales se ocupaba personalmente tiempo antes de la internación. Se reporta deterioro cognitivo de aproximadamente 11 años de evolución, que se habría acentuado en el año 2006 cuando comenzó un síndrome depresivo tras el fallecimiento de su esposa. Tres años después, en 2009 el paciente fue diagnosticado con DV. En septiembre de 2010, tuvo un episodio de agresividad, habiendo realizado importantes destrozos en su vivienda, motivo por el cual al día siguiente de este evento su hijo decide el ingreso de su padre a una residencia geriátrica. Hasta entonces el paciente vivía solo en su departamento con una asistente diurna. Guerra Hernández et al. (2011) aseguran que la mayoría de los pacientes con demencia tiene uno o más síntomas conductuales en su evaluación inicial. Suelen manifestarse en fases medias de la enfermedad, aunque en ocasiones son pródromos y en

general constituye un factor pronóstico para la institucionalización, siendo esta la causa más frecuente de asistencia en salas de emergencia e institucionalización prematura.

Como antecedentes médicos relevantes, en la historia clínica se registró, hipoacusia mixta de grado severo de carácter irreversible. Se reporta Síndrome Depresivo (2006) e hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna y hepatitis C. Estudios científicos han indicado que el factor de riesgo más relevante en la DV es la hipertensión arterial. Estos factores pueden producir enfermedades vasculares cerebrales produciendo injurias en el cerebro, y enfermedades en arterias grandes o pequeñas (Arizaga, 2011; Custodio et al., 2016). El paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico con quetiapina, memantina, amplodipina, dutasteride, enalapril y escitalopram.

El Sr. Melo se ha mantenido estable desde su ingreso a la residencia en funcionalidad y nivel cognitivo. Desde su ingreso pertenece al Grupo 1, el cual se caracteriza por ser el grupo de residentes que tienen menor compromiso cognitivo y funcional.

En relación a la familia, al hijo del Sr. Melo -al cual llamaremos Sr. D-, le resulto difícil tomar la decisión de institucionalizar a su padre. Y si bien, el paciente se encuentra hace 7 años en la residencia aún se trabaja con la familia para promover un encuentro positivo en el cual ambos, padre e hijo, puedan sentirse bien. En términos de Legault y Ducharme (2009) el proceso que realizan los hijos de adultos al institucionalizarlos se expresa en tres etapas, al principio el familiar busca generar confianza en los nuevos cuidadores, luego evalúa la calidad del cuidado y las respuestas que los profesionales puedan darle frente a las inquietudes y por último se integra con este nuevo contexto.

Por su parte, la psicóloga de la institución, hizo referencia al proceso de adaptación del usuario al servicio gerontológico, en el cual debía cumplir actividades, reglas, rutinas y procesos, que no estaba acostumbrado. En reiterados momentos y a lo largo de la vida las circunstancias exigen adaptación y acomodación a nuevos contextos. Sin embargo, los adultos mayores, en ocasiones no disponen de recursos necesarios para asimilar y afrontar nuevos contextos (Ramos Campos, 2002). La psicóloga relata “desde la institución se flexibilizaron procedimientos, normas y rutinas para adaptarlas al usuario. Luego del ingreso a la residencia, y durante varios meses, el Sr. Melo armaba su valija y pedía a las asistentes que avisaran a su hijo que lo viniera a buscar. En ocasiones esta situación venía

vinculada a momentos de angustia y llanto”. La reconstrucción del autoconcepto y la identidad reconoce la importancia de la autonomía en la vejez. En miras de esta realización, el adulto mayor sería un agente activo de cambio, auto validando su padecimiento y sintiéndose capaz de modificar la condición que sobre él se plantea (Iacub, 2003; Iacub & Arias, 2010).

Al poco tiempo de ingresar, el Sr. Melo conoció a María -usuaria de la residencia- a quien hasta el día de hoy (después de 7 años) considera su “mujer”. María tiene demencia tipo Alzheimer. Si bien se encuentra bajo tratamiento hace varios años, su deterioro ha sido progresivo. Ha perdido la capacidad de expresarse verbalmente, lo cual dificulta la comunicación con el Sr. Melo. Se observó, en ocasiones que el Sr. Melo se acerca a María, le habla, la acaricia y ella le sonrío o hace gestos. Han encontrado una forma de vincularse pese a las limitaciones. La psicóloga rememora que “en su momento, el equipo médico se planteó cómo manejar una relación de pareja en la residencia, lo conversamos con los familiares y decidimos conjuntamente que les hacía bien, eran plenamente conscientes de la relación que tenían, y el cuidado y amor que se demostraban resultaba benefactor en ambos casos”. En términos de Villar et al. (2005) que los adultos mayores generen relaciones interpersonales repercute sobre la salud física y mental pero además genera apoyo emocional que se traduce en bienestar psicológico. Los vínculos amorosos que promueven el bienestar permiten cuidar, comprender y compartir con otro, emociones, valores, gustos y actividades. La psicóloga refiere “en una ocasión, internaron a María y se ausento de la residencia por unos días. Tuvimos que contener al Sr. Melo que preguntaba en reiterados momentos del día por ella y además estaba decaído, angustiado”. En este sentido, Butman (2007) ha descrito las teorías de la cognición social, las cuales permiten comprender cómo es que los sujetos responden de manera adecuada frente a estímulos sociales y emocionales. Para eso sería necesario desarrollar habilidades como Teoría de la Mente y Empatía mediante las cuales el sujeto otorga estados mentales a uno mismo y a los demás, y es capaz de predecir o ponerse en el lugar del otro.

Se observó el vínculo cercano que establece el Sr. Melo con los demás residentes. Interactúa, charla y en momentos de almuerzo asiste a aquellos residentes con los que comparte la mesa. Respeta los tiempos de comida y no empieza hasta que todos tienen su

plato servido. Agradece y es amable con el personal que le sirve. A menudo, cuando me sentaba a hacerle compañía, presentaba a los comensales de la mesa diciendo “él es un amigo, somos buenos amigos...”.

En la entrevista con la asistente, la misma reporta que el Sr. Melo es una persona amable. Suele estar de buen humor y hace comentarios a los compañeros de mesa en momentos de almuerzo, merienda y cena. Y observa que “últimamente se lo observa más desconectado con el entorno, pero debe ser por su hipoacusia. A pesar de que no escucha, él habla con sus compañeros de mesa y hasta en ocasiones se enoja. Tiene mucho carácter, como buen italiano, cuando está de buen humor es un amor pero cuando se enoja, se enoja en serio”. Miravent et al., (2011) reconoce que los síntomas conductuales son consecuencia de una necesidad insatisfecha. Destaca la importancia de la interacción del usuario con el asistente o personal de salud, quienes interpretan los comportamientos y actúan en respuesta a ellos.

La asistente refiere que generalmente se encuentra orientado espacialmente, aunque presenta dificultades para orientarse temporalmente. Esta orientación fluctúa ya que por momentos, el paciente relata en presente experiencias pasadas. El Sr. Melo expresa “mi señora se fue antes de ayer, se fue porque tenía que hacer algo. Ella me ha enseñado cómo comportarse, porque la modalidad no es fácil tenerla, todo el mundo. No quiere ofender ni quiere quedar mal. Ahora están en casa, los tres. Mi suegro, la chica y el niño... Cuando entro a casa digo, ¿Dónde está el nene? Mi señora dice, -antes entrabas venías y me saludabas, ahora te vas directo a la cuna”. Se observó en los comedores y espacios en común la utilización de pizarras en donde escriben la fecha del día y efemérides. Así mismo los profesionales antes de iniciar la actividad saludan y mencionan la fecha del día y el lugar en el que se encuentran. En términos de Francés, et al., (2003) esta terapia se denomina Orientación a la Realidad y pretende mediante exposición repetida a información presente, reorientar en tiempo y espacio a personas ancianas en estado confusional.

La evaluación neuropsicológica permite conocer el perfil de funcionamiento de las funciones psicológicas superiores y como estas se relacionan con la actividad cerebral. Se estiman las habilidades conservadas, magnitud de la pérdida y sirven como parámetro para medir la evolución del deterioro en enfermedades neurodegenerativas (Ruiz Valverde,

2000). En la evaluación neuropsicológica del Sr. Melo en 2016 se reportan fallas en múltiples dominios cognitivos. En tanto las funciones ejecutivas se evidenciaron fallas en la capacidad para mantener una secuencia motora preestablecida, inhibir respuestas preponderantes, de responder frente a instrucciones conflictivas, así como fallas en su capacidad de abstracción. En la evaluación mediante el ACE-III, una técnica de cribado de funciones cognitivas, el rendimiento en una prueba que evalúa la amplitud atencional auditiva presentó valores deficitarios (Repetición de dígitos en orden directo). De esta manera, frente a la presentación secuencial de estímulos, la cantidad de los mismos que pueden ser procesados simultáneamente fue reducida, evidenciándose un span atencional disminuido. Cuando se requirió que dicha información fuera no sólo retenida sino también manipulada (memoria de trabajo), se observaron valores normales frente al material verbal (Dígitos Inversos; restas sucesivas). Dadas las limitaciones auditivas, cabe mencionar que la prueba se realizó con apoyo verbal-escrito para que el paciente lograra comprender la consigna. Respecto de la memoria se observaron dificultades en la memoria retrograda cuando se evaluó mediante la evocación de personajes relevantes en diferentes momentos históricos. No obstante, logró evocar personajes de época remota. En tareas simples de ACE-III presentó valores descendidos en recuerdo inicial. No se observó el efecto esperado de primacía ni de recencia, es decir, el recuerdo no tuvo relación con los elementos iniciales ni finales de la lista. En el proceso de aprendizaje logró retener información adicional, obteniendo cierto beneficio de la exposición repetida al material. Al momento de evocar espontáneamente a largo plazo la información evidenció valores deficitarios, sin lograr evocar ninguno de los elementos previamente aprendidos. En conclusión, se observaron fallas en la memoria respecto de la adquisición inicial de nueva información que luego se trasladan a la evocación a largo plazo y al almacenamiento. En lenguaje se observó habla fluente, con una normal articulación, volumen y prosodia extranjera (estas últimas propias de su lengua materna). En el lenguaje espontáneo la longitud de las frases se encontró conservada y presentó un discurso organizado, en ocasiones perseverativo en lo relativo al relato de su vida en Italia. Más allá de esto, se registraron algunas dificultades en la comprensión de las consignas de las tareas propuestas en su forma oral, pero dicha comprensión mejoró cuando las órdenes fueron presentadas en forma escrita. Esto podría relacionarse con su hipoacusia. En la repetición de palabras y frases, se observaron errores

fonémicos, la lengua materna del paciente impactó negativamente en el resultado de dichas tareas. Se observaron valores bajos tanto en tareas de fluencia verbal semántica como en aquellas de fluencia verbal fonológica. Se registraron dificultades en la lectura de palabras irregulares y extranjeras de uso frecuente, así como en la producción escrita. En la evaluación de funciones visuoperceptuales y visuoespaciales, el Sr. Melo presentó una adecuada identificación de letras incompletas y una adecuada dirección visual de la atención reflejada por un conteo de puntos, así como en tareas de copia de figuras. Finalmente, Longoria Ibarrola et al., (2016) señala que no existe en demencia vascular un patrón cognitivo específico esperable dado que depende de varios factores – lugar de la lesión, tamaño, tipo de infarto. Por este motivo en ocasiones resulta difícil diferenciar este perfil clínico de otros e imaginar la evolución del mismo.

El informe neuropsicológico sugiere considerar que el bajo nivel de educación formal, el idioma nativo del paciente y la dificultad para escuchar (hipoacusia) pudo haber afectado su rendimiento en la evaluación cognitiva haciendo que las fallas descritas aparenten una mayor severidad de la que en realidad tiene.

El DSM en su última versión (V) ha dividido el Trastorno Neurocognitivo Mayor y Menor. La diferenciación radica en la interferencia sobre actividades de la vida diaria- denominado nivel funcional- que genera el perfil cognitivo en la vida del sujeto. Esta clasificación asume que las dos variables involucran evidencias de un declive cognitivo significativo en mayor o menor medida (American Psychiatric Association, 2013). El perfil cognitivo del Sr. Melo se corresponde con un deterioro cognitivo moderado, con afectación de múltiples dominios cognitivos. No obstante, si se compara el perfil neuropsicológico del 2016 con el rendimiento en evaluaciones anteriores, se observa estabilidad e inclusive un mejor rendimiento en algunos dominios cognitivos.

5.3. Descripción de las intervenciones realizadas al paciente desde el modelo de Atención Centrada en la Persona

El Sr. Melo realiza actividades grupales de estimulación cognitiva 6 veces por semana. Las mismas tienen una duración de 45 minutos, en las cuales se estimulan diferentes funciones

cognitivas. Los grupos están formados por 10 usuarios, un miembro del equipo de asistentes designado por el equipo médico y un neuropsicólogo quien coordina la actividad. Los usuarios de la residencia están divididos en 3 grupos por nivel de deterioro cognitivo y funcional. La composición de los grupos en estimulación cognitiva, deben ser pensados en función de que posibiliten el trabajo individual que demandan las tareas cognitivas (Martínez Rodríguez, 2011). En ocasiones los usuarios son cambiados de grupo en tanto avanza el perfil cognitivo de la demencia. La directora médica refiere que el Sr. Melo se mantuvo estable desde su ingreso, con lo cual no ha sido necesario considerar el cambio de grupo. Dadas las características neurodegenerativas de los pacientes con demencia, el objetivo de la estimulación está orientado a enlentecer o detener el proceso de la enfermedad, mejorando los niveles de funcionalidad, rendimiento cognitivo y calidad de vida, fomentando en todo momento la independencia, resaltando los aciertos y comprometiendo al paciente a que tome un rol activo en su proceso terapéutico (Drake, 2006).

En palabras de la psicóloga “Fue necesario adaptar todos los talleres debido a la hipoacusia del Sr. Melo y que esto no represente una barrera en su proceso terapéutico. Tiene que ver con flexibilizar algunos procedimientos para adaptarlos al usuario. La atención centrada en la persona excede lo que pensamos como atención individualizada, tratar de personalizar el tratamiento a cada paciente. Tiene que ver también con que la persona pueda tomar decisiones sobre su tratamiento, en la medida de sus capacidades, gustos e intereses. Esto implica un cambio en como los profesionales pensamos el tratamiento”. En un estudio realizado por Langer y Rodin (1976) se observó que adultos institucionalizados que tenían poder de decisión y mayor autocontrol sobre sí mismos y sobre su tratamiento, correlacionaban con mejores índices de bienestar físico y emocional.

Las actividades de musicoterapia y arteterapia a las que asiste el Sr. Melo están orientadas a trabajar con material de la época a la que pertenecen los integrantes del grupo. También se tienen en cuenta gustos e intereses personales. La Terapeuta Ocupacional cuenta “al ingreso de cada paciente completamos una planilla sobre gustos, estilos musicales, comida preferida, comidas que no le gustan, hábitos, actividades que le resultan placenteras, lugares de vacaciones, historia familiar, composición de la familia con

nombres y edades e intereses en general. Este material es utilizado por todas las disciplinas a la hora de pensar y proponer actividades ya sea grupales o individuales”. La ACP reconoce que la personalidad en las demencias se encuentra oculta pero no se ha perdido. Reconocer, identificar y trabajar sobre los gustos de las personas es considerarlas en todos los aspectos de su cuidado (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008).

La asistente cuenta que el Sr. Melo disfruta de las actividades que involucran manualidades. Actualmente en arteterapia, están trabajando con puertas extravagantes y famosas de Latinoamérica, reconociendo y buscando la puerta que más se asemeje a la de su casa en la infancia. Por último, la arteterapeuta los invita a pintar la puerta y contar a sus compañeros alguna anécdota que recuerden de su casa de la infancia. En ocasiones, surgen recuerdos muy interesantes, llenos de detalle y emoción. En simultáneo, la musicoterapeuta presenta en su taller, canciones que guarden relación con lo trabajado en arteterapia- puertas, casas antiguas, lugares de la infancia-. Si bien son actividades diferentes se complementan para lograr un mejor resultado trabajando desde la reminiscencia. Francés et al., (2003) describe acerca de la Terapia de Reminiscencia desde la cual se trabaja con la memoria remota- la cual es menos sensible al deterioro cognitivo- trabajando en el presente sobre experiencias y vivencias pasadas.

Previo al ingreso de cualquier usuario a la residencia, la directora médica visita al paciente y familiar en su domicilio. En ese encuentro, se evalúa la posibilidad de que el paciente ingrese a la residencia de larga estadía, así como también se explican los procedimientos, abordaje terapéutico, visitas de familiares, horarios y actividades. Cabe destacar, que este encuentro sirve para conocer al paciente y su contexto. Desde esta perspectiva, los relatos de los pacientes y sus familiares son considerados un puente de unión entre el personal clínico, gestores y usuarios para individualizar los cuidados (Rodríguez Martín et al., 2016).

En el caso del Sr. Melo, la decisión de su ingreso fue precipitada, dado que debido a un episodio de agresividad en el cual realizo varios destrozos en su departamento, su hijo decide internarlo. Algunos autores, asumen que los síntomas conductuales suelen ser la causa más frecuente de institucionalización prematura y estrés en los cuidadores. La mayoría de los pacientes con demencia presentan este tipo de síntomas entrelazados con

rasgos de personalidad, enfermedades previas, nivel de tolerancia, factores psicológicos, entre otros (Bagnati, 2015; Guerra Hernández, Llibre Guerra & García Arjona, 2011).

Una vez que el adulto mayor se encuentra como residente de la institución, desde la misma, se ponen en práctica una serie de procedimientos orientados a la familia y al adulto mayor, con el fin de facilitar el proceso de adaptación institucional y la aceptación del anciano como parte del establecimiento. La psicóloga cuenta, “se trabajó con el hijo, el Sr. D, porque a él le generaba mucha angustia institucionalizar a su padre. Cada vez que lo venía a visitar se iba angustiado. Sentía culpa”. El cuidado de una persona con demencia afecta a la persona que la padece como a su familia, en especial al cuidador familiar. El proceso que se vive es generalmente largo y complejo, y tiende a generar sobrecarga y desgaste de este cuidador. Se ha documentado que ser cuidador de un familiar con demencia repercute en la calidad de vida y afecta de manera negativa la capacidad de cuidado (Espín Andrade, 2012). Entender la complejidad de este fenómeno es el primer paso para que los profesionales afines identifiquen las necesidades de apoyo, con el fin de intervenir y brindar un cuidado más adecuado (Arias Rojas, Sánchez & Carrillo, 2015).

El equipo interdisciplinario de la institución sugirió al Sr. D que retire a su padre una vez por semana, siempre y cuando el usuario se encuentre en condiciones de salir, y lo acompañe a visitar su restaurante, tomen un café y vuelvan a medio día. Esta intervención pretende promover el encuentro del Sr. Melo con su hijo, con sus empleados en un contexto laboral familiar, así como también contribuir sobre la percepción de control que tiene el sujeto de sus bienes materiales y vinculares. La percepción de control tiene mucho que aportar sobre la salud de los ancianos institucionalizados ya que en ocasiones estos dispositivos incrementan la pasividad generando una sensación de poco control de sí mismo, aislamiento social o red de contención (Ramos Campos, 2002).

Desde la institución, se organizan salidas a almorzar a un restaurante cercano. Las mismas son coordinadas por la psicóloga y se realizan con grupos reducidos de residentes. La psicóloga cuenta “tenemos un restaurante al que vamos siempre. Coordinamos con el restaurante algunas pautas, no nos cobran en el momento ya que esto puede generar incomodidad para los residentes que no disponen de dinero. Nos reservan una mesa en un lugar de fácil acceso y cómodo, entre otras cosas. Los grupos se piensan y organizan en

función de que la salida resulte agradable. A veces nos sucede que pensamos un grupo y llegado el día el paciente no tiene un buen día o no tienen ganas de salir”. La ACP como filosofía de atención destaca la dignidad personal, reconoce la singularidad del sujeto – aquello que lo hace único- respeta sus decisiones, modo de vida y valores (Martínez Rodríguez, 2016).

La TO cuenta, respecto de la alimentación, que se respetan los gustos y preferencias personales siempre y cuando este adaptado a la prescripción médica. En cocina siempre hay una opción B, en caso de que a algún usuario no le guste la comida del día. En ocasiones, esto se puede prever- por ejemplo al Sr. Melo no le gusta la carne en algunas formas de presentación- pero a veces queda sujeto a que ese día no tienen ganas de comer esa comida, con lo cual en el momento se avisa a cocina y les hacen otra comida. La terapeuta refiere “cuando los observamos inapetentes, se modifica la secuencia de presentación de la comida. Se sirve primero, el plato principal y luego la entrada. Nos aseguramos que coman una comida fuerte. Luego se sirve el postre, que por lo general no es rechazado”.

La psicóloga relata que el Sr. Melo se afligía cada vez que le servían la comida por no tener dinero para darles propina a las asistentes. En ese caso, se implementó el uso de billetes falsos y una billetera que el Sr. Melo tenía a su disposición. Los gestores de salud deben prestar atención a cómo se siente, así como fomentar la autonomía y promover conductas habituales en la historia de vida de ese sujeto en particular (Martínez Rodríguez, 2013).

Se observó, que los usuarios de la residencia, comienzan su día, haciendo lectura de diarios con los profesionales. En dicha actividad el Sr. Melo es ubicado al lado del lector, a fin de que su hipoacusia no resulte una barrera en la actividad y pueda leer en el diario, las noticias que son contadas al resto de los residentes. Francés et al., (2003) explica que comenzar debatiendo sobre noticias actuales permite orientarlos en tiempo y espacio así como darles un panorama de lo que sucede actualmente.

Los sábados por la tarde realizan actividades de entretenimiento –bingo y karaoke-, en esta actividad una asistente se sienta al lado del Sr. Melo y le escribe los números que salen en el bolillero. Las intervenciones que buscan fomentar la autonomía e independencia resultan determinantes para el usuario en su bienestar y recuperación (Martínez Rodríguez, 2013).

La Terapeuta Ocupacional relata que dada la ocupación del Sr. Melo, el cual ha tenido restaurantes, se propuso una actividad en la que el residente participe activamente en el diseño y elaboración de los platos en la cocina. Tal es así que el Sr. Melo realiza actividades gastronómicas dos veces por semana con la supervisión de la TO. La necesidad de ser útil y participar en actividades que resulten significativas, implica reconocer la personalidad y los gustos de las personas en todos los aspectos de su cuidado (Brooker & Surr, 2005).

Por otro lado, la TO ha indicado procedimientos específicos en el manejo del residente en su dormitorio. A la noche luego de acostar al Sr. Melo, guardar su calzado en el placard. Dejar sus ojotas cerca de su cama, por si se levanta al baño. Respecto del aseo personal, la asistente cuenta que al ingreso el Sr. Melo requería recordatorios e insistencia de otros para su higiene personal. Frente a esta dificultad, se ha identificado que el rechazo al baño tenía que ver con la incomodidad de desnudarse frente a otro, por lo cual el Sr. Melo lo asiste en el baño siempre la misma persona, quien mediante calidez y apoyo genero empatía con el usuario. Frente al pudor de salir desnudo de la ducha se ha implementado el uso de la bata de baño. A pesar de que el Sr. Melo se baña con la supervisión de una asistente, es autoválido y realiza su aseo de forma independiente. Respecto de la vestimenta y el arreglo personal, el residente decide que ropa vestir, usa su perfume habitual y asiste una vez por semana a la peluquería de la residencia para cortarse el pelo. Resulta relevante garantizar la continuidad de la identidad personal (Martínez Rodríguez et al., 2015). Desde estas intervenciones se puede observar lo que Brooker (2004) ha denominado como elementos constitutivos de la atención centrada en la persona con demencia – llamado modelo V.I.P.S. Este modelo invita a asumir la valoración de la persona con demencia y de los promotores de cuidado, la atención individualizada en el amplio sentido de la práctica profesional, la perspectiva de la persona con demencia y un entorno social positivo.

5.4. Descripción y análisis de las mejoras observadas a partir de las intervenciones en el último año

En la historia clínica del Sr. Melo se repite, en los informes de las diferentes disciplinas médicas, que es un paciente estable. Dicha descripción refiere a que el paciente se ha

mantenido constante en tanto funciones cognitivas, nivel funcional y conductual desde su ingreso hasta la actualidad (2017). La directora médica cuenta “desde el ingreso del Sr. Melo a la residencia hasta la actualidad no fue necesario considerar el cambio de grupo. Pertenece al grupo que menor compromiso cognitivo tiene”. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha definido la demencia como un síndrome adquirido que afecta al cerebro de naturaleza crónica o progresiva. Utilizar el término “progresivo” supone perfiles cognitivos que declinan en tanto avanza la enfermedad (OMS, 2013). Frente a este panorama y asumiendo que la demencia es neurodegenerativa, se han diseñado programas de estimulación cognitiva orientados a la salud del anciano, involucrando hábitos y tradiciones conformes a la población a la que va dirigida (Ramos Campos, 2002)

Al comparar el rendimiento del Sr. Melo en pruebas de screening general como el ACE-III, realizadas en 2016 y 2017 se observan valores estables e inclusive mejoría en algunos dominios cognitivos. Los valores obtenidos en el ACE III 2016 fueron 38/100. En la misma evaluación un año después (2017) obtuvo 43/100. Esta mejoría fue observada en funciones ejecutivas especialmente en la capacidad de responder frente a situaciones conflictivas, en el control inhibitorio motor, memoria de trabajo verbal y en la capacidad de abstracción. Sin embargo en memoria se mantienen las dificultades observadas en la evaluación anterior. En líneas generales en lenguaje se evidencian valores estables, aunque mayor dificultad en fluencia verbal fonológica y cierta mejoría en fluencia semántica. Aunque es difícil de determinar, existen posibilidades de que la participación del Sr. Melo en actividades desafiantes de estimulación cognitiva active procesos cognitivos básicos y esto mejore el rendimiento en algunas funciones cognitivas. Las actividades de estimulación cognitiva están organizadas con el objetivo de estimular funciones cognitivas – memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas- y exigen al cerebro que se activen circuitos y redes neuronales, es decir ponen en marcha distintas combinaciones y organizaciones de los procesos y subsistemas, promoviendo una estimulación global que trasciende los componentes específicos de las funciones cognitivas (Martínez Rodríguez, 2011).

Dada la hipoacusia del Sr. Melo, la importancia del lenguaje no verbal en este paciente resulta primordial. Las asistentes miran a los ojos al paciente, pronuncian su nombre,

asegurándose su atención. Mantienen el contacto visual con él, se colocan delante y a su misma altura, de manera que le vea la cara. Cada profesional desde su rol, aprendió a comprender qué transmiten las expresiones faciales del Sr. Melo y procuran ser expresivos con sus gestos. En la década del 90' Kitwood destacó la importancia de la expresión emocional y conductual de los cuidadores de personas con demencia. Y demostró la importancia de trabajar sobre lo que él denominó "psicología social maligna" llamando así a la interacción negativa y poco comprensiva entre el cuidador y los pacientes (Kitwood, 1992, 1993).

En las actividades, las consignas son presentadas de forma escrita mientras que el resto del grupo las recibe en forma oral. Las propuestas de los talleres están planificadas de un modo personalizado, dependiendo de los intereses y gustos del grupo. Las técnicas tienen como objetivo generar motivación, así como adaptar y facilitar su ejecución en función de las capacidades de cada persona. Las intervenciones desde ACP, implican reconocer que algunos usuarios necesitan un entorno social enriquecido que compense sus limitaciones y promueva oportunidades de crecimiento personal (Booker, 2004). Esto genera que el usuario se comprometa con su tratamiento, participe de las actividades y desafíos que los profesionales le proponen con objetivo de enlentecer o detener el avance de la enfermedad, mejorando su nivel funcional y su rendimiento cognitivo (Drake, 2006).

Las intervenciones realizadas respecto de baño y alimentación, desde terapia ocupacional en conjunto con la psicóloga y llevadas a cabo por la asistente, permiten estimular la funcionalidad del usuario. En términos de Ramos Campos (2002) se entiende funcionalidad como la capacidad de hacer, moverse en su entorno, realizar tareas de autocuidado y aquellas conductas o hábitos que permitan la independencia y la relación social. La salud funcional en la vejez surge de la interacción de tres áreas: salud física, estado cognitivo y/o afectivo, y situación social.

La TO refiere que las modificaciones en el procedimiento de aseo personal -uso de bata, la misma asistente con la cual generó empatía y confianza, entre otras intervenciones descritas en el apartado anterior- permitieron que el residente tenga un desempeño adecuado en el uso del conocimiento para elegir, usar, sostener y comprender los pasos de la actividad de baño. En cuanto a la organización temporal, es asistido para iniciar la

actividad pero logra continuar, secuenciar y finalizar sin ayuda. El residente no presenta actualmente (2017) trastornos conductuales durante el baño y de hecho disfruta la actividad. En miras de una atención abarcativa, el cuidado de las personas con demencia debe contribuir hacia una experiencia que genere bienestar, modificando procedimientos para la comodidad del usuario (Penrod et al., 2007).

Tanto las salidas grupales del Sr. Melo a almorzar con su grupo, como las salidas del Sr. Melo a su empresa gastronómica con su hijo, han sido intervenciones que permitieron disminuir la angustia del hijo del usuario, así como también constituyen un estímulo que propicia la comunicación y motivación, canalizando emociones que en última instancia repercuten sobre la percepción de la calidad de vida. Dar lugar a la intersubjetividad construyendo ambientes que los tengan en cuenta, en los cuales se sientan escuchados y amados, y esto en última instancia permita experimentar estados emocionales positivos ((Penrod et al., 2007; Tobaruela Gonzalez, 2007). Por otro lado, compartir el espacio con otros, genera vínculos interpersonales que resultan favorecedores. Generar relaciones interpersonales y disponer de apoyo instrumental y emocional, se asocia con mayores niveles de bienestar psicológico (Sánchez Vera & Bote Díaz, 2007; Villar et al., 2005).

La valoración funcional permite a los profesionales de la salud establecer un pronóstico, un plan de cuidado y evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas (Sánchez & Gregorio, 2006). El deterioro funcional suele ser el síntoma que más afecta al paciente. La pérdida de funciones para desenvolverse adecuadamente en su cotidianeidad no solo genera angustia y sobre carga en el cuidador sino que es considerado uno de los motivos de ingreso a los servicios gerontológicos de larga estadía (Fuentes, 2008; Loewenstein et al., 1995).

Con el objetivo de conocer el nivel de desempeño funcional del residente, cada 6 meses y ante ocasiones especiales que generen un cambio se administran Índice de Barthel y Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria (EIAD). El instrumento de valoración funcional Índice de Barthel indica que el Sr. Melo es independiente. El puntaje en 2016 es 100/100 y en 2017 el puntaje es 100/100. Se observa estabilidad respecto de las actividades básicas de la vida diaria ya sea comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso de retrete, bañarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de

heces y control de orina. Con motivo de evaluar la funcionalidad del Sr. Melo respecto de actividades de la vida diaria, los profesionales de Terapia Ocupacional administran el EIAD, el mismo indica el nivel de independencia que tiene el paciente. Se comparó el desempeño en 2016 y 2017. El puntaje en EIAD del Sr Melo es 46/60 en 2016 y 51/60 en 2017. Esta mejoría se debe a que respecto de la dimensión aseo –lavado de cara, manos e higiene bucal- actualmente el Sr. Melo realiza todas las actividades de manera independiente, contando con supervisión para fomentar seguridad y ordenar el ambiente en caso de ser necesario. Mientras que en 2016 era asistido para realizar actividades de higiene bucal. En la dimensión toilette en 2016 el Sr. Melo presentaba dificultad en acomodarse la ropa luego de la micción, lo cual fue trabajado por la asistente para que refuerce verbalmente y compense de manera visual la acción. Esta intervención generó que el Sr. Melo en 2017 ejecute la actividad independientemente. Respecto de la alimentación, se informa que el paciente realiza las acciones pertinentes para llevar a cabo el acto de alimentación, sostiene habilidades cognitivas y motrices. Presenta negativa a las carnes con frecuencia, por lo que se aborda desde distintas presentaciones para lograr la ingesta completa. Ha mejorado considerablemente su aceptación a las carnes siempre que se presentaron de forma colorida e hidratadas. En tanto movilidad mantiene una deambulaci3n funcional sin adaptaciones. Se observa mejoría respecto de traslados dentro del hogar localiza destinos –su piso, habitaci3n y ascensor- a los que quiere arribar, reconoce diversos ambientes de la instituci3n, vence barreras utilizando soportes ambientales. En 2016 el Sr. Melo era asistido con evocaci3n y localizaci3n de destino cuando el traslado implicaba dirigirse a una actividad. Respecto del ba3o en 2016 el usuario era asistido en lavado de cabeza, enjuague y secado. En 2017 se reporta que la actividad que se realiza bajo supervisi3n para promocionar seguridad. Se disponen los materiales y elementos que el Sr. Melo tiene usar y el ejecuta la actividad de manera independiente. Recibe asistencia en el alcance de la bata y toalla por seguridad. En relaci3n a las actividades de vestido el Sr. Melo ejecuta el acto de vestirse de manera independiente. Recibe asistencia para separar ropa usada de ropa limpia y para seleccionar muda de ropa diaria. En lo que refiere a continencia urinaria el usuario se mantiene continente -diurno y nocturno.

6. Conclusión

El presente trabajo de integración final fue llevado a cabo en una residencia especializada en demencia para adultos mayores. La residencia fue diseñada para estimular la independencia del usuario teniendo en cuenta características propias del deterioro cognitivo, abarcando el cuidado de la salud como un concepto integral que involucra el acompañamiento en elecciones de la vida diaria y la promoción del encuentro interpersonal.

El interés por la temática surge a raíz de la tendencia mundial del envejecimiento poblacional; producto de la transición demográfica y epidemiológica, sumado al incremento de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez. Frente a esta realidad, algunos autores, invitan a reflexionar acerca de dos opciones; aliviar el sufrimiento y aceptar la extensión de la vida o permitir una inmensidad de sufrimientos evitables por el hecho de prolongar la vida. El único curso razonable es el primero, aliviar el sufrimiento y aceptar la extensión de la vida, es decir ser capaces de asegurar vidas largas más sanas. Trabajar sobre ese objetivo y empezar a prevenir la enfermedad tan pronto como sea factible (Gems, 2011). En concordancia, la calidad de gestión y la atención en servicios gerontológicos, dada su interacción, deben ser consideradas como las dos caras de una misma moneda, siendo ambos niveles complementarios e irrenunciables (Martínez Rodríguez, 2011). Este fue uno de los retos más grandes que enfrentó la gerontología, dar respuesta a las necesidades del déficit y contemplar las necesidades de desarrollo del ser (Maslow, 2001). En esta perspectiva, la ACP realizó aportes relevantes hacia la comprensión del comportamiento más allá del daño neurológico. Se enfocó en el estado de salud físico en general pero también y no menos importante, en su biografía e historia de vida, rasgos de personalidad y características del entorno, enfatizando sobre el apoyo y las necesidades, comodidad, identidad, ocupación e inclusión. El fin último del abordaje terapéutico, sería propiciar un cuidado abarcativo en el cual el residente sea un agente activo en su recuperación contribuyendo hacia una experiencia de bienestar (Kitwood, 1992; Penrod et al., 2007).

En cuanto a los objetivos del presente trabajo, se describió el abordaje de un paciente con DV residente de la clínica, desde el modelo Atención Centrada en la Persona. Se considera que los objetivos han sido cumplidos de forma satisfactoria. Para ello fue necesario participar en las diferentes actividades propuestas por la residencia las cuales

permitieron tomar conocimiento y realizar un seguimiento adecuado. Asimismo, se recabó información de las evaluaciones neuropsicológicas del paciente, evaluaciones de terapia ocupacional en donde se evaluó la capacidad funcional e índice de calidad de vida, entrevistas al equipo interdisciplinario e historia clínica, las cuales permitieron tomar conocimiento del funcionamiento previo y actual del paciente e intervenciones realizadas por los profesionales.

En cuanto a los objetivos específicos, se desarrolló el perfil neuropsicológico y conductual del Sr. Melo en 2016. El perfil cognitivo se corresponde con un deterioro cognitivo moderado, con afectación de múltiples dominios cognitivos. Si bien la presencia de síntomas conductuales resultó el factor desencadenante de internación hace 7 años, actualmente no se reportan síntomas conductuales de gravedad. Frente a determinados acontecimientos – internación de María- se lo observó lábil emocionalmente. Dada la intensidad y el momento de aparición del síntoma no puede considerarse este un rasgo estable.

En relación al segundo objetivo específico, se detallaron intervenciones realizadas al paciente desde el modelo de atención centrada en la persona. Se realizaron actividades de estimulación cognitiva grupales orientadas hacia el desarrollo interpersonal, la estimulación de las funciones cognitivas preservadas orientadas a enlentecer el proceso de la enfermedad, poniendo en marcha distintos sistemas y llevando a cabo una estimulación global que trasciende los componentes específicos estimulados, mejorando los niveles de funcionalidad y calidad de vida. El Sr. Melo asistió a actividades de musicoterapia y arteterapia incorporando trabajos con la propia biografía (May, Edwards & Brooker, 2009) teniendo en cuenta gustos e intereses personales y dando lugar a la expresión de recuerdos, anécdotas y vivencias desde la reminiscencia (Martínez, 2012). Los profesionales de la institución, trabajaron constantemente flexibilizando sus procedimientos y normas en relación a las necesidades individuales, permitiendo que los usuarios participen y planifiquen de forma activa, y en la medida de sus capacidades, su tratamiento. Estas modificaciones se observaron en cambios en la alimentación y procedimiento en aseo personal del Sr. Melo llevadas a cabo por las asistentes y supervisadas por las terapistas ocupacionales de la institución (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2005). Dada la ocupación del Sr. Melo en gastronomía, se realizaron actividades de cocina en las que

participó en el diseño y elaboración de los platos. Se involucró a la familia del usuario permitiendo un puente de unión en el que profesionales, familiares y el propio usuario trabajaron en conjunto hacia el bienestar (Rodríguez Martín et al., 2016). Esto permitió que el usuario tome un rol activo en su proceso terapéutico.

Por último, se describieron y analizaron las mejoras que se observaron a partir de las intervenciones en el último año (2017). El estudio se ha dirigido a analizar dos tipos de efectos, los cambios en el funcionamiento cognitivo y conductual, y los cambios en relación a su nivel funcional y las AVD. El Sr. Melo se ha mantenido estable tanto en funciones cognitivas, nivel funcional y conductual desde la evaluación anterior (2016) hasta la actualidad (2017). Inclusive en funciones cognitivas se observaron mejorías en algunos dominios que se expresan en la puntuación en pruebas de screening cognitivo (ACE III). Respecto de la valoración funcional del paciente las escalas EIAD e Índice de Barthel, indican que el paciente se ha mantenido estable y es independiente en las actividades la vida diaria.

En función de los datos obtenidos se observaron resultados favorables en la implementación de intervenciones desde el modelo de ACP observados el funcionamiento cognitivo y conductual del paciente así como en la valoración funcional y las AVD. A pesar de las mejorías observadas en el paciente y dado los instrumentos utilizados, no es posible establecer que dichas mejorías se deban estrictamente a las intervenciones descritas.

Distintos autores y corrientes de pensamiento vienen formulando estrategias del buen envejecer. La atención centrada en la persona, ofrece una mirada sobre cómo lograr este gran reto. Desarrollar la autonomía de las personas, una atención personalizada, abandonando la idea de que el profesional es el único experto quien toma las decisiones, reorganizando los equipos de atención donde todos asuman nuevos roles, integrando prácticas o actividades basadas en la evidencia que resulten un beneficio terapéutico. Tanto el diseño arquitectónico como los espacios físicos de las residencias deben permitir y promover la independencia generando entornos accesibles y seguros. La ACP como modelo de atención implica reconocer que toda vida humana se cimenta en las relaciones y que las personas con deterioro cognitivo necesitan un entorno social enriquecido que compense sus limitaciones y promueva oportunidades de crecimiento personal. (Brooker, 2004). Se trata entonces de un modelo que apuesta a seguir adelante con la vida contando con apoyos y

servicios que les permitan desarrollarse dignamente, respondiendo a las necesidades de atención en concordancia con los valores, preferencias y decisiones.

En lo que respecta a las limitaciones de la práctica y dado que es un modelo de atención innovador que recién se está instalando en nuestro país en ocasiones las intervenciones desde este abordaje surgen por intuición profesional más que por tratar de seguir las indicaciones de dicho modelo. En términos de los profesionales de la institución, “nosotros estábamos haciendo ACP sin saber que era ACP”. El hecho de que aún hoy, el modelo sea nuevo implica sentarse a repensar si las decisiones, intervenciones y procedimientos se están realizando de manera adecuada. Probablemente esta residencia, sea una de las tantas que pretende acercarse al modelo de atención centrada en la persona, a pesar de ello, aún queda mucho por hacer.

En cuanto al acceso de material bibliográfico no se encontraron limitaciones, se encontró material reciente acerca de las teorías y autores vigentes, así como también se realizó una revisión histórica. Se accedió libremente a las instalaciones de la residencia, historia clínica, evaluaciones del equipo interdisciplinario, así como observaciones del usuario en las actividades propuestas y entrevistas a los profesionales que con predisposición respondieron a las inquietudes que de esta investigación surgieron.

Resultó un impedimento estimar un perfil cognitivo esperable en esta demencia – demencia vascular- ya que está sujeto al tipo de lesión y lugar de localización. En la revisión bibliográfica no se encontró una investigación similar dado que los perfiles cognitivos en demencia vascular son diferentes.

Esta práctica ha generado en lo personal algunas reflexiones. Cabe concluir que en asuntos de la atención la apuesta ha de ser clara e inequívoca, avanzar hacia un modelo que este orientado en la persona y en su bienestar cotidiano, calidad de vida. Orientado no solo a sus necesidades básicas deducidas a través del déficit sino dirigido a respetar preferencias y los deseos de las personas, que aun a pesar de precisar cuidados y apoyos siguen teniendo el derecho y la necesidad de seguir controlando su vida. Todo ello conducido a través de un modelo de gestión, acorde a estos objetivos, que se ubique como un instrumento o un medio y no acabe convirtiéndose en un fin en sí mismo. Este es un modelo imperante en España en donde ha identificado que trabajar sobre la atención del cuidado resulta primordial. En nuestro país, es nuevo y todavía se observa cierta reticencia a ponerlo en

práctica. Sin embargo, numerosos estudios pretenden demostrar que bajo este modelo de atención se logran grandes mejorías. Empoderar a las personas mayores, poniendo los medios necesarios para que puedan llevar adelante sus proyectos, supone crear entornos que las tengan en cuenta.

Finalmente cabe destacar que los temas y objetivos que plantea la ACP relacionados con la personalización de la atención y la importancia de la vida cotidiana, están abriendo interesantes vías de trabajo en neurociencias en general y en neuropsicología en particular en el campo de las demencias.

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Arias Rojas, M., Sánchez Herrera, B., & Carrillo, G. M. (2015). Apoyo al cuidador familiar en el proceso de institucionalizar a un ser querido con demencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(2).
- Arizaga, R. (2011). La problemática del deterioro cognitivo y demencia. En R. Arizaga, *Deterioro Cognitivo y Demencia* (pp. 9-14). Buenos Aires: Polemos.
- Bagnati, P. (2015) Trastornos conductuales en demencias. En *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias*, 88.
- Bagnati, P. M. (2003). ¿Qué es la demencia? En P. M, Bagnati, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud*. Buenos Aires: Polemos.
- Bataller, S. B., & Moral, J. (2006). Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika*, 22(5), 179-185.
- Bettina Roumec, Mariana Gismondi, Andrea M. Gomez, Leandro Sousa. (2014). Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria: validación y correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Neurología Argentina*. 6 (3)137-141.
- Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., & Ames, D. (2014). Predictors of institutionalization in dementia: a three year longitudinal study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 40 (1), 221-226.
- Brooker, D. & Surr, C. (2005). *DCM: Principles and Practice*. Bradford: Univeristy of Bradford.
- Brooker, D. (2004). What is person centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215-222.
- Burgueño Torijano, A. (2015). Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia. *Revista electrónica de Psicogerontología*, 2 (1), 46-64.
- Burin, D., & Duarte, A. (2005). Efectos del envejecimiento en el ejecutivo central de la memoria de trabajo. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 6, 1-11.

- Burin, D., Drake, M. & Harris, P. (2007) Evaluación Neuropsicológica en Adultos. Buenos Aires: Paidós.
- Burrell, J. R. & Piguet, O. (2015) Lifting the veil: how to use clinical neuropsychology to assess dementia. *Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 86 (11).
- Calleja, O. J. A., Lozano, D. M. E., Osio, F. Y., & Olivares, L. A. M. (2016) Opciones de atención para pacientes con demencia. En: M. E. Alonso Vilatela, A. L. Sosa Ortiz & Z. Trujillo De los Santos, Visión actual de las demencias. *Revista Archivos de Neurociencia*, 21 (1), 131-139.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (2017). ¿Qué significa ser un centro libre de sujeciones? Recuperado de <http://ceoma.org/desatar/centros-libres-de-sujeciones/que-significa-ser-centro-libre-de-sujeciones/>
- Cordero, P. R., Trigo, J. A. L., Pedraz, H. M., & Rubio, J. M. P. (2015). Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(1), 35-38.
- Corona Vázquez, T. (2016). Visión actual de las demencias. *Revista Archivos de Neurociencia*, 21 (1), 1- 4.
- Custodio, N., Montesinos, R., Alva-Díaz, C., Mejía-Rojas, K., Becerra-Becerra, Y., & Lira, D. (2016). Nuevos términos clínicos, prevención y tratamiento del trastorno cognitivo vascular: revisión de literatura basada en la evidencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79 (3), 152-165.
- Del Barrio, E. & Abellán, A. (2009): Indicadores Demográficos, en Díaz Martín (Coord.). *Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008* (1). Madrid: IMSERSO.
- Drake, M.A. (2006). Rehabilitación neuropsicológica en la Enfermedad de Alzheimer. En: Arango Lasprilla, J. C. A, *Rehabilitación neuropsicológica*. México: Manual Moderno.
- Edvardsson, J. D., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 344-353.
- Espín Andrade, A. M. (2012) Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (3) 493-502.

- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (3), 383-403.
- Fuentes, P. (2008). Funcionalidad y demencia. *Revista Hospital Clínico Universidad Chile*, 19, 324 – 9.
- Gems, D. (2011). Aging: to treat, or not to treat? *American Scientist*, 99 (4), 278-280.
- Guerra Hernández, M., Llibre Guerra, J. & García Arjona L. (2011). Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. *Panorama Cuba y Salud*, 6 (3) 20-25.
- Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 242-250.
- Iacub, R. & Arias C. J. (2010). Josefina El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (2) 25-32 .doi:10.5460/jbhsi.v2.2.26787
- Iacub, R. (2003). La Post-Gerontología. La política de las edades. *Revista de Trabajo Social Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social*, 8, 12, 31-40.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. Recuperado de <http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (2015). *Población e inclusión social en la Argentina del Bicentenario : Indicadores demográficos y sociales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : INDEC.
- Izquierdo, A. (2001). Envejecimiento cerebral normal. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2 (4), 197-202.
- Jurado, M. B., Matute, E. & Rosselli, M. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, (1), 23-46.
- Kim, S. K., & Park, M. (2017). effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 12, 381.
- Kitwood, T. (1992), Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*, 22, 34-38.
- Kitwood, T. (1993) Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 541-545.

- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 574-580.
- Langer, E. J & Rodin, J. (1979). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Personality and social psychology*, 34 (2), 191.
- Lee, A. Y. (2011). Vascular dementia. *Chonnam medical journal*, 47(2), 66-71.
- Legault, A. & Ducharme, F. (2009). Advocating for a parent with dementia in a long-term care facility: the process experienced by daughters. *Journal of Family Nursing*, 15 (2) 198-219.
- Loewenstein, D., Duara, R., Rubert, M., Arguelles, T., Lapinski, K. & Eisdorfer, C. (1995). Deterioration of functional capacities in Alzheimer's disease after a one year period. *Psychogeriatric*, 7. 495-503.
- Longoria Ibarrola, M., Salinas Contreras, R.M, & Sosa Ortiz, A. L. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Visión actual de las demencias*, 21 (1), 7-25.
- Loñ, L., Serrano, C.M. & Allegri, R.F. (2003). Alteraciones cognitivas en el envejecimiento y en las demencias. En Bagnati P.M, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud* (pp. 47-60). Buenos Aires: Polemos.
- Mahoney, F. I. (1965). Funcionales de evaluación: El índice de Barthel. *Del Estado de Maryland Medical Journal*, 14, 51-65.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez Rodríguez, T. (2013) La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la dependencia*. 8, 25-47. Recuperado en <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Martínez Rodríguez, T., Díaz Veiga P., Rodríguez, P. & Sancho Castiello, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona*. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid: Informes Envejecimiento en red.

- Martínez Rodríguez, T (2012). *Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Maslow, A. (2001) *Visiones del futuro*. Barcelona: Kairos
- May, H., Edwards, P. & Brooker, D. (2009). *Enriched care planning for people with Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Merino, J. & Hachinsky, V. (2008) Demencia Vascular. En E. Labos, F. Manes, A. Slachevsky & P. Fuentes, *Tratado de Neuropsicología Clínica Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (pp. 527-532). Buenos Aires: Akadia.
- Micheli, F., Fernandez Pardo, M. & Cersósimo, M. G., (2014) Manifestaciones neurológicas del envejecimiento normal. En F. Micheli, *Neurología en el anciano: nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica* (pp. 3-6). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Miravent, J.V., Fernandez Gamarra, E. & Moliné Jorge R. (2011) El modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la demencia. En Miravent, J.V., Fernandez Gamarra, E. & Moliné Jorge R. *Intervención neuropsicológica en el envejecimiento y las demencias* (pp. 375-393). España: Elsevier.
- Montoro Membila, N., Montes Ruiz Cabello, J. & Arnedo Montoro, M. (2012) Demencias. En M. Arnedo Montoro, J.B. Serrano, & M. Triviño Mosquera. *Neuropsicología. A través de casos clínicos* (257-278). Madrid: Panamericana.
- Muñoz Céspedes, J.M. y Tirapu Ustároz, J. (2001). Aspectos históricos y conceptuales. En *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Especializada Geriátrica y Gerontología*, 37(2) 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Dementia: a public health priority. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
- Penrod J., Yu F., Kolanowski, A., Fick D. M., Loeb, S. & Hupcey, J. (2007). Reframing Person-Centered Nursing Care for Persons With Dementia. *Res Theory Nurs Pract*, 21 (1), 57 - 72.
- Pérez Fernández, R. (2011). La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En F. Quintanar, *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (pp. 279 – 299). México DF: Pax.

- Puyuelo, M., & Bruna, O. (2006). Envejecimiento y lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 26 (4), 171-173.
- Ramos Campos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Revista pedagógica*, 16, 83-104.
- Ramos, A. M. T., Pérez, L. S., López, R. S., Marsden, A. M. C., Santos, P. C. H. P., & Pérez, O. L. (2014). Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Novedades en Población*, 10 (19), 18-29.
- Regnier, V. (2012). Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva. *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia*, 123-153.
- Rodríguez Martín, B., Martínez Andrés, M., Notario Pacheco, B., & Martínez Vizcaíno, V. (2016). Conceptualizaciones sobre la atención a personas con demencia en residencias de mayores. *Cad. Saúde Pública*, 32 (3), 1-12.
- Rogers, C. R. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Romero, F. J. A., & Ríos, J. H. M. (2016). Patrones dinámicos de enlentecimiento cognitivo en los adultos mayores: fragmentación conductual del tiempo de reacción. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 17(4), 12-23.
- Ruiz Valverde, S. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXIX. 193-199.
- Salvarezza, L. (1988). Factores Biológicos y Sociales que inciden en la psicología del Envejecimiento. En S. Leopoldo, *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez Gil, I. Y., & Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 24 (2) 1-7.
- Sánchez Vera, P. & Bote Díaz, M. B. (2007). *Los mayores y el amor. Una perspectiva sociológica*. Valencia: Nau Llibres.
- Sánchez, F. J. M., & Gregorio, P. G. (2006). Valoración funcional en la demencia grave. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, 43-49. doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72998-

- Sauvaget, C., Yamada, M., Fujiwara, S., Sasaki, H. & Mimori, Y. (2002). Demencia como predictor de discapacidad funcional: un estudio de seguimiento de cuatro años. *Gerontology*, 48 (4), 226 - 233.
- Slachevsky, A. & Oyarzo, F. (2008). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. En E. Labos, F. Manes, A. Slachevsky & P. Fuentes, *Tratado de Neuropsicología Clínica Bases conceptuales y técnicas de evaluación* (pp.449-458). Buenos Aires: Akadia.
- Talavera Pleguezuelos, C. (1999). *Calidad total en la administración pública. Temas de Administración Local*, 66 Granada: CEMCI.
- Taragano, F. E., Allegri, R. F., Krupitzki, H., Sarasola, D., Serrano, C. M., Loñ, L., & Lyketsos, C. G. (2009). Mild behavioral impairment and risk of dementia. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(4), 584.
- Tilly, J. & Reed, P. (2004). Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia in nursing and assisted living facilities. *Alzheimer's Association*.
- Tobaruela González, J. L. (2007). Manejo no farmacológico de los síntomas conductuales asociados a la demencia. *Alzheimer*, (36), 21-29.
- Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A., & Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(1), 5-10.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Bonifacio, A., Raimondi, C., & Manes, F. (2011). Validación de la versión en español del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado (ACE-R). *Neurología*, 26(6), 351-356.
- Trigás-Ferrin, M., Ferreira-González, L., & Mejjide-Míguez, H. (2011). Scales for functional assessment of the elderly. *Galicía Clin*, 72(1), 11-16.
- Villar, F., Villamizar, D. J., & López-Chivrrall, S. (2005). Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(3), 166-177.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4 (1), 141-162.