

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

**Aplicación del Método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona
en una Institución de Tercera Edad.**

Alumna: Magdalena Saravia

Tutor: Juan Lombardini

Buenos Aires, 08 de Abril de 2019

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivo General.....	2
2.1. Objetivos específicos.....	2
3. Marco Teórico.....	3
3.1. Envejecimiento.....	3
3.1.1. Institucionalización de la tercera edad.....	5
3.2. Conceptualización de la demencia.....	8
3.3. Enfoque Centrado en la Persona.....	12
3.3.1. Atención Gerontológica Centrada en la Persona.....	14
3.4. Base Teórica del Método Montessori.....	20
3.4.1. Método Montessori en Tercera Edad.....	22
4. Metodología.....	26
4.1. Tipo de estudio.....	26
4.2. Participantes.....	26
4.3. Instrumentos.....	27
4.4. Procedimiento.....	27
5. Desarrollo.....	28
5.1. Alcances y limitaciones de la utilización del Enfoque Centrado en la Persona en residentes de tercera edad.....	28
5.2. Alcances y limitaciones de la utilización del Método Montessori en personas residentes de tercera edad.....	32
5.3. Análisis de la aplicación del Método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona en una institución de tercera edad.....	37
6. Conclusiones.....	40
7. Referencias Bibliográficas.....	45

1. Introducción

El presente trabajo se lleva a cabo en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Palermo. La práctica profesional consta de 280 horas en un Hogar de tercera edad, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución es una residencia para adultos mayores que se encarga de brindar una atención centrada en la persona en busca de una mejoría en la calidad de vida de los ancianos contando con una variada oferta de talleres y actividades.

La práctica se llevó a cabo a través de la observación y participación en el taller ‘Incrementando Destrezas’ orientado a la estimulación de las funciones ejecutivas, así como también en los talleres Montessori de adultos mayores con deterioro cognitivo y funcional moderado a severo. Por otro lado, se participó en las actividades individuales y grupales realizadas en los distintos pisos del hogar que buscan estimular las diferentes funciones cognitivas, además de haber contado con el beneficio de estar en contacto constante con los residentes y generar un vínculo con los mismos.

Se llevó a cabo un análisis del enfoque utilizado dentro del hogar; Enfoque Centrado en la Persona, así como también la especial observación y participación de los talleres que utilizan el método Montessori con el objetivo de obtener la mejor experiencia posible de práctica y de este modo que sea posible el desarrollo del presente trabajo. Además se realizaron una serie de entrevistas a los profesionales dentro de la institución para evaluar el valor que le asignan en el tratamiento a los principios de uno y otro enfoque.

La intención de este trabajo es entender con mayor profundidad las ventajas y desventajas del impacto del método Montessori para la estimulación en tercera edad, ya que el mismo surgió como un método de educación **temprana**; así como también indagar acerca de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona con la convicción de que tanto el método como el enfoque en cuestión son herramientas favorables para estimular las fortalezas y capacidades restantes de las personas en dicha etapa.

2. Objetivo General

Analizar la aplicación del Método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona en una Institución de Tercera Edad.

2.1. Objetivos específicos

- Describir los alcances y limitaciones de la utilización del Enfoque Centrado en la Persona en residentes de tercera edad a opinión de los profesionales.

- Describir los alcances y limitaciones de la utilización del Método Montessori en personas residentes de tercera edad a opinión de los profesionales.
- Analizar la aplicación del Método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona en una institución de tercera edad a opinión de los profesionales.

3. Marco teórico

3.1. Envejecimiento

El envejecimiento comenzó a hacerse evidente a partir de la segunda mitad del siglo XX, debido al aumento de la expectativa de vida. Por ello, Salvarezza (1998), Griffa y Moreno (2005) concuerdan que el impulso de la investigación científica del proceso de envejecimiento es relativamente contemporáneo. De este modo, la psicogerontología o la psicología evolutiva de la vejez comienzan a desarrollarse a partir de la década de los '60.

Fernández Ballesteros (1999), sugiere que el envejecimiento es un proceso que acontece a lo largo del desarrollo del ciclo vital y que la vejez es un concepto abstracto pensado como una etapa de la vida. No obstante, Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz (2009) señalan que no es necesario realizar una distinción entre vejez y envejecimiento, ya que tanto una como la otra suponen una misma situación constituida por dimensiones dinámicas y cambiantes siendo al mismo tiempo producto y proceso.

A pesar de que existen diferentes definiciones de la vejez, la Organización Mundial de la Salud (2002), establece como criterio de orden a las personas ancianas a partir de los 60 años de edad, lo cual puede parecer joven en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo donde han habido avances que aumentan la esperanza de vida. La conclusión de la etapa de la vejez es siempre la muerte. Entre 2015 y 2050 se espera que la proporción de la población mundial mayor de 60 años se duplique, pasando de un 12% a un 22%, proceso potenciado por el progreso en las condiciones sanitarias, educativas y económicas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El envejecimiento es un fenómeno que ocurre en todos los organismos vivos como resultado del crecimiento y el paso de los años. Su conceptualización es diversa ya que no existe una única manera de envejecer (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009). Frecuentemente, se encuentra asociado a un descenso general de las funciones fisiológicas y cerebrales, que trae como consecuencia un conjunto de déficits conductuales, cognitivos y emocionales (Bentosela & Mustaca, 2005). El envejecimiento biológico es inherente al proceso de la vida, siendo universal, continuo y heterogéneo, acompañado por un declive fisiológico que no depende del desarrollo de enfermedades (Griffa & Moreno, 2005). Cabe

señalar que los cambios que posiblemente ocurran al envejecer son llamados declives y aquello que supone un cambio patológico desencadenado frecuentemente por alguna enfermedad es denominado deterioro (Fernández Ballesteros, 2004).

Es necesario destacar que la edad cronológica no es el único factor determinante en los cambios, los procesos de desarrollo, la estabilidad y el declive que supone el envejecimiento, sino que la edad interacciona con circunstancias socio históricas, sociales e individuales (Fernández Ballesteros, Caprara & García, 2004). El camino del envejecer no se agota en la caracterización biológica. De este modo, la vejez se presenta como una situación, implicando procesos y productos, mayormente desde una visión cultural. Esto supone que los cambios o procesos biológicos, no pueden entenderse sin considerar la cultura y su lenguaje. Además, la vejez es histórica, ya que los cambios son determinados por el pensamiento de la sociedad siendo resultado de la historia y no sólo de la biología (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009).

No se puede negar que los cambios morfológicos que se producen durante el envejecimiento colaboran ampliamente a que el sujeto se autoperciba en mayor o menor medida como un anciano. No obstante, que el geronte acepte y tome o no el papel de anciano se ve condicionado también por la enorme presión que ejercen los cambios sociales y ambientales (Salvarezza, 1998).

De este modo, el envejecimiento es tanto un fenómeno poblacional como una experiencia individual (Fernández Ballesteros, Caprara & García, 2004). Supone, como se mencionó anteriormente, un fenómeno más allá de los procesos biológicos y demográficos, donde nuestras elecciones y acciones hacen que la vejez sea el momento en el que haya más distancia entre las trayectorias individuales. Fernández Ballesteros (2004) y Lozano Poveda (2011) concuerdan en que se debe a que las personas llegan a esta etapa de la vida con un conjunto de conocimientos y de experiencias en relación a las circunstancias, la historia de vida que tuvieron y al determinado contexto en el que han vivido. A medida que aumenta la edad, también se incrementan las diferencias entre las personas que envejecen. Por lo tanto, la gran variabilidad existente entre los individuos es una de las principales características de la vejez, a pesar de los patrones de cambio establecidos para dicho periodo, tanto en los procesos de cambio que involucran comportamientos así como también funciones psicológicas.

Asimismo, la vejez se considera como un proceso dinámico dependiente del tiempo donde las cualidades endógenas y exógenas de los individuos influyen en gran parte en este proceso. Por lo tanto, se considera como un fenómeno ecológico siendo el resultado de

etapas anteriores, así como de interacciones demográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas (Fematt, 2010). Guardini (1997) y Salvarezza (1996) coinciden en que el buen envejecer estará sujeto a la capacidad que tenga cada persona de aceptar y acompañar las inevitables declinaciones, promoviendo que ésta fase de la vida sea auténtica y valiosa.

3.1.1. Institucionalización de la Tercera Edad

Debido al fenómeno universal y relativamente reciente que supone el incremento de la proporción de personas mayores de 65 años en comparación al resto de la población, se requiere que existan un mayor número de residencias que ofrezcan servicios de calidad para la vejez y como sostén para sus familias. Dicho fenómeno, sumado a factores de diversos tipos supone que los hogares de tercera edad se presentan como la opción más viable, más allá de las considerables críticas, para los grupos de personas mayores que necesitan de atención constante debido a un alto nivel de dependencia funcional y con déficits en recursos de apoyo informal (Jiménez, Ortiz & Soto, 2011).

Riquelme (1998), expone que el aumento significativo en el número de personas mayores con problemas incapacitantes, la minimización de la familia a expresiones moleculares, la reducción del tamaño de las casas en las grandes ciudades a causa del costo creciente del suelo, la incorporación de las mujeres al mundo laboral, la falta de una mirada social y comunitaria para generar soluciones que fomenten el cuidado de las personas mayores y la insuficiencia de recursos comunitarios son algunas de las condiciones que explican de cierto modo el gran número de personas mayores que viven en instituciones geriátricas.

La mayoría de las personas mayores prefieren permanecer en sus hogares porque pueden mantener la integridad de su red social, preservar los puntos de referencia ambientales y disfrutar de una mejor calidad de vida. Además, la admisión a hogares de ancianos es costosa tanto en términos de finanzas públicas como privadas. También, la institucionalización se asocia con varios resultados negativos, como el aumento de la mortalidad, la calidad de vida restringida y la calidad cuestionable de la atención. Los resultados adversos que acompañan a la institucionalización han confirmado el esfuerzo por prevenir o retrasar la entrada de las personas mayores en un hogar de ancianos (Luppa et al., 2009; Shapiro & Tate, 1988).

De este modo, se presenta un suceso donde la adhesión de la persona mayor a una institución geriátrica supone su extracción del entorno social que conoce y que le es propio,

para ubicarlo luego en un entorno artificial formado únicamente por personas de la misma edad. Dejar el hogar familiar significa una renuncia, dejando la escena donde se llevaron a cabo experiencias importantes de su vida, que en la mayoría de los casos resulta ser inevitablemente dolorosa. De esta forma, la institucionalización conlleva la incorporación a un ambiente desconocido y artificial. Por otro lado, el recién llegado probablemente se sienta desorientado frente a la nueva realidad que se le impone, ya que la residencia geriátrica por su condición de institución, necesariamente se rige por un conjunto de normas, aumentando la pérdida del sentido de control personal en los nuevos residentes (Riquelme, 1998).

Cabré y Serra-Prat (2004), Luppá et al. (2009) y Rudberg, Sager y Zhang (1996) coinciden en que, la principal causa de la institucionalización del adulto mayor, es la pérdida de la capacidad funcional y el deterioro cognitivo. Por lo tanto, la pérdida funcional es un factor significativo de riesgo independiente para el uso de instituciones geriátricas ya que afectan la movilidad y la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria del sujeto.

Por ejemplo, en el caso de un anciano con demencia avanzada, éste tendrá problemas serios en el área mental, pero también va a tener problemas físicos, como pueden ser la deambulación, desnutrición o incontinencia, que inevitablemente derivan en una alteración de la función que va a manifestarse por la necesidad de ayuda para las actividades diarias volviéndose dependiente del apoyo social o familiar, hecho que puede resultar en la institucionalización del geronte cuando la familia no puede hacer frente a su cuidado (Álvarez & Vigil, 2006).

Además, una mala autoevaluación de la salud, combinada con otros factores de riesgo, ayuda a elevar las posibilidades de institucionalización para personas mayores de 75 años o más. Debido a que los autoinformes de mala salud contribuyen de forma independiente a la mortalidad temprana, es posible que los ancianos que son pesimistas sobre su salud estén pasando por sutiles cambios biológicos o fisiológicos que aún no son aparentes o detectables por los profesionales de la salud. Por lo tanto, resulta esencial estar particularmente atento al estado de los ancianos en cuyo conjunto de factores de riesgo se incluyen autoinformes de salud pobre (Shapiro & Tate, 1988).

En referencia a la investigación de Fernández Ballesteros (1997) que indaga sobre la calidad de vida en mayores que habitan en su propio domicilio y aquellos que lo hacen en residencias públicas y privadas, las personas que viven en su propio hogar, a diferencia de los que viven en residencias, sin duda, tienen una mayor integración social, debido tanto a la red de apoyo social que tienen como a la satisfacción que reciben de las relaciones sociales. Sin

embargo, la calidad ambiental, tanto la del propio domicilio como la del medio, parece ser mejor en el departamento o habitación de los residentes que viven en instituciones (tanto públicas como privadas) que las que viven en su propio hogar. Además se comprobó que las personas que viven en residencias privadas están más satisfechas que las que viven en residencias públicas.

Es por ello que, el problema principal de las residencias no se presenta en la falta de comodidades materiales, sino que reside en la falta de vida social, la falta de roles y la ocupación del tiempo. Por lo tanto, es imprescindible fomentar la ayuda mutua dentro de las instituciones, donde los menos deteriorados ayuden a aquellos que se encuentran en peor estado, así como también fomentar actividades que tengan en cuenta los intereses y gustos de los ancianos, como por ejemplo brindar un espacio para una huerta en el caso de que haya personas interesadas en la jardinería. También buscar que la residencia en la cual vivirá el anciano, sea dentro de la localidad donde hubiera pasado su vida activa así hay mayor facilidad para mantener sus relaciones reales y evitar el desarraigo (Álvarez & Vigil, 2006).

Desafortunadamente, en las instituciones geriátricas resulta extremadamente difícil conocer bien a cada persona y poder atenderlas de una manera verdaderamente personalizada cuando la cantidad de personas atendidas en las residencias de gran tamaño es inabarcable sumado a las organizaciones actuales de los centros, como por ejemplo el gran número de residentes en las plantas o las rotaciones. Además, la alta carga sanitaria y la existencia de normas operativas destinadas a acelerar las tareas de asistencia rápida, características que a menudo caracterizan a las residencias grandes, pueden obstaculizar la flexibilidad y el tiempo que necesariamente requiere la atención centrada en la persona (Martínez Rodríguez, 2015).

Por lo tanto, los factores causantes de la institucionalización pueden usarse para identificar personas en riesgo y puede, por lo tanto, hacer una importante contribución ya que pueden alertar a los profesionales para que presten especial atención a personas mayores cuyas características ponen en peligro su capacidad de permanecer viviendo en su casa. Además pueden ayudar a los planificadores a enfocar sus esfuerzos en el diseño de programas específicos o adaptar los programas existentes para que satisfagan las necesidades particulares de las personas en mayor riesgo. Finalmente, pueden ayudar en la selección de criterios para programas de evaluación diseñados para reducir o posponer la institucionalización, lo que permite evaluar si las intervenciones y el tipo o cantidad de recursos asignados han sido dirigidos apropiadamente (Shapiro & Tate, 1988).

3.2. Conceptualización de la Demencia

Tal como se ha mencionado previamente, el envejecimiento de la población es un fenómeno creciente como consecuencia de la disminución de la mortalidad gracias a los avances sanitarios y sociales, como también del descenso de la natalidad en los países desarrollados. El problema de este suceso es que resulta en un aumento en la prevalencia de enfermedades degenerativas, entre las cuales aparece la demencia. Sin embargo, es un logro ya que se ha logrado prolongar la vida. En consecuencia, se perfila un gran desafío ya que a medida que crecen las necesidades derivadas de este fenómeno, el sistema de provisión de cuidados debe acomodarse a tales demandas y buscar la manera de responder a ellas (Álvarez & Vigil, 2006).

El término 'demencia', a comienzos del siglo XX, era utilizado para denominar toda clase de enfermedades mentales. En 1907, Alois Alzheimer tomó el caso de una paciente con trastornos del comportamiento, síntomas psicóticos, depresión y deterioro cognitivo para explicar una nueva enfermedad, que al principio parecía ser una forma atípica de demencia presenil. La paciente presentaba las lesiones que actualmente definen la enfermedad: placas seniles y ovillos neurofibrilares. Sin embargo, estos hallazgos no se consideraron pertinentes por varios años ya que en ese entonces se pensaba que la causa de la demencia era el endurecimiento de las arterias. Las denominaciones no cambiaron durante mucho tiempo, hasta que en los años sesenta Blessed, Tomlinson y Roth (1968) demostraron que aquellos pacientes con demencia senil eran indistinguibles clínica y neuropatológicamente de aquellos antiguos casos descritos como enfermedad de Alzheimer (López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015).

López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015) sostienen que los primeros criterios clínicos de demencia se caracterizaban por la presencia de un déficit de memoria, al que se le agregarían otros déficits cognitivos en el lenguaje, orientación, cálculo, razonamiento, reconocimiento o coordinación.

Según la décima edición de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992), la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras), sin la conciencia obnubilada. En esta clasificación, el déficit se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro

intelectual apreciable que repercute en las actividades diarias, con una duración del cuadro no inferior a seis meses.

En cuanto a la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001), se presentan criterios diagnósticos dentro de la línea del paradigma cognitivo al igual que los de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), donde los síntomas psiquiátricos adquieren poca relevancia. En el DSM-IV-TR, la característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.

Asimismo, el DSM-IV-TR enuncia los síntomas de la demencia, los cuales son la desorientación espacial, la pobreza de introspección y de juicio crítico, teniendo o no conciencia de la pérdida de memoria o de otras irregularidades cognoscitivas. Además presentan valoraciones poco realistas de su capacidad y pueden hacer planes sin tener en cuenta sus déficit o desestimando los riesgos implicados en algunas actividades, comportamiento suicida en estados iniciales, alteraciones de la marcha que provocan caídas y comportamiento desinhibido. Si se asocia con patología subcortical, puede presentar un lenguaje farfullante, ansiedad, depresión y trastornos del sueño, ideas delirantes, alucinaciones, delirium frecuentemente sobreañadido a la demencia y pueden ser violentos o herir a otros.

Por otro lado, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), tampoco incluye los estadios preclínicos, pero sí contempla un estadio patológico predemencia y ha modificado sustancialmente sus criterios con respecto a la edición anterior. Se introduce el concepto del "trastorno neurocognitivo", que ocupa el lugar de los 'trastornos mentales orgánicos' de las versiones anteriores. Los trastornos neurocognitivos se dividirán en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Las áreas sintomáticas estudiadas para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visoperceptivas y visoconstructivas y cognición social. El trastorno neurocognitivo mayor y el menor difieren según la intensidad de sus síntomas y su impacto en la funcionalidad del paciente (Álvarez & Vigil, 2006).

Al valorar la capacidad mental del sujeto, se debe tener en cuenta su bagaje cultural y educativo. La prevalencia de las diferentes causas de demencia varía de forma sustancial entre distintos grupos culturales y la edad de inicio habitualmente es tardía con mayor prevalencia por encima de los 85 años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

Los trastornos incluidos dentro de las demencias se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian en base a su etiología. Éstas son: demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias, demencia debida a etiologías múltiples y la demencia no especificada supone aquellos cuadros clínicos en los que no se puede determinar una etiología específica que explique los múltiples déficit cognoscitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

Resulta pertinente al propósito del presente trabajo, explicitar con mayor detalle la demencia tipo Alzheimer. La Asociación Americana de Psiquiatría (2001), caracteriza el inicio de este tipo de demencia como gradual e implicando un deterioro cognoscitivo continuo. Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad, el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficit cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria, ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias. Si hay una etiología añadida, ambos tipos de demencia deberán ser codificados. La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium. Sin embargo, el delirium puede sobre añadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficit cognoscitivos no se explican por la presencia de otro trastorno.

Alaba et al. (2011) y Casanova Sotolongo, Casanova Carrillo y Casanova Carrillo (2004) coinciden en que debido al propio proceso que implica el envejecer, diferenciar el umbral entre lo normal y lo patológico en los cambios cognitivos es particularmente difícil. Esto se debe a que existe una gran variabilidad en la expresión clínica como también una alta heterogeneidad en términos de fármacos, comorbilidades y reserva funcional adquirida, ya que sin presentar una demencia, puede haber alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico. De este modo, la pérdida de memoria aparece en el envejecimiento y en las demencias, pero los patrones clínicos son cualitativamente y cuantitativamente diferentes.

La diferencia está en que en las demencias el deterioro neuropsicológico es más global y abarca a las funciones cerebrales superiores.

Por otro lado, el deterioro cognitivo leve (DCL), es la denominación generalizada para el estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia. Se trata de la declinación cognitiva que acontece sin cambios significativos en el funcionamiento de la vida cotidiana. No hay un hecho fijo que determine el punto de partida desde la fase asintomática hacia la fase sintomática de la predemencia o de la fase predemencia sintomática al comienzo de la demencia. La prevalencia de deterioro cognitivo leve se incrementa con la edad, siendo de un 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos entre 80 a 89 años. Además los individuos con DCL registran una mayor tasa de mortalidad que los sujetos cognitivamente normales (Custodio et al., 2012).

Asimismo, los sujetos con DCL presentan un mayor riesgo de desarrollar demencia, en especial la enfermedad de Alzheimer (EA), en un rango que va del 1% al 25% por año. A pesar de ello, no todos los individuos progresan a EA, por lo tanto, la distinción entre DCL y demencia es importante tanto para propósitos teóricos como prácticos (Petersen et al., 1999).

En cuanto al tratamiento farmacológico para las demencias, este debe estar acompañado de un entorno protector y un apoyo social y familiar apropiado para que sea efectivo. De esta manera, se ingresa al campo del tratamiento no farmacológico. Al utilizar ambas formas de tratamiento en conjunto se obtienen mejores resultados. El tratamiento no farmacológico actúa en base a la creencia de que el deterioro cognitivo empeora por la falta de estímulos y que en las etapas leve a moderada de la demencia hay una cierta capacidad de aprendizaje (Álvarez & Vigil, 2006).

Resulta imprescindible entender que los residentes con demencia que a menudo exhiben comportamientos problemáticos generalmente responden a una necesidad psicosocial no satisfecha. Debido a que el personal de actividades en muchos entornos de cuidado a largo plazo tiende a ofrecer principalmente actividades en grupos grandes, como grupos de discusión y programas de actualidad, muchos residentes con demencia avanzada no pueden participar y carecen de oportunidades para usar sus capacidades cognitivas restantes. La falta de programación de actividades apropiadas puede, por lo tanto, conducir a trastornos de conducta, mientras que el uso de materiales y actividades apropiados para la demencia puede reducir la agitación y otros comportamientos problemáticos (Orsulic-Jeras, Judge & Camp, 2000).

Por lo tanto, es esencial prestarle atención al desarrollo de las actitudes y habilidades necesarias para una buena atención psicológica. En el caso de la demencia, hasta hace muy

poco esto ni siquiera se reconocía como un problema, con la consecuencia de que muchas personas que trabajan en este campo no han tenido una preparación adecuada para su trabajo. El problema principal, entonces, no es cambiar a las personas con la demencia, o manejar su comportamiento, sino que se trata de ir más allá de nuestras propias ansiedades y defensas, para que pueda tener lugar un encuentro verdadero y las relaciones humanas puedan crecer (Kitwood, 1997).

3.3. El Enfoque Centrado en la Persona

El psicoterapeuta norteamericano Carl Ransom Rogers (1902-1987) fundó la terapia 'centrada en el cliente' o terapia 'no directiva' que anunciaba la tradición humanista tras la Segunda Guerra Mundial. Rogers inicialmente estudió teología, y como parte de sus estudios actuó como el pastor de una pequeña iglesia en Vermont. Sin embargo, tras sus estudios en el Teachers College de la Universidad de Columbia, se terminó dedicando a la psicología clínica y educacional (Rogers, 1961).

Rogers (1980), creía que el aprendizaje a través de la experiencia era un enfoque mucho más poderoso que lo intelectual para la comprensión personal y el cambio. Él creía que los individuos tienen dentro de sí mismos una *tendencia actualizante*, una tendencia innata y fundamental de todo organismo, que tiende o empuja hacia el crecimiento, la realización y la conservación de la vida, semejante a un impulso formativo existente en toda la vida orgánica.

Con su conceptualización de la tendencia actualizante, se unió a la posición de un grupo de pensadores humanistas tales como Nietzsche, Kierkegaard, Adler, Goldstein, Maslow y Horney, que creían en la existencia de un vasto potencial para la autocomprensión y el cambio personal dentro de cada individuo. La tarea terapéutica que deriva de esta posición, entonces, no es de construcción o reconstrucción, manipulación o conformación. En cambio, se refiere a una de facilitación poniendo énfasis en lo relacional, generando una atmósfera libre de juicios o amenazas, que colabora en eliminar los obstáculos para el crecimiento y de ayudar a liberar lo que siempre ha estado dentro de uno mismo. Rogers creía que el Enfoque Centrado en la Persona generaba tanto poder para el cambio personal, que no había ninguna razón para limitarlo a los problemas psicológicos. En consecuencia, buscó utilizar su poder en muchos ámbitos no clínicos.

Rogers exponía que en la terapia centrada en el cliente, la persona es libre de elegir *cualquier* dirección, y sin embargo ésta selecciona caminos positivos y constructivos. Esto se explica en términos de una tendencia direccional inherente al organismo humano, una

tendencia a crecer y a desarrollarse, a desarrollar todo su potencial. No es simplemente una tendencia que se encuentra en los sistemas vivos, sino que es parte de una fuerte tendencia que le da forma a todo el universo (Tendencia Formativa). Por lo tanto, cuando proporcionamos un clima psicológico que permite a la persona ser, no estamos involucrados en un evento inesperado. Estamos recurriendo a una tendencia que atraviesa toda la vida orgánica, una tendencia a desplegar toda la complejidad del organismo. Asimismo, otro aspecto de esta tendencia básica es la capacidad del individuo, en un entorno que promueve el crecimiento, para avanzar hacia la autocomprensión y la autodirección. De esta forma, Rogers sostenía que podemos confiar, de manera muy primaria, en la sabiduría del organismo (Zeig, 2015).

En 1942, con la publicación de '*Counseling and Psychotherapy*', postula las bases de su Enfoque Centrado en la Persona (Rogers, 1961). El enfoque se caracteriza principalmente por ser una intervención no directiva donde la persona se convierte en un protagonista activo de su propio cambio. De este modo, busca generar la responsabilidad personal que posibilita hacerse cargo de su propia vida, y reconocer sus necesidades primordiales a partir de ser él quien mejor se conoce. De este modo, se le devuelve el poder a la persona y el control sobre sí mismo, se lo nombra 'cliente', dejando de lado el término 'paciente' para así tomar una posición activa en el proceso de cambio en psicoterapia (Martínez Rodríguez, 2011).

Asimismo, dicho enfoque resalta la importancia de la empatía como uno de los pilares de la terapia. La forma de estar con otra persona que se denomina empática significa entrar en el mundo perceptivo y privado del otro y volverse completamente a gusto en él. Implica ser sensible, momento a momento, a los significados cambiantes y emocionales que fluyen en esa otra persona; al miedo, la rabia, la ternura, la confusión o lo que sea que esté experimentando. Significa vivir temporalmente en su vida, moverse con delicadeza sin hacer juicios, percibir significados de los que apenas tiene conocimiento, pero no tratar de descubrir sentimientos de los que la persona no está enteramente consciente, ya que esto sería demasiado amenazante. Rogers (1980) afirmaba que la empatía es en sí misma un agente curativo, al ser uno de los aspectos más potentes de la terapia por su cualidad liberadora, confirmando la pertenencia de la otra persona a la raza humana por el simple hecho de sentirse comprendida.

Rogers (1961), sostenía fundamentalmente que las personas necesitan por lo menos una relación de aceptación. Por aceptación se refiere a apreciarlo como una persona de valor sin importar su condición, su comportamiento o sus sentimientos. Significa respeto y afecto para él como una persona separada, una disposición para que él posea, a su manera, sus propios sentimientos. Significa una aceptación y consideración por sus actitudes del

momento, sin importar cuán negativas o positivas sean, sin importar cuánto puedan contradecir otras actitudes que haya tenido en el pasado. Esta aceptación de cada aspecto fluctuante de esta otra persona hace que sea para él una relación de calidez y seguridad, y la seguridad de ser querido y apreciado como persona es un elemento muy importante en una relación de ayuda. La hipótesis central de Rogers supone que, si se le puede proporcionar al otro una relación de aceptación, el otro descubrirá dentro de sí mismo la capacidad de usar esa relación para el crecimiento, y se producirán cambios y desarrollo personal que lo conducirán en la dirección de la autoestima, la flexibilidad, el respeto por uno mismo y los demás.

Rogers expone que en el proceso de cambio, las actitudes y cualidades del terapeuta: capacidad de aceptación incondicional del otro, la empatía y la autenticidad, son fundamentales para un buen desarrollo de la terapia, siendo un elemento crucial el rol no directivo del terapeuta (Martínez Rodríguez, 2013). La congruencia, es decir, la autenticidad a través de la cual el terapeuta está siendo él/ella misma, es un elemento primordial para la efectividad de la psicoterapia. Esto no sólo significa esforzarse por comprender al cliente, sino también la voluntad de comunicar otros sentimientos propios, incluso aunque sean negativos, cuando se los experimenta con persistencia. Por lo tanto, el aburrimiento, la ira, la compasión u otros sentimientos se pueden expresar cuando son una parte importante y continua de la experiencia del terapeuta (Zeig, 2015).

3.3.1. Atención Gerontológica Centrada en la Persona

En cuanto a lo que respecta a la gerontología, la terapia de Rogers ha sido la base sobre la cual se estructura la Atención Centrada en la Persona. El psicólogo social y psicogerontólogo británico Tom Kitwood fue el primero en implementar el término ‘Atención Centrada en la Persona’ (ACP) en el ámbito de las personas con demencia debido a la necesidad de rever los modelos de atención existentes. El término pretende referirse a la psicoterapia de Rogers, que pone el énfasis en la comunicación y el contacto directo (Brooker, 2013; Martínez Rodríguez, 2013).

La publicación de Kitwood (1997) *‘Dementia Reconsidered: the person comes first’* resaltó el hecho de considerar a la persona en primer lugar, más allá de su enfermedad, utilizando el término ‘condición de persona’ (en inglés *personhood*) la cual define como una posición o estatus que se otorga a un ser humano, por otros, en el contexto de la relación y el ser social, lo que implica reconocimiento, respeto y confianza. La ACP tiene como objetivo mantener o nutrir la condición de persona, la cual nos hace esencialmente humanos, siendo lo

que los seres humanos reconocen entre sí engendrando sentimientos de confianza, seguridad y bienestar entre personas de cualquier edad o nivel de capacidad.

La condición de persona se ve menoscabada cuando no se tienen en cuenta las necesidades y los derechos individuales, cuando se ignoran o invalidan las emociones y cuando se produce un aislamiento de las relaciones humanas. Kitwood (1997) describió las diversas formas en que la persona frecuentemente se veía desacreditada en los entornos de atención, acuñando la frase "Psicología Social Maligna" (PSM) como un término genérico. La PSM incluye episodios donde las personas son intimidadas, superadas, no escuchadas, infantilizadas, etiquetadas, menospreciadas, culpadas, manipuladas, invalidadas, desprovistas de poder, dominadas, perturbadas, objetivadas, estigmatizadas, ignoradas y burladas, lo cual ocurre con sorprendente regularidad en el cuidado de las personas que viven con demencia a nivel universal.

Brooker y Latham (2015), sostienen que los episodios de PSM rara vez son intencionales. Por el contrario, éstos se encuentran entrelazados en la cultura del cuidado. Cuando estas formas de comportamiento se ven repetidamente, se vuelven incuestionables y normalizadas y forman parte de la cultura organizacional. Esta forma de responder ante las personas con demencia se aprende de la misma manera que el nuevo personal aprende a doblar las sábanas. La malignidad en la PSM es que se corroe a la persona de quienes están siendo cuidados, y también que se propaga de un miembro del personal a otro muy rápidamente. Los episodios frecuentes de PSM socavan la condición de persona, disminuyen el bienestar y aumentan el malestar. En consecuencia, conduce a una despersonalización radical de las personas con demencia, y confirma a la sociedad en general su creencia de que quienes viven con la afección tienen menos necesidad de amor y apoyo. La raíz de la PSM se encuentra dentro de nuestros valores sociales.

De este modo, existe un alto nivel de riesgo de que las personas que viven con demencia sean tratadas como si fueran "no personas". El riesgo de esto es mayor cuando el nivel de deterioro es más avanzado. La creencia histórica de que 'la demencia es la muerte que deja al cuerpo atrás' ha sido desafiada activamente en los últimos años, pero todavía prevalece en muchas sociedades y comunidades. A veces puede ser difícil ver la condición de persona en personas que tienen demencia avanzada, pero se sostiene que siempre está allí para encontrarla. Por consiguiente, la ACP incluye el reconocimiento de la centralidad de la relación y la singularidad de las personas. Por lo tanto, el cuidado de la demencia que se enfoca solo en la enfermedad y su tratamiento no atiende a la condición de persona del

paciente, lo trata como un objeto pasivo siendo dañino para el mismo. (Brooker & Latham, 2015).

El objetivo de la atención centrada en la persona es reconocer la singularidad de la persona con Alzheimer en todos los aspectos de su cuidado. Incluye un cuidado personalizado de la persona y su ambiente, ofreciendo una toma de decisiones compartida, una interpretación del comportamiento desde el punto de vista de la persona y priorizando el vínculo tanto como las tareas de cuidado (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008). De esta manera, se orienta en los principios de dignidad, competencia, autonomía, participación, integralidad, independencia, individualidad, inclusión social, bienestar y continuidad de la atención (Martínez Rodríguez, 2011).

Dentro de este posicionamiento, Brooker y Latham (2015), y Martínez Rodríguez (2013) destacan la especial importancia atribuida a la necesidad de preparar e instruir sobre determinadas actitudes y abordajes a los cuidadores y acompañantes de las personas con demencia, a través de capacitación e información en relación a la expresión tanto conductual como emocional así como también a la reducción de la discapacidad. En efecto, el resultado principal de un enfoque centrado en la persona es mantener la condición de persona a pesar de la disminución de los poderes mentales que trae la demencia.

Un modelo biológico simplista interpretaría la expresión del malestar como una ocurrencia aleatoria o como un signo de patología cerebral. En cambio, en la ACP, se supone que la conducta tiene un significado. Puesto que los altos niveles de comportamiento desafiante, angustia o apatía ocurren más comúnmente en entornos de cuidado que no apoyan a la persona, en entornos de atención que apoyan a la persona, se espera ver una mayor preponderancia de bienestar y confianza social. Por lo tanto, se busca que el cuidador sea un facilitador y que la persona no pierda por completo su autonomía, pudiendo interactuar y relacionarse con el ambiente. El enfoque plantea que las alteraciones de conducta de las personas con demencia muchas veces son la manera que tienen de expresar sus necesidades insatisfechas como también su malestar. Por lo tanto, es fundamental que especialmente los cuidadores trabajen sobre su interacción para que ésta sea positiva a través de una mayor y acertada comprensión de las necesidades de las personas con demencia (Brooker & Latham, 2015; Martínez Rodríguez, 2013).

Como enfoque, la ACP abarca determinados principios tales como la importancia atribuida al ambiente. Esto incluye tanto al espacio físico como a los cuidadores y todo aquello relacionado con lo organizacional. Por otro lado, es preciso poseer un entendimiento de la historia de vida, identificando la singularidad y el valor de cada una de las personas, y la

certeza de que a pesar de que los adultos mayores necesitan asistencia, son capaces de tomar decisiones por su cuenta y poder fomentar una interacción con el ambiente para que haya el mayor control posible de las actividades de la vida diaria (Martínez Rodríguez, 2013).

Por lo tanto, la ACP valora a todas las personas independientemente de su edad y estado de salud, siendo un trato individualizado, enfatizando la perspectiva de la persona con demencia y la importancia de sus relaciones. Su bienestar es el resultado directo de la calidad de las relaciones que disfrutan con quienes los rodean. De esta forma, la interdependencia de la calidad del entorno de cuidado y la relativa calidad de vida que experimentan las personas con demencia es fundamental para la práctica del cuidado centrado en la persona (Brooker, 2005). En la actualidad, se considera como el principal modelo a seguir para el cambio en lo que concierne a la atención en residencias geriátricas así como también el eje primordial en el diseño de los servicios sanitarios y sociales y en la evaluación de la calidad asistencial (Díaz-Veiga et al., 2016).

Brooker (2013), discípula de Kitwood, propone el modelo 'VIPS' construido como una continuación de la ACP. Sus siglas representan (V) una base de *valores* que afirman el valor absoluto de todas las vidas humanas, más allá de la edad o la capacidad cognitiva, (I) un enfoque *individualizado* reconociendo la singularidad de la persona, (P) entendiendo el mundo desde la *perspectiva* de la persona identificada como necesitada de apoyo, (S) proporcionando un entorno *social* que respalda las necesidades psicológicas. Estas cuatro partes se denominan "elementos de la atención centrada en la persona" reconociendo el hecho de que todas estas cosas pueden existir y existen independientemente una de la otra. Sin embargo, cuando se unen, definen un poderoso enfoque para apoyar la condición de persona.

De esta forma, el VIPS como marco de referencia, hace que la entrega de la ACP sea más manejable y viable, a la vez que reconoce la complejidad del trabajo disponible, no como una solución rápida o una solución superficial, pero tampoco mística ni utópica. La Atención Centrada en la Persona no es una intervención única, sino que es un conjunto de principios (VIPS) que sugiere formas en que las organizaciones pueden trabajar para tener un impacto en la condición de la persona de quienes reciben y brindan atención. De modo tal que este marco permite a los proveedores de atención analizar las complejidades de la ACP en pasos factibles (Brooker & Latham, 2015).

De este modo, se busca que los profesionales puedan sostener éste tipo de atención y no se genere un burnout, el cual se presenta como una respuesta al estrés profesional crónico con tres componentes: a) agotamiento emocional y/o físico, b) baja productividad laboral y c) una excesiva despersonalización. Las investigaciones aún no apoyan la inclusión de otros

síntomas y componentes de los que hablan algunos autores en la definición de burnout (como baja moral, autoconcepto negativo, enojo, cinismo, actitudes negativas hacia la clientela, mayor emotividad, desconfianza, exceso de confianza, depresión, rigidez, ausentismo o el uso de drogas). Aunque pueden estar correlacionados, pero no se comprenden dentro de sus dimensiones principales. Si bien el burnout mundial tiene un uso popular entre los profesionales que trabajan en contacto con las personas y con el público, los investigadores e intervencionistas probablemente se beneficiarían de un enfoque que trate al burnout como un constructo multidimensional y no como un término explicativo único (Perlman & Hartman, 1982).

Brooker y Latham (2015), Epp (2003), Fernández Ballesteros et al. (2016) y Martínez Rodríguez (2011) coinciden en que el cuidado de la demencia centrado en la persona, ha surgido como respuesta a una vieja cultura del cuidado centrada en el servicio que redujo la demencia a un fenómeno estrictamente biomédico, centrada en los déficit y necesidades, tendiendo a etiquetar. Además se basó en el planeamiento de tareas y programas con un número limitado de opciones centrándose solo en cubrir las plazas que ofrece un servicio así como también en técnicas de control que incluyen restricciones químicas y físicas, almacenamiento e innecesaria medicación. Se encuadró a la gente en el contexto de los servicios sociales, devaluando la individualidad de las personas con demencia, donde las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales que utilizan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

Por el contrario, la atención centrada en la persona se basa en las capacidades y habilidades de la persona, se basa en los valores, se centra en la independencia, el bienestar y el empoderamiento de las personas y sus familias permitiendo que la persona se sienta apoyada, valorada y con confianza social. Además, promueve una toma de decisiones compartida con un lenguaje familiar y claro, esbozando un estilo de vida deseable con un ilimitado número de experiencias centrándose en la calidad de vida. De este modo, la promoción de la centralidad en la persona se presenta también como una respuesta a la falta de atención en la investigación de la demencia y a la subjetividad de las personas con demencia. Como se ha mostrado, la ACP se basa en la ética de que todos los seres humanos son de valores absolutos y dignos de respeto, sin importar su discapacidad, y en la convicción de que las personas con demencia pueden vivir una vida plena. Es fundamental, entonces, que el personal en los entornos de atención valore y tenga en cuenta la experiencia vital individual, la personalidad única y la red de relaciones.

Por lo tanto, la presentación de la demencia no puede reducirse a los efectos del daño neuropatológico, sino que es una combinación de factores, que incluyen la personalidad, la biografía, la salud física, el deterioro neurológico y la psicología social. Por el contrario, centrarse en las pérdidas o el deterioro de un paciente puede reforzar las percepciones negativas y el tratamiento de las personas con demencia, y también puede tener un impacto significativo en la progresión de la demencia. Por estos motivos, la ACP implica el establecimiento y mantenimiento de entornos sociales positivos y de apoyo para las personas con demencia. En estos contextos, la condición de persona de las personas con demencia se puede mejorar mediante el fortalecimiento de los sentimientos positivos de la persona, nutriendo las habilidades o destrezas de la persona (Brooker & Latham, 2015; Kitwood 1997).

Cabe señalar que a pesar de los hallazgos positivos con respecto a la implementación de la ACP, se presentan ciertas limitaciones que confrontan su promoción. En primer lugar, hay poco consenso sobre la definición de la centralidad de la persona, por lo que la mayoría de las veces, la ACP se describe en términos abstractos de calidad, en lugar de pautas concretas sobre cómo se puede lograr esa calidad. La ausencia de una definición clara de la ACP impone restricciones en la comprensión de sus beneficios para las personas con demencia, así como para la administración del programa, el personal de enfermería y las familias que brindan cuidados (Epp, 2003).

Por otro lado, es preciso mencionar que un tamaño reducido de las residencias facilita la aplicación de modelos de ACP, a diferencia de lo que sucede en residencias de mayor tamaño, así como también las instituciones de titularidad privada posibilitan un mayor alcance en ACP en comparación a los centros públicos (Martínez Rodríguez, 2015; Martínez Rodríguez, Díaz-Veiga, Sancho & Rodríguez, 2014).

Por último, la ACP es un enfoque filosófico y un componente práctico del cuidado del paciente, que tiene significados e implicaciones formales e informales para la práctica, siendo un concepto dinámico que cambia con la condición física del paciente y el entorno de la atención. Los estudios hasta la fecha, sin embargo, no han explorado la definición y la implementación de la ACP dentro de una gama de programas y servicios de atención, o cómo el enfoque filosófico se incorpora a la práctica. Además, los problemas de poder institucional y de las funciones y responsabilidades del personal pueden poner al personal profesional en conflicto con la esencia misma de la "centralidad de la persona". Se vuelve más difícil, entonces, implementar la ACP cuando las familias de los beneficiarios de la atención no están

presentes en el momento de la admisión o cuando los beneficiarios de la atención directamente no tienen familiares para proporcionar información personal crítica (Epp, 2003).

3.4. Base Teórica del Método Montessori

En relación al apartado anterior, varias investigaciones han revelado que el método Montessori es un instrumento útil para evaluar las capacidades en personas con etapas avanzadas de demencia y, por lo tanto, para desarrollar planes de atención centrados en la persona (Erkes, Camp, Raffard, Gély-Nargeot & Bayard, 2017). En el presente apartado, por lo tanto, se busca contextualizar el surgimiento de dicho método así como también exponer sus principales lineamientos.

En 1896, Maria Montessori fue la primera mujer en recibirse de médica en Italia. Su primer interés profesional fue en retraso mental. Sentía que los niños con retraso mental institucionalizados podían ser educados si se usaban los métodos correctos.

Montessori (1986), decidió que no podemos simplemente comenzar a enseñarles a los niños con retraso en el desarrollo lo que creemos que deberían saber, como por ejemplo, leer y escribir, ya que esto sólo los conduciría a la frustración, debido a que no están intelectualmente listos para aprender en este nivel. En cambio, primero debemos observar a los niños y tomar nota de sus tendencias naturales e intereses espontáneos.

El seis de enero de 1906, Montessori asumió la responsabilidad de educar a los niños que vivían en una casa de vecindad en los barrios marginales de San Lorenzo, un distrito de Roma. Allí estableció una escuela para más de cincuenta niños de tres a seis años extremadamente pobres. La gran mayoría hijos de analfabetos, de las clases sociales más bajas. Eran niños sin ningún tipo de estimulación ni cuidados, con una urgencia tanto de alimentación, como de aire y sol. La idea principal con la cual se inauguró este espacio fue con el objetivo de impedir que los niños vivan en la calle abandonados (Kramer, 2017; Montessori, 1982).

En dicha casa, se preparó una habitación para llevar a cabo el proyecto. Al no contar con los medios para crear el ambiente de los niños, se utilizaron muebles de uso corriente para preparar un mobiliario básico. De esta forma, a través de las actividades presentadas, Montessori comprobó que había una diferencia en el niño después de realizar el trabajo, en comparación a antes, sintiéndose más fuerte y sano de espíritu (Montessori, 1982).

Fue así como a través de la experiencia en esta escuela, llamada Casa dei Bambini, desarrolló sus ideas y técnicas sobre una serie de principios en base a la observación de las necesidades y las tendencias de los niños que más adelante reuniría en su metodología. Por

ejemplo, un principio fundamental, el de la libre elección, se manifestaba en los deseos especiales de los niños que elegían por cuenta propia sus ocupaciones. De esta manera, se comenzó a adaptar el mobiliario para que se encuentre a la altura de los niños y puedan elegir según sus gustos los materiales que ahora se presentaban a su alcance. La libre elección demostró que la concentración y el interés afloran en un ambiente ordenado libre de confusiones y obstáculos (Kramer, 2017).

Por otro lado, el fenómeno de la repetición del ejercicio, lejos de saciar una finalidad externa, era impulsado por una necesidad interior del niño donde se repetía incansablemente un ejercicio si se presentaba de forma correcta. Un último ejemplo es el de la dignidad. Los pequeños presentan un profundo sentimiento de la dignidad personal, siendo extremadamente vulnerables a todas aquellas heridas ejercidas por el adulto a través del desprecio y la humillación con la que se los suele tratar. Montessori (1986) descubrió que la expansión de los niños era natural y perfecta, siendo esencial el ambiente sin estorbos, donde no haya nada de qué temer, así como tampoco algo a esconder o disimular.

El método se basa fundamentalmente en las manifestaciones de los niños a lo largo de diferentes fases del crecimiento. En cada nivel de la vida, existen diferentes necesidades y manifestaciones. Dichos periodos no se desarrollan al mismo tiempo en todos los niños de una misma edad, por lo cual el método en cuestión busca brindarle al niño la oportunidad de desarrollarse a su propio ritmo, en un ambiente de cooperación y respeto. La competencia ha de ser con uno mismo, no con los demás (Montessori, 1966).

Los períodos sensibles son bloques de tiempo genéticamente programados durante los cuales el niño está especialmente vehemente y es capaz de dominar determinadas tareas. En varios períodos sensibles, los niños son dirigidos por un impulso interno para dominar independientemente ciertas experiencias. El objetivo de la educación es ayudar en este proceso. Para ser de ayuda, no se necesita necesariamente un conocimiento formal de la psicología infantil. Lo que se necesita es una cierta actitud. Uno debe darse cuenta que no es su trabajo dirigir el aprendizaje del niño, porque se debe, ante todo, respetar sus esfuerzos de dominio independiente. Por lo tanto, se debe tener fé en sus poderes de construcción interna. Al mismo tiempo, no se tiene que simplemente ignorar o descuidar a los niños, sino que es preciso facilitarles la oportunidad de aprender lo que es más vital para ellos en cada periodo (Crain, 2015).

Maria Montessori sostiene que debe ser el niño el que guíe su propia educación ejercitando así la constante exploración y búsqueda de conocimientos (Montessori, 1971).

Además, como se mencionó anteriormente, el método se caracteriza por la importancia central atribuida al ambiente, preparándolo para que se adapte al momento vital correspondiente. De esta manera, facilita la expansión del niño disminuyendo los obstáculos. Es el ambiente el que brinda los medios que resultan necesarios para promover el desarrollo del educando. En este sentido, el adulto también forma parte del ambiente, por lo tanto, éste debe adaptarse a las necesidades del menor, con el objetivo de no ser un obstáculo en el aprendizaje (Montessori, 1982).

Debido al carácter autocorrector de los materiales sensoriales empleados dentro del ambiente, el niño tiene la posibilidad de interactuar libremente con el mismo, sin necesidad de correcciones ni rigurosas explicaciones del maestro. De esta manera, la figura del maestro consiste en saber medir el grado de ayuda que debe prestar al niño, promoviendo que obre sólo y progrese, fomentado de esta manera, la autonomía y la iniciativa personal (Montessori, 1982; Montessori, 2013).

Los objetivos educacionales de la Dra. Montessori apuntan a ayudar al niño, por un lado, en su desarrollo, y por otro lado, a que él mismo se adapte a las condiciones físicas de su entorno así como también a los requerimientos sociales determinados por la forma de vida del grupo de personas con el cual vive. Cuando se refiere a ‘adaptación’, el significado que le otorga es el de felicidad, facilidad y el tipo de equilibrio interno que le proporciona al niño un sentido de seguridad (Montessori, 1966).

3.4.1. Aplicación del Método Montessori en Tercera Edad

El MBDP (Montessori-Based Dementia Programming) ha sido creado por el Dr. Cameron Camp, un psicólogo e investigador estadounidense y el personal del Myers Research Institute, como una intervención no farmacológica para el tratamiento de la demencia. Se trata de un programa utilizado en adultos mayores que poseen impedimentos cognitivos y/o físicos. Se basa en el método Montessori y su implementación supone un incremento en los niveles de *engagement* (implicación) y participación en actividades en personas con demencia. En personas con Alzheimer, se ha notado una mejoría en la calidad de vida. El programa de Camp puede ser utilizado por el cuerpo médico, cuidadores y otros profesionales de la salud (Skrajner, Malone, Camp, McGowan & Gorzelle, 2007).

El concepto de *engagement*, traducido como implicación, supone la respuesta a la estimulación ambiental, al margen de su topografía o funcionalidad, y se define como el acto de estar comprometido u ocupado con un estímulo externo. García-Soler et al. (2017), consideran que si bien el término ‘implicación’ no reúne con exactitud el significado del

concepto en inglés *engagement*, es el que mayor se acerca al ser traducido, además de ser la primera acepción del diccionario de la Real Academia Española. Dicha variable se evalúa normalmente mediante una observación directa y se relaciona con la capacidad de responder a estímulos y de permanecer en interacción con ellos. Con dicha aclaración, en el presente apartado se tomará el concepto de implicación como traducción de *engagement*.

Camp (2010) postula que el enfoque se centra en identificar las fortalezas y capacidades restantes de las personas con demencia, las cuales necesitan estructura, actividades y orden en su entorno. Con frecuencia se alteran cuando se realizan cambios en su entorno. El método Montessori respalda esta necesidad de estructura, ya que los materiales se toman del entorno cotidiano y cada lección es presentada primero en su nivel más simple y va aumentando su complejidad en cada lección subsiguiente, apoyadas en habilidades o conceptos conquistados previamente. Los materiales son diseñados con el fin de fomentar la independencia.

El programa basado en Montessori utiliza un número de principios y técnicas de rehabilitación incluyendo: desglose de tareas, repetición guiada, progresión de la tarea de simple a complejo y de concreto a abstracto. Estos materiales también proporcionan información sensorial y estimulación cognitiva además de que permiten a las personas con demencia expresar sus habilidades sociales. Los materiales son tomados del entorno cotidiano y están diseñados no para ser "juguetes", sino como herramientas para preparar a la persona para vivir de forma independiente (Camp, 2010; Camp et al., 1997; Orsulic-Jeras, Judge & Camp, 2000).

Asimismo, las actividades basadas en Montessori, buscan enfocarse en lo productivo, en actividades que sean personalmente significativas; que haya inmediata retroalimentación; altos niveles de éxito inicial; uso de capacidades existentes; y uso de ambientes adaptativos o de apoyo y dispositivos de asistencia (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002).

Salvarezza (1998), considera que los programas de intervención deben tomar en consideración las posibilidades reales y objetivas del anciano con el fin de no fomentar en él expectativas irreales, siendo inapropiado suponer que todos los ancianos que formen parte de un programa tengan que alcanzar un mismo nivel predeterminado.

Estos principios han sido adaptados para ayudar a proporcionar una estimulación personalizada, una actividad significativa e implicación para las personas con demencia, incluso para aquellos con déficits cognitivos severos, por medio de demostraciones y el uso de plantillas y ajustando la dificultad de las tareas, así como el ritmo de discurso y movimiento a las necesidades de cada participante. Debido a que Montessori está basado en

la libertad de elección, las personas con Alzheimer deben ser invitadas y no obligadas a participar en las actividades, honrando la elección de la persona (Camp, 2010; Kaldy, 2007; Van der Ploeg et al., 2013).

Camp, Cohen-Mansfield y Capezuti (2002) afirman que entre las personas ancianas con demencia los comportamientos agitados son entendidos como resultado de una interacción entre los hábitos de toda una vida, la personalidad, las condiciones físicas y mentales actuales, y los factores ambientales, tanto físicos como psicológicos. Debido a la incongruencia entre los factores en juego, las necesidades de la persona no se cumplen. Por lo tanto, las conductas más agitadas, de hecho, son manifestaciones de necesidades no satisfechas. Los efectos de la demencia dejan al residente incapaz de cumplir con estas necesidades debido a una combinación de problemas perceptuales, dificultades de comunicación, y una inhabilidad de manipular el ambiente a través de canales apropiados.

Las necesidades más comunes son las de estimulación social y física, ambas en carencia debido a una combinación de los efectos de la demencia, déficits sensoriales y la monotonía del entorno de las instituciones geriátricas. Los objetivos del tratamiento deben entonces centrarse en descubrir y abordar las necesidades no satisfechas de la persona, lo cual es justamente la propuesta del MBDP (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002).

Proporcionar actividades que involucren a las personas con demencia puede lograrse con estimulación (participación pasiva) y proporcionando actividades (participación activa), que fomenten la estimulación incluyendo el uso de música, que debe ser adaptada a las preferencias de la persona, y otras estimulaciones sensoriales, como aromaterapia o terapia táctil. Mayor implicación activa generalmente se ofrece con actividades estructuradas. Los programas de actividades pueden incluir actividades coincidentes a roles pasados, como doblar toallas y amasar, o programas que incluyen ejercicio físico (Camp et al. 1997).

Además, las intervenciones incluyen paseos y el uso de áreas al aire libre para personas que deambulan. Para acomodar a aquellos que manifiestan otros comportamientos físicos no agresivos, como manejar cosas inapropiadamente, se les debe proporcionar materiales apropiados, como libros y folletos para el manejo de objetos y actividades con botones, cierres, y otros artículos cosidos para que puedan ocuparse con éstos en lugar de con su propia ropa o con materiales nocivos (Camp, 2010).

Camp, Cohen-Mansfield y Capezuti (2002) afirman que las intervenciones cognitivas para los residentes con demencia en los entornos de atención a largo plazo, son efectivas y pueden implementarse por el personal existente dentro de las rutinas y estructuras organizativas preestablecidas. Los resultados primarios incluyen aumentos sustanciales en

implicación positiva con su entorno, disminuyendo los comportamientos pasivos, y aumentando en afecto positivo.

Cabe destacar la investigación de Orsulic-Jeras, Judge y Camp (2000), quienes encontraron que los residentes de cuidado diurno que participaban en actividades basadas en Montessori en programas grupales mostraron significativamente mayores niveles de implicación constructiva (definido como comportamientos verbales o motores en respuesta a una actividad) que clientes del grupo de control (el grupo control participó solamente en programas regulares de cuidado diurno). Además, durante los nueve meses que duró el estudio, los clientes en actividades basadas en Montessori exhibieron menos implicación pasiva (definido como pasivamente observando una actividad) que los clientes en programas de actividades regulares.

La base del modelo es la idea de que algunas formas de aprender y recordar ocurren sin conciencia o esfuerzo. Éste tipo de aprendizaje es el que aparece más tempranamente en el desarrollo cognitivo en niños y es el que mayor perdura en personas con Alzheimer y demencias relacionadas. Las personas con demencia tienen la capacidad de aprender a través de la memoria procedimental o implícita, lo cual es un fenómeno notablemente similar a lo que Montessori describió como "aprendizaje inconsciente" en los niños. De este modo, la manipulación activa de materiales y actividades concretas que implican repetición estructurada son fundamentales para el enfoque Montessori, aprovechando así el aprendizaje motor y el rendimiento mejorado con la práctica (Camp et al. 1993; Camp et al. 1997).

Las actividades están diseñadas para intervenir sobre la memoria procedural, que, como se mencionó previamente, está mejor conservada que la memoria verbal, mientras se minimizan las exigencias de lenguaje y se proporcionan señales externas para compensar los déficits cognitivos. La utilización de objetos familiares proporcionan pistas para su propio uso (por ejemplo, jugar a las cartas sugiere ordenarlas en una secuencia o por color) y las tareas son demostradas por un facilitador quien luego entrega el objeto a los participantes, incitándolos a hacer lo mismo (Van der Ploeg et al., 2013).

Ya que el enfoque no depende del lenguaje, tiene el potencial para ayudar a personas con antecedentes de diversos idiomas que han perdido la fluidez en su lenguaje, lo que los limita en su comunicación con los miembros del personal y otros residentes en instituciones de cuidado residencial. Investigaciones llevadas a cabo por Van der Ploeg et al. (2013), demuestran que las actividades basadas en los principios de Montessori pueden ayudar a superar el sentido de aislamiento de los residentes a los cuales sus miembros familiares no los visitan con frecuencia.

Adicionalmente, el propósito de un programa basado en el dispositivo Montessori es proponer tareas que promuevan la manutención de las funciones necesarias para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de forma autónoma en la medida en que sea posible. Además se busca estimular cognitivamente a las personas con deterioro a través de actividades que sean acordes a sus intereses y gustos, así como también se busca una mejoría en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores, disminuyendo también las alteraciones conductuales (Yanguas, 2007).

En síntesis, las intervenciones no farmacológicas buscan brindar atención personalizada a las personas con demencia, atendiendo sus necesidades y, por lo tanto, previniendo o tratando muchas conductas inapropiadas. Los comportamientos inapropiados pueden reducirse mejorando la atención médica y de enfermería, capacitando al personal para mejorar la atención, proporcionando contacto social, estimulación y actividades, reduciendo los estímulos estresantes y las restricciones y promoviendo la relajación durante las actividades de atención (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo con objetivos de análisis cualitativo de grupo.

4.2. Participantes

El estudio se llevó a cabo sobre un grupo de adultos mayores residentes de un hogar de tercera edad ubicado en el barrio de Chacarita en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho grupo participa de los talleres de Montessori en el sector 1B. Son 8 residentes hombres y mujeres de entre 65 y 98 años. Se contó además con la participación de cuatro profesionales de la salud dentro de la institución involucradas en la implementación del Método Montessori y el Enfoque Centrado en la Persona. Entre ellas se encuentran la jefa del servicio psicosocial (*B.*), de 65 años, licenciada en Psicología y con 11 años de antigüedad dentro de la institución y la coordinadora del servicio de Terapia Ocupacional (*D.*), de 54 años de edad, licenciada en Terapia Ocupacional, especialista en Gerontología Comunitaria Institucional y también con 11 años de antigüedad en la institución. Además se contó con la participación de una de las terapeutas del hogar (*F.*), licenciada en Psicología, de 46 años de edad, y con 11 años de antigüedad en la institución y con una de las terapeutas ocupacionales (*H.*), de 24 años de edad, licenciada en Terapia Ocupacional en la UBA y con un posgrado en Neuropsicología Clínica y con 1 año de antigüedad trabajando en la institución.

4.3. Instrumentos

Con el propósito de reunir los datos necesarios para el desarrollo del trabajo se llevaron a cabo registros de observación tomados de la observación no participante en los talleres basados en el método Montessori y demás talleres enfocados en la Atención Centrada en la Persona, para observar la implementación de Montessori en la atención gerontológica centrada en la persona y el desempeño de los residentes, así como también sus progresos. Además se utilizó un análisis de documento donde se tuvo en cuenta la lectura de historias clínicas con el fin de obtener información acerca del nivel cognitivo de los participantes de los talleres, ya que el método Montessori se enfoca en personas con deterioro cognitivo moderado a grave y se observaron los informes escritos por los profesionales acerca del desempeño y progreso de los residentes realizados luego de cada taller, donde se especifican las tareas llevadas a cabo por cada residente y si fue con o sin asistencia.

Por último, se realizaron entrevistas semi estructuradas a los profesionales de la salud dentro de la institución, siendo el propósito de las mismas, indagar y obtener información acerca de la forma de implementación del método Montessori y su aplicación en la atención centrada en la persona en tercera edad, así como también sus alcances y limitaciones. Se tomaron como ejes, el método Montessori, la atención centrada en la persona y tercera edad. Las entrevistas se realizaron a la jefa del servicio (*B.*), a la coordinadora del servicio de Terapia Ocupacional (*D.*), a una terapeuta ocupacional (*H.*) y a una terapeuta del hogar (*F.*).

4.4. Procedimiento

Se concurrió semanalmente a los talleres de Montessori, Incrementando Destrezas y de Terapia Ocupacional que facilita la institución, en el transcurso de las 280 horas de práctica, dentro de los cuales se realizó un registro observacional no participante de los mismos. La duración de los talleres era de una hora, de lunes a viernes y los sábados durante toda la mañana, dentro del hogar.

Por otra parte, se complementó la observación con la lectura de historias clínicas en el caso que haya sido necesario y de los informes escritos por los profesionales luego de cada taller para conocer la evolución de cada uno de los residentes que asistían a los talleres. Además se recolectaron las opiniones de los profesionales de la salud con respecto a los alcances y limitaciones tanto del método Montessori como del Enfoque Centrado en la Persona a través de entrevistas semi dirigidas llevadas a cabo de manera individual con cada profesional, con una duración aproximada de 20 minutos.

5. Desarrollo

La presente investigación se ha llevado a cabo en el marco de las prácticas profesionales en una institución geriátrica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución cuenta con aproximadamente 300 residentes, entre los cuales algunos presentan declives asociados al envejecimiento normal y otros presentan un deterioro más marcado, desde deterioro cognitivo leve hasta distintos tipos de demencia. Los sectores del hogar se encuentran divididos según el deterioro cognitivo de los residentes, además de contar con una unidad de cuidados especiales (UCE) y una unidad de larga estancia (ULE).

El hogar cuenta con una variedad de profesionales de la salud, incluyendo psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, nutricionistas, acompañantes terapéuticos, fonoaudiólogas, médicos y enfermeros. Además cuenta por un lado, con un grupo de empleados encargados de la limpieza, la cocina, la peluquería y la cafetería y por el otro con voluntarios que participan en distintos talleres ofrecidos por el hogar y que participan en los espectáculos y shows musicales.

La forma de trabajo dentro de la institución se encuentra en un proceso de cambio que va de un enfoque centrado en el servicio hacia uno centrado en la persona. A través de las entrevistas realizadas a los profesionales, la lectura de historias clínicas y los registros observacionales, se desarrollarán a continuación los distintos objetivos planteados al comienzo de la investigación.

5.1. Alcances y limitaciones de la utilización del Enfoque Centrado en la Persona en residentes de tercera edad a opinión de los profesionales.

El Enfoque Centrado en la Persona es utilizado como la base sobre la cual se estructura la Atención Centrada en la Persona (ACP) (Brooker, 2013). Éste último término fue implementado por Tom Kitwood ante la necesidad de rever los modelos de atención existentes en el ámbito de personas con demencia (Martínez Rodríguez, 2013). Esto es justamente lo que sucede en la institución en cuestión, donde actualmente hay una tensión entre una atención centrada en el servicio y una centrada en la persona tal como explicó la terapeuta *F.* entrevistada, cuando sostuvo que por mucho tiempo se centraron en el servicio trabajando con una vía regia y con protocolos que otorgan ciertas garantías a la hora de trabajar, ya que permite que el profesional se mueva dentro de una zona de confort, donde sabe que si pasa “A”, la respuesta es “B”. El problema con estos protocolos, menciona la terapeuta *F.*, es que se le imponen al residente como una estructura rígida a la cual debe

adecuarse. En cambio, la ACP supone atender a lo que el residente necesite día a día dejando atrás las respuestas lineales.

La coordinadora *D.* del servicio de Terapia Ocupacional, menciona que el obstáculo que se presenta es que en el traspaso de un tipo de atención a la otra, se transita una incertidumbre que confronta la promoción de la ACP ya que, para poder pasar de un tipo de atención a otra, resulta imprescindible revisar antiguas formas de trabajo y rever los programas propuestos, lo cual supone dejar atrás las certezas con las que se atiende. Es decir, su fomento se ve limitado por lo que Epp (2003) explica como la inexistencia de una definición clara así como también de pautas concretas sobre cómo llevar a cabo la calidad de la ACP.

El primer alcance a señalar según las profesionales entrevistadas, es que el enfoque permite pensar en singular. Como mencionó la jefa del servicio *B.*, al tener una población tan diversa, es decir, personas con deterioro cognitivo grave así como también personas que se encuentran cognitivamente bien, lo primordial es tener una mirada individualizada comprendiendo que las necesidades de cada residente son muy distintas, nutriendo de esta forma la condición de persona, la cual supone una posición que nos hace esencialmente humanos y que implica reconocimiento, respeto y confianza (Kitwood, 1997).

Adicionalmente, a través de los datos recolectados de las historias clínicas, se evidencia que en las entrevistas iniciales al momento del ingreso a la institución, el residente es evaluado para conocer cuál es su contexto familiar, quién es y cuál fue su ocupación. A partir de dicha información, por ejemplo, en la historia clínica de *Nora B.*, se plantea un plan de intervención para promover su integración y acompañarla en el proceso de adaptación y así favorecer el vínculo con el entorno institucional y el desarrollo de sus habilidades cognitivas y funcionales. De esta forma, se incluye un cuidado personalizado de la persona y su ambiente, reconociendo la singularidad de la persona (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008), por lo que gradualmente, se promueve su participación en propuestas acordes a sus particularidades valorando sus gustos e intereses (Álvarez & Vigil, 2006).

Dentro de la misma línea, la terapeuta *F.* entrevistada explicitó que en las entrevistas iniciales se le explica a la familia que tanto ellos como el nuevo residente deben adaptarse a la institución pero también la institución debe adaptarse a ellos. De este modo, se escucha la problemática con la que llegan comprendiendo que, como sostiene Riquelme (1998), la institucionalización conlleva la incorporación a un ambiente desconocido y artificial. Dadas las circunstancias, resulta primordial desde el inicio del proceso, focalizar la atención en la

subjetividad de la persona para devolverle, en la medida que se pueda, el poder y el control sobre sí mismo (Martínez Rodríguez, 2011).

De esta manera, se alude a lo que la terapeuta ocupacional *H.* expone cuando menciona que el enfoque busca fundamentalmente desarmar una forma de trabajo que estandariza y burocratiza la atención y que deja de lado las necesidades individuales de cada residente. Como se mencionó anteriormente, esto subyace en los protocolos rígidos que conducen a encasillar a las personas y desacreditar e invalidar sus emociones y derechos individuales a través de diversas formas comprendidas dentro de lo que Kitwood (1997) describió como ‘Psicología Social Maligna’ (PSM). Así, los episodios de PSM debilitan la condición de persona y la despersonalizan al no tener en consideración que muchos de los problemas de comportamiento asociados a la demencia son, en verdad, manifestaciones de la incapacidad de satisfacer sus necesidades básicas. Por lo tanto, en la ACP, se supone que toda conducta tiene un significado (Brooker & Latham, 2015).

Seguidamente, las entrevistadas resaltan el hecho de que el enfoque centrado en la persona se encuentra orientado a la necesidad. Así, en concordancia con la gran variabilidad existente entre los individuos, descrita por Fernández Ballesteros (2004) y Lozano Poveda (2011), donde a medida que aumenta la edad se incrementan las diferencias entre las personas que envejecen, resulta fundamental reconocer en las entrevistas iniciales el carácter de las necesidades del residente. Como menciona la terapeuta *F.*, éstas pueden tener que ver por ejemplo, con participar de las actividades sociales y los espacios comunes o si se trata de una persona con mayor deterioro puede que la necesidad esté más orientada hacia los cuidados médicos.

La terapeuta *H.* señala que la diferencia en la ACP radica en el tipo de actividad que se brinda, la cual apunta a la necesidad y al gusto del residente. Explica de esta forma, que cuando habla de necesidad, la piensa desde lo que la persona puede llevar a cabo y lo que se identifica a estimular o rehabilitar, teniendo en cuenta las capacidades y habilidades del residente y reconociendo el desafío que se le presenta frente a determinada actividad.

Además, la terapeuta *H.* añade que esto significa también respetar los tiempos de cada uno. Por ejemplo, en sus funciones básicas, que no se acelere el tiempo que tarda en levantarse de la cama, en vestirse o en comer, ya que, cuanto más alterada está la funcionalidad, más tiempo necesita. Por tanto, es fundamental que éstos ritmos se respeten y que especialmente los cuidadores trabajen como facilitadores para que su interacción cuente con una mayor y acertada comprensión de las necesidades de las personas con demencia (Brooker & Latham, 2015; Martínez Rodríguez, 2013). Entonces, como sostiene la

coordinadora *D.*, la ventaja está en que se revaloriza toda la atención, se posiciona en un lugar mucho más deseable, donde realmente se trabaja para la persona.

Añadidamente, la terapeuta *F.* menciona que una gran ventaja del enfoque radica en que supone un trato digno y respetuoso, constituyendo así, un buen trato hacia la persona que implica el no abandono, la no negligencia, como también la no complicidad en la negligencia, contribuyendo a que la persona se sienta escuchada, cómoda y a gusto. De este modo, requiere que se tengan en cuenta sus necesidades y deseos otorgándoles mayor calidad de vida, desde lo macro a lo mínimo, como por ejemplo, si necesita ir al baño, que lo lleven y no se haga en el pañal, si la persona come lento, no retirarle el plato porque ya se terminó la hora, o si no quiere ir a un taller, brindarle otra opción, darle lugar a que exprese qué tiene ganas de hacer. Al fomentar este tipo de trato, se respeta a la persona como es, con sus tiempos y sus costumbres, respetando el ritmo al que la persona está acostumbrada.

Además, la terapeuta *H.* refiere que otro alcance del enfoque es la libre elección. Así, explica que esto promueve que haya disfrute, que la persona tenga opciones de dónde elegir, y que existan diferentes alternativas orientadas a distintos tipos de población. De esta manera, se tiene en cuenta el deseo, tanto si la persona desea escoger otra actividad como también si desea no participar de ninguna. Pero que éste hacer nada sea por elección propia, no porque la institución no tiene oferta de actividades.

De esta forma, puesto que se trata de una atención personalizada, la coordinadora *D.* afirma que el tamaño de la institución puede presentarse como una limitación ya que las características que a menudo caracterizan a las residencias grandes, pueden dificultar la puesta en práctica del modelo (Martínez Rodríguez, 2015). Indica, además, que cuando el tamaño de la institución es más pequeño, el enfoque se da naturalmente, ya que la cantidad de residentes a asistir es menor y al tener menor cantidad de personal, comunicar la filosofía del enfoque para que se adopte como tal resulta más factible.

En cambio, en una residencia de gran tamaño, hay mucho personal, que en sí mismo va rotando, y que además muchas veces no da abasto con la cantidad de residentes. De esta forma, menos atención prestará a los tiempos de cada uno, perdiendo el foco de la ACP. De igual manera, la terapeuta *F.* aduce que, aunque se cuente con la cantidad de personal necesario, éste debe estar entrenado para entender que, como cuidador, es el factor conector entre el residente y el ambiente. Es decir, tal como se plantea en la terapia centrada en el cliente de Rogers (1980) donde la tarea terapéutica es una de facilitación, el personal debe comprender que él es el que facilita, no el que hace por la persona, disponiendo de un entorno

del cual la persona todavía pueda apropiarse, eliminando los obstáculos, a pesar de que su posibilidad de intervención sobre el mismo sea mínima.

Por este motivo, la terapeuta *F.* refiere que la desventaja del enfoque no reside en el proceso en sí sino que en la forma en que se comunica desde los altos mandos organizacionales hacia todo el personal. Pues, se debe hacer entender que el ECP es permitir que la persona todavía pueda intervenir (Brooker & Latham, 2015; Martínez Rodríguez, 2013). Más aún, la filosofía del enfoque debe comunicarse a todos los trabajadores que formen parte de la institución, desde el encargado de mantenimiento hasta el médico de planta.

Por último, la coordinadora del servicio *D.* expresa que los altos mandos organizacionales deben estar formados en gerontología. De esta manera, se pretende que a nivel estructura y organización, la institución esté pensada para el que vive dentro de ella y no para el que está de visita. *D.* ejemplifica casos en los que muchas veces no se resignan a señalar en función del residente, tal como caminos marcados en el piso o wayfindings que guíen a la persona y la orienten, sino que los letreros y la señalización se encuentran colgados del techo en vez de que sean accesibles a la mirada del residente. En la misma línea, la jefa del servicio *B.* expresa que, como profesional, uno debe recordar que el residente no vive en mi trabajo, sino que yo trabajo en su casa.

5.2. Alcances y limitaciones de la utilización del Método Montessori en personas residentes de tercera edad a opinión de los profesionales.

El método Montessori, como explica la terapeuta *F.*, es utilizado en el dispositivo de abordaje de personas con deterioro cognitivo moderado a severo, como también para personas con demencia. De este modo, en concordancia con Van der Ploeg et al. (2013), quienes sostienen que las actividades están diseñadas para intervenir sobre la memoria procedural, la cual está mejor conservada que la memoria verbal, la terapeuta explica que se trabaja para mantener y detener las pérdidas que conlleva el deterioro, trabajando con lo residual, es decir, con lo que tarda más en perderse. De esta forma, se trabaja con el fin de que las personas se mantengan activas en el medio (Skrajner, Malone, Camp, McGowan & Gorzelle, 2007).

La coordinadora *D.*, sostiene que Cameron Camps, como psicogerontólogo, comenzó a aplicar el método Montessori con el objetivo de disminuir las alteraciones comportamentales propias de las personas con demencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Organización Mundial de la

Salud, 1992), las cuales como hemos visto en el apartado anterior, generalmente responden a una necesidad psicosocial no satisfecha (Orsulic-Jeras, Judge & Camp, 2000).

Asímismo, la jefa del servicio *B.*, sostiene que un alcance, al utilizar el método Montessori, supone tener en cuenta primordialmente la necesidad de cada persona, haciendo especial hincapié en su contexto biográfico. Dentro de la misma línea, la terapeuta *F.*, comenta que esencialmente el aporte que les brindó la visión de Montessori es entender a la persona, comprender de dónde viene y cuál es su biografía, para poder, de este modo, plantear actividades que sean acordes a aquello que le gustaba hacer, dando lugar a que sean personalmente significativas (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002).

Por ejemplo, en los datos recaudados de la historia clínica de *Viviana R.*, se tomó nota de una aclaración particular donde se informaba que se la observaba a la residente de buen ánimo en actividades que implicaban movimientos y música, por lo cual se proponía aumentar la oferta de actividades con música así como también la participación en espacios lúdicos. De esta forma, se asemeja a la manera como trabajaba Montessori (1986) con los niños, partiendo primero de la observación de la persona, tomando nota de sus tendencias naturales e intereses para luego poder desarrollar un dispositivo acorde a sus necesidades así como también a su historia de vida.

Adicionalmente, la terapeuta *F.*, al ser entrevistada, expuso que uno de los principales alcances del método en cuestión es que se presenta como facilitador de apropiarse del ambiente. Por lo tanto, como sostienen Skrajner, Malone, Camp, McGowan y Gorzelle (2007), el método busca un incremento en los niveles de implicación (García-Soler et al., 2017) y participación en actividades. Es decir, como relata la terapeuta *F.*, se pretende que no haya personas que estén mirando al techo todo el día, y aunque éste sea el caso, que hayan objetos que fomenten una participación pasiva (Camp et al. 1997), que le llamen la atención, por ejemplo, que haya un florero para observar o un calendario para estimular la orientación temporoespacial.

Por lo tanto, tal como sostiene la coordinadora *D.*, se realiza una intervención sobre el ambiente institucional, en busca de que sea lo más parecido a donde cada persona vivió y lo más familiar posible, respetando las rutinas de los residentes. Así, coincide con lo que Camp (2010) sostiene al pronunciar que las personas con demencia necesitan estructura, actividades y orden en su entorno, tomando los materiales del contexto cotidiano.

De igual forma, la terapeuta *F.*, explica que el dispositivo Montessori, es utilizado como una forma de tratamiento no farmacológico para el abordaje de la demencia (Skrajner, Malone, Camp, McGowan & Gorzelle, 2007), el cual como manifiestan Álvarez y Vigil

(2006), actúa en base a la creencia de que el deterioro cognitivo empeora por la falta de estímulos. De esta manera, la terapeuta *F.*, al igual que Álvarez y Vigil (2006), expone que resulta esencial acompañar el tratamiento con un entorno protector y un apoyo social y familiar apropiado para que sea efectivo, condiciones que se ven favorecidas con la implementación de Montessori.

Por consiguiente, a través del método, se le atribuye una especial importancia al ambiente, tal como afirma la terapeuta *H.* Así, la coordinadora del servicio *D.* explica que, mediante el método Montessori, se brinda calidad de vida cuando el entorno se piensa en función de la persona. Cuando habla del entorno aclara que se refiere al entorno humano como también al no humano, tal como enuncia Martínez Rodríguez (2013), al explicar que la importancia se atribuye tanto al espacio físico como a los cuidadores y todo aquello relacionado con lo organizacional. En este sentido, al igual que como explica Montessori (1982), el profesional también forma parte del ambiente, por lo tanto, debe adaptarse a las necesidades del residente, con el objetivo de no presentarse como un obstáculo.

La terapeuta *H.* entrevistada, de manera análoga, sostuvo que a la hora de trabajar con personas que presentan deterioro cognitivo, la preparación del ambiente resulta fundamental. De este modo, explica que como lineamiento básico, debe ser un ambiente que no sea distractor. Esto se debe a que en personas con deterioro, la atención, la emoción y los sentimientos son muy lábiles, por lo cual, el entorno debe favorecer la no dispersión; ya que, si a una persona que no tiene deterioro le cuesta concentrarse en un ambiente distractor, para una persona con deterioro es aún más difícil sostener cualquier tipo de actividad, resultando imprescindible una estructura a la hora de su abordaje (Camp, 2010).

Por eso, la coordinadora *D.*, continúa expresando que todo lo que se encuentra en el ambiente debe estar allí por alguna razón, no hay sujetos ni objetos aleatorios, sino que todo lo que se presenta cumple alguna función, función que a su vez debe ser acorde a la persona. Así, la coordinadora *D.* ejemplifica situaciones en las cuales no se considera al residente, por ejemplo una situación en la cual en un sector de la institución el personal de piso escucha música pero no debido a que algún residente lo pidió, sino porque ellos lo decidieron, o si se encuentra la televisión prendida y lo que se está reproduciendo es lo que quiere ver, por ejemplo, el empleado de la cocina mientras coloca los platos en las mesas. En estos casos, explica la coordinadora, no se está pensando en la necesidad del residente, y se olvida el hecho de que como residencia geriátrica, ésta es su casa, por lo tanto la música, lo que se observa en la televisión como todo lo que se encuentra en el ambiente debe basarse en las preferencias de los residentes (Camp et al. 1997).

Por lo tanto, como explica la coordinadora *D.* a través del anterior ejemplo, lo que se busca es que la elección de lo que se escucha en el ambiente resulte reminiscente, que tenga la función de evocar, al poner música propia de la época de los residentes. Seguidamente, la terapeuta *F.* añade, al igual que Kitwood (1997), que muchas personas que trabajan en el campo de la gerontología, no han tenido una preparación adecuada para su trabajo y que ésta es una de las razones por las cuales la formación no debe destinarse únicamente al personal técnico de las áreas como psicología, medicina o enfermería, sino que debe dirigirse a todo el personal dentro de la institución.

En base a lo enunciado anteriormente, la coordinadora *D.* continúa explicando que resulta imprescindible tener en cuenta la realidad de la tercera edad institucionalizada. Por esta razón sostiene que a su parecer, el método no debe llevarse a lo fundamentalista, sino que debe adecuarse a lo que sucede en la práctica tomando sus principales lineamientos. De esta forma, explica que dentro de una institución uno se encuentra frente a una variedad de componentes que deben ser tomados en consideración (Martínez Rodríguez, 2015) y que implican una gran diferencia a la hora de implementar el método Montessori a comparación de lo que supone su aplicación en una institución educativa. Como se expuso anteriormente, el hecho de que el personal esté formado por personas de mantenimiento, enfermería, médicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, cada uno con sus propias incumbencias, con sus roles, con obligaciones ante la ley, teniendo actividad las 24 horas del día y personal que a su vez rota, constituyen algunas de las limitaciones que deben contemplarse a la hora de incorporar nuevas formas de abordaje.

Es por esto que la jefa del servicio *B.*, explicitó que en un primer momento, dentro de la institución, se tomó el método en cuestión como marco de referencia pero en la práctica se tuvo que modificar adecuándose a la realidad de las características de la institución. Por lo tanto, a opinión de ella, el método debe revisarse y reverse para que no resulte ser una estructura rígida ni demasiado estructurada a la hora de utilizarlo en una institución, ya que de ser así, resulta abrumador también para aquellos profesionales que acercan éste tipo de actividades. De igual manera, la terapeuta *H.*, resalta la necesidad de estar en constante actualización, de profesionalizarse y buscar más variantes tanto en cuanto al material y los elementos presentados, como a los ritmos para que se ajusten a la singularidad de los residentes y así otorgar una atención de calidad que es lo que principalmente pretende el método Montessori (Kitwood, 1997).

No obstante, según la terapeuta *H.*, el método Montessori presenta otra ventaja la cual consiste en que permite mantener las funciones elementales tales como las praxias o las

gnosias. Así, debido a que se trabaja con personas con deterioro cognitivo severo, la jefa del servicio *B.* explica que siempre se debe presentar primero una actividad simple para que logren llevarla a cabo con facilidad y no se genere una sensación de frustración que los paralice y no quieran continuar, tal como sostienen Camp, Cohen-Mansfield y Capezuti (2002) cuando aclaran que las actividades del dispositivo Montessori buscan tener altos niveles de éxito inicial, presentando la actividad primero en su nivel más simple y luego aumentando su complejidad.

De esta manera, la terapeuta *H.*, explica que en los casos de personas con deterioro cognitivo severo donde la estimulación cognitiva no resulta porque la persona no es capaz de interactuar con un otro o de sostener la atención por periodos muy largos, queda un bache por abandono de no saber cómo abordarlo y de ésta forma termina perdiendo cada vez más funciones, volviéndose cada vez más inerte. Entonces, la terapeuta expone que el método es muy útil ya que hay una gran distancia entre una persona que perdió toda la cognición y una que puede hacer estimulación cognitiva sobre la cual se puede trabajar, fomentando una interacción con el ambiente para que haya el mayor control posible de las actividades de la vida diaria (Brooker & Latham, 2015; Martínez Rodríguez, 2013).

A modo de ejemplo, la terapeuta *F.*, explica que aunque no sepan qué deben hacer con un tenedor o un peine, ni puedan elaborar algo complejo a partir de esos objetos, la manutención de la función permite que sepan que el tenedor debe ir a la boca o que el peine se pasa por el pelo. Es así como, al entrenar aquellas funciones remanentes para que se mantengan la mayor cantidad de tiempo posible (Camp et al., 1993; Camp et al., 1997), se brinda calidad de vida a pesar de que no haya posibilidad de que la persona mejore cognitivamente (Yanguas, 2007).

La terapeuta *H.*, sin embargo, resalta que para que se logren mantener las funciones, es crucial que haya una constancia en el abordaje, señalando que dentro de la institución los talleres que utilizan el método Montessori se realizan únicamente dos veces por semana, lo cual le parece una oferta escasa. Además, insiste en que debido a que la atención en las personas con demencia no se mantiene por períodos muy largos, se propuso ubicar a cada residente en una franja de diez minutos aproximadamente dentro de la hora total que dura el taller. Pero, tal como se pudo observar en las horas de práctica, ésta organización no se llevaba a cabo, debido a, por ejemplo, los tiempos de los acompañantes que no se acomodaban a la necesidad del residente y en vez de llevarlos al taller al horario pautado, los llevaban y los buscaban a todos juntos a una determinada hora. De esta forma, continúa explicando, a pesar de que la teoría del método permite que hayan varias personas en

simultáneo favoreciendo la interacción, la conexión con un otro y el aprendizaje lateral (Álvarez & Vigil, 2006), lo que sucede en la práctica es que se dispersan, comienzan a hablar de cualquier tema, se interrumpen, se paran de la silla y se desconcentran por lo cual a nivel organizacional se deben tener en cuenta dichas cuestiones.

Por último, a través de la lectura de las historias clínicas y de las observaciones dentro de la institución, se tomó nota de un punto fundamental en el dispositivo Montessori el cual consiste en saber medir el grado de asistencia que necesita el residente. Por ejemplo, en las actividades del taller de Montessori, *Hilda R.* realiza las tareas que se le ofrecen con muy poca asistencia, en cambio, *Viviana R.*, requiere asistencia al momento de comenzar y finalizar las tareas, y *Nora B.* responde a consignas sencillas como identificación de colores y praxias procedurales pero con asistencia constante. Por otro lado, en el caso de *Teresa J.*, se observó una disminución pronunciada de sus habilidades de lectura y nominación en el mes de junio comparado a los meses anteriores, no logrando completar dichas tareas sin asistencia. De esta forma, al igual que la figura del maestro planteada por Montessori (2013), la terapeuta *H.*, destaca que es preciso medir el nivel de ayuda que se debe prestar al residente día a día, para de este modo fomentar la autonomía y la iniciativa personal. Es así que Montessori (1966), sostiene la creencia de que en cada nivel de la vida existen diferentes necesidades y manifestaciones, buscando a través del método que la persona pueda desarrollarse a su propio ritmo (Salvarezza, 1998).

5.3. Análisis de la aplicación del Método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona en una institución de tercera edad

En el presente apartado se parte de la certeza de que tal como sostiene la jefa del servicio *B.*, la utilización del método Montessori es una forma de gestionar el enfoque centrado en la persona, concordando con investigaciones que exponen que el método en cuestión es un instrumento útil para desarrollar planes de atención centrados en la persona (Erkes, Camp, Raffard, Gély-Nargeot & Bayard, 2017).

Así, la terapeuta ocupacional *H.*, explica que el Enfoque Centrado en la Persona (ECP) se utiliza dentro de la institución como una forma de acercamiento a los residentes, una forma de abordaje donde, uno de los caminos por los cuales se puede llevar a cabo es el método Montessori. Continúa aclarando que esto se debe a que el método, al igual que el ECP, en sus bases y principios, otorga especial importancia al deseo de la persona, reconociendo quién era en su juventud, cuál era su trabajo, cuáles eran sus gustos, qué era lo que acostumbraba hacer, es decir, poseer un entendimiento del contexto biográfico de cada residente en particular

(Martínez Rodríguez, 2013). De esta forma, la terapeuta *F.* aclara que lo enunciado anteriormente es utilizado como medio para lograr un fin, el cual supone que la persona, por ejemplo, pueda categorizar mediante una praxia constructiva, utilizando objetos cotidianos que se adecuen a la persona. Así, la terapeuta *H.* comenta que al trabajar con personas que tienen un deterioro cognitivo moderado a severo, las actividades de Montessori necesariamente deben ser abordadas de modo individual, siendo uno a uno con un terapeuta, coincidiendo con lo que es ECP ya que implica un trabajo personalizado (Camp; 2010; Kaldy, 2007; Van der Ploeg et al., 2013).

Dentro de la misma línea, la coordinadora *D.* relata que si el ingreso a la institución fue realizado de manera apropiada, a través de la entrevista inicial, se obtienen los datos necesarios de la historia de vida que han sido expuestos en el párrafo anterior y los profesionales pueden nutrirse de ellos (Fernández Ballesteros, 2004; Lozano Poveda, 2011; Martínez Rodríguez, 2013). En el caso contrario, expresa que se intenta acceder a dichos datos de alguna forma, consiguiéndolos a posteriori ya sea mediante la familia, el servicio social que funciona como enlace entre las familias y la institución o a través del personal que trabaja de forma directa con los residentes, ya que al interactuar diariamente con la persona se abre el espacio para conocerla en profundidad y poder proveer información pertinente.

Asimismo, todas las entrevistadas afirmaron que tanto desde el enfoque como desde el método, se busca atender específicamente a las necesidades de cada residente. Así, la coordinadora *D.* comenta que se debe resignificar constantemente el servicio para que vaya mutando hasta adaptarse a los requerimientos de cada persona dentro de la institución (Camp, Cohen-Mansfield & Capezuti, 2002), lo cual puede sonar un tanto utópico o inalcanzable, pero la jefa del servicio *B.* sostiene que es un camino que toma tiempo y que exige mucho trabajo pero que puede ser llevado a cabo. Además, sostiene que para facilitar la implementación del tipo de atención que se desea, se puede comenzar de a poco, enfocándose por sectores hasta alcanzar la totalidad de la institución.

De este modo, para que se lleve a cabo un abordaje donde se ponga en el centro a la persona, tomando postulados basados en el método Montessori para la gestión de la vida cotidiana, al ensamblarlos con las dinámicas dentro de la institución, todas las entrevistadas sostuvieron que lo primordial e indispensable reside en la capacitación, concordando con Brooker y Latham (2015) y Martínez Rodríguez (2013). Asimismo añaden que, en primer lugar, los directivos de la organización deben confiar y creer en que éste es el camino y el enfoque para brindar una atención de calidad. Luego, debe haber capacitación continua, utilizando una variedad de recursos tales como videos, trabajos prácticos, role playing, así

como también un entrenamiento con práctica de casos que atañen a lo que es centrado en la persona, así como también un entrenamiento en las actitudes que favorecen un trato singular quitando a la persona de la posición de objeto. Acompañando la capacitación, la coordinadora *D.*, relata que es indispensable contar con espacios de supervisión y reuniones de equipo, fomentando el trabajo interdisciplinario.

Con el objeto de que haya una atención realmente centrada en la persona, la coordinadora *D.* continúa explicando que lo que no debe haber es rotación de personal, lo cual como se expuso anteriormente, se presenta como una limitación ante la ACP (Martínez Rodríguez, 2015). Por lo tanto, en la medida en que el personal no rote, realmente conocen a la persona, pero, en el caso contrario, si rotan a cada rato, si hay personal externo o personal que es eventual, dicho acercamiento se ve obstaculizado. Así, la terapeuta *F.* expone que éste conocimiento del día a día es el que le permite al profesional contar con herramientas para enfrentarse a determinadas situaciones. A saber, cómo el residente quiere ser tocado, cómo no quiere ser tocado, si hay algún color, alguna música o alguna actividad que le guste o si hay algo específico que le molesta. De esta manera, la terapeuta continúa explicando, esto permite que, por ejemplo, en el caso de una persona que se encuentre agitada, el personal sepa a qué debe recurrir para que se tranquilice.

En definitiva, la coordinadora *D.* establece que todo comienza en la dirección de la institución, siendo allí donde se deben rever las relaciones humanas y la forma en la que se trata a la persona que está trabajando para que ésta pueda a su vez brindar un trato deseable a los residentes. Luego debe haber capacitación exhaustiva y por último, que no haya rotación del personal, y en el caso de que roten, que sea el equipo entero ya formado para que en conjunto conozcan otro sector. Por último, realiza una aclaración que supone que en los sectores que atienden residentes con deterioro severo, cada un año o un año y medio como máximo, el personal debería rotar para evitar un burn out el cual Perlman y Hartman (1982) indican que es una respuesta al estrés profesional crónico que tiene tres componentes: a) agotamiento emocional y/o físico, b) baja productividad laboral y c) una excesiva despersonalización.

Por otro lado, tal como explicitan la jefa del servicio *B.* y la terapeuta *F.*, resulta imprescindible aprehender como postulado básico tanto de la atención gerontológica centrada en la persona como del método Montessori, la importancia que se le atribuye al ambiente (Martínez Rodríguez, 2013; Montessori, 1966; Montessori, 1982). De esta forma, la terapeuta *F.*, sostuvo que tanto la ACP como el método se articulan en éste aspecto, facilitando un

ambiente para incrementar los niveles de implicación, considerando tanto los aspectos humanos como no humanos en función del residente.

De esta forma, la jefa del servicio *B.* relata que se busca construir un ambiente propicio al libre desarrollo de la persona, en un entorno que promueva la dignidad y la libre elección. Por tal motivo, la terapeuta *H.* explica que la convocatoria a los talleres de Montessori debe realizarse como una invitación y no una obligación (Camp, 2010; Kaldy, 2007; Van der Ploeg et al., 2013), otorgando a la persona el control de sus propias decisiones. Así la terapeuta continúa explicando que, éste postulado que considera la libertad de elección, desde la ACP, debe implementarse en todos los ámbitos de la institución, no sólo en los talleres de Montessori; de tal manera que, antes de cada taller o actividad, se le debe preguntar a la persona si quiere participar o no, en vez de transportarlo de aquí para allá como si fuese un objeto. Además, lo mismo se procura en las actividades que tengan que ver con la vida diaria, tales como el vestir, la comida y la higiene, buscando respetar los tiempos de cada uno.

Por último, cabe señalar que todas las entrevistadas afirmaron que, en su opinión, no hay puntos en los que la ACP y el método Montessori no concuerden. Por tal motivo, sostienen que ambos se pueden tomar en conjunto y articular en la práctica para acercar una atención de calidad al hacer foco en la centralidad del residente y en el ambiente apropiado para que, a pesar de la pérdida de la funcionalidad y el deterioro cognitivo, los cuales según Cabré y Serra-Prat (2004), Luppá et al. (2009) y Rudberg, Sager y Zhang (1996) son las principales causas de institucionalización, se puedan mantener las funciones necesarias para las AVD el mayor tiempo posible.

6. Conclusiones

En base a los objetivos planteados al comienzo del presente trabajo de investigación, se sostiene que éstos se han cumplido articulando los datos obtenidos a través de las horas de práctica dentro de la institución con la teoría del marco teórico.

De este modo, dentro del primer objetivo, el cual buscaba describir los alcances y las limitaciones del Enfoque Centrado en la Persona (ECP) en residentes de tercera edad a opinión de los profesionales, se han delineado los principales alcances los cuales incluyen un trato singular y un cuidado personalizado de la persona y su ambiente, revalorizando la atención, promoviendo un trato digno y respetuoso, teniendo en cuenta la historia personal de cada residente, comprendiendo las distintas necesidades de cada uno, nutriendo de este modo, la condición de persona (Kitwood, 1997). Así, se busca romper con una forma antigua de

trabajo que estandariza y burocratiza la atención y las distintas maneras comprendidas dentro de lo que Kitwood (1997) describió como ‘Psicología Social Maligna’.

No obstante, el ECP presenta sus limitaciones, las cuales también se propuso describir en el primer objetivo. Una de ellas tiene que ver con la incertidumbre que supone el traspaso de una atención centrada en el servicio a una centrada en la persona, ya que se dejan atrás las garantías con las cuales se solía atender. De esta forma, al no contar con una definición clara ni con pautas concretas sobre cómo llevar a cabo la calidad de la ACP, el enfoque se puede ver obstaculizado, además de las características que habitualmente caracterizan a las instituciones de gran tamaño. Por ésta razón, resulta imprescindible que el personal se encuentre debidamente entrenado en lo que es ECP para comprender que su tarea es de facilitar, disponiendo de un ambiente del cual la persona todavía pueda apropiarse. De esta manera, la forma en la que se comunica el ECP desde los directivos de la institución hacia todo el personal que forme parte de la institución es vital.

En cuanto al segundo objetivo, el cual suponía una descripción de los alcances y limitaciones de la utilización del método Montessori en personas residentes de tercera edad a opinión de los profesionales, se llegó al primer alcance el cual posiciona al método como una manera favorable de trabajar con personas con demencia. El método otorga especial importancia al contexto biográfico de cada persona, al igual que en el ECP, y se presenta como facilitador de apropiarse del ambiente, atribuyendo una especial importancia a éste último para incrementar los niveles de implicación (García-Soler et al., 2017) y la participación de los residentes en las actividades. Además, permite mantener las funciones elementales que permiten desarrollar las AVD la mayor cantidad de tiempo.

Al igual que en el ECP, el método Montessori presenta sus limitaciones, las cuales fueron abordadas en profundidad en el segundo objetivo. Como se ha mostrado, éstas tienen que ver con el hecho de que al momento de incorporar una nueva forma de abordaje, se debe tener en cuenta que existe una diferencia con lo que es su aplicación en una institución educativa, teniendo que considerar la realidad de la tercera edad institucionalizada, la cual presenta una variedad de componentes que si no se prevén, pueden convertirse en obstáculos. Algunos de éstos son, la diversidad de personal, la rotación del personal, cada uno con sus propias incumbencias, con sus roles, con obligaciones ante la ley y tener dentro de la institución actividad las 24 horas del día. Por éstas razones, en base a lo recaudado a través de los instrumentos, se recomienda que el método se revise y revea para que se ajuste a las características de cada institución en particular y no derive en un dispositivo inflexible a la hora de utilizarlo.

En suma, a través del primer y segundo objetivo, se pudo obtener un entendimiento de los principales alcances y limitaciones del ECP y del método Montessori, para así poder llevar a cabo el análisis de su implementación conjunta. De esta forma, se concluye que la implementación del método Montessori es uno de los caminos por lo cuales se puede llevar a cabo el ECP y que, como sostuvieron las entrevistadas, ambos se pueden tomar en conjunto y articular en la práctica para acercar una atención de calidad manteniendo las funciones necesarias para las AVD el mayor tiempo posible. Así, tanto uno como el otro comparten lineamientos básicos tales como la centralidad del residente, el trato digno, la importancia atribuida a su contexto biográfico, atender a sus necesidades y deseos, acercando una forma de trabajo personalizada y valorando la individualidad de cada persona, proporcionando un ambiente que facilite el libre desarrollo de la persona.

De forma tal que todo lo anterior pueda llevarse a la práctica, es indispensable que desde los directivos de la institución se recreen las relaciones humanas y consideren que tanto el ECP como el método Montessori es la forma de abordaje que quieren para su institución. A partir de eso, debe haber una capacitación constante. Una vez que se ha considerado lo anterior, es esencial que el personal no rote ya que si hay rotación constante, el trabajo personalizado que supone tanto el enfoque como el método no se logra ya que no se llega al nivel de confianza necesario para conocer a la persona en profundidad, aunque, como sostuvo una de las entrevistadas, el personal que trabaja en los sectores con deterioro severo, debería rotar cada un año o un año y medio para evitar un burnout (Perlman & Hartman, 1982).

Con lo enunciado en el párrafo anterior y el desarrollo de la totalidad del trabajo de investigación, se propone como nuevas líneas de investigación, el estudio en la respuesta emocional frente al estrés profesional denominada burnout, ya que como sostienen Perlman y Hartman (1982) ésto suele predominar en ámbitos donde se trabaja en contacto con personas, por lo tanto, se propone investigar específicamente acerca del burnout en empleos que trabajen con personas con deterioro severo, para de este modo, encontrar maneras de evitarlo o de abordarlo en el caso de que suceda. Además, se propone investigar acerca de modelos o pautas concretas que faciliten la puesta en práctica del ECP tales como el modelo 'VIPS de Brooker (2013), ya que la mayoría de las entrevistadas sostuvo que la incertidumbre que se transita a la hora de pasar de una atención centrada en el servicio a una centrada en la persona dificulta brindar el tipo de atención que realmente se desea ofrecer. Por ésta razón, se piensa que resultaría beneficioso que el enfoque cuente con una definición más clara de cómo implementarlo en la práctica, para que también su aplicación se pueda ampliar a todas las

instituciones geriátricas ya que resulta ser una manera de abordaje que piensa en función de la persona, valorando su individualidad.

En cuanto a lo que respecta a las limitaciones del presente trabajo, se podría decir en primer lugar, que debido a cuestiones personales de la pasante, no se pudo asistir en ningún momento de la práctica a los talleres que ofrecía la institución por la mañana, siendo éste horario, el momento en el cual había mayor actividad en el geriátrico. Además, por la mañana se contaba con mayor cantidad de profesionales trabajando, por lo cual, por ejemplo, no se pudo estar en contacto directo con las psicólogas del hogar, más allá del encuentro pautado para realizar las entrevistas. Por ello, se perdió la oportunidad de vivenciar el rol del psicólogo dentro de una institución geriátrica, lo cual, se cree, hubiese sido una experiencia enriquecedora.

Por otro lado, como se mencionó en el desarrollo de los objetivos, dentro de la institución se implementa el método Montessori pero no de manera estricta, sino que tomando sus principales postulados para desarrollar los talleres que se basan en ésta filosofía. Por lo tanto, ésto dificultó el momento de articular la teoría del marco teórico con la del desarrollo, ya que las investigaciones de las cuales se habla en el marco teórico aplican el método en sentido fundamentalista, adecuando el ambiente estrictamente en base al método, lo cual no sucedía en la institución en cuestión. De este modo, los talleres de Montessori se presenciaron pero no se pudo sacar demasiado provecho de ellos ya que, por ejemplo, el postulado que supone que las actividades basadas en el método deben realizarse de forma individual (Camp; 2010; Kaldy, 2007; Van der Ploeg et al., 2013) no se cumplía debido a que, como se mencionó anteriormente, los ocho residentes que participaban del taller eran llevados todos juntos en el mismo horario por lo cual el abordaje personalizado se veía impedido.

Dentro de la misma línea, tal como se enunció anteriormente, la institución donde se realizaron las prácticas profesionales se encontraba en un proceso de cambio, dejando atrás la atención centrada en el servicio para empezar a trabajar desde la atención centrada en la persona. Por ésta razón también, al igual que con el método Montessori, no se vió una rigurosa implementación de la ACP ya que se encontraban mutando de una atención a la otra, por lo cual más que nada, se debió valer, tanto en el método como en la ACP, de los datos teóricos y lo recaudado a través de las entrevistas más que de las observaciones dentro de la institución.

Por otro lado, en el transcurso de las horas de práctica dentro de la institución, se presentó un interrogante en relación a si éste tipo de abordaje puede implementarse en instituciones o ámbitos que no cuenten con la cantidad de recursos con los que cuenta el

hogar en cuestión. Ésto se debe a que debido al presupuesto que requiere la gran demanda de personal que supone un enfoque personalizado como lo es el ECP, así como también los recursos necesarios para los materiales que se utilizan en los talleres de Montessori y la capacitación requerida, surge la pregunta de si es viable implementar el método Montessori en la Atención Gerontológica Centrada en la Persona en instituciones de bajos recursos o que no cuenten con un presupuesto semejante al de la institución donde se realizó la práctica.

A modo de aporte personal, se ha observado que en cuanto a la puesta en práctica de los abordajes descritos en éste trabajo, se debería prestar especial atención a las cuestiones organizacionales de la institución que en muchos casos dificultan que los mismos se desarrollen de forma adecuada. Por ejemplo, considerar los horarios del personal para ubicar más convenientemente a los acompañantes con los residentes que se le asignen, de modo tal que los horarios de uno y otro no interfieran en la dinámica que se busca establecer. Además, que los horarios de los talleres y actividades consideren por ejemplo los horarios de las siestas para que, en el caso de aquellos residentes que duermen la siesta, no vayan a la actividad disgustados porque los levantaron de su descanso.

Por último, la experiencia del presente trabajo ha abierto un nuevo campo de posibilidades para la pasante de las prácticas profesionales, dejando de lado los prejuicios que se tienen en relación a las personas de la tercera edad. Dichos prejuicios se encuentran instaurados a nivel social y es por ello que se cree que a través de la utilización de la ACP, se le devuelve al viejo la sensación de control sobre sí mismo y el sentimiento de valía, a través de un trato basado en el respeto y en la dignidad sin importar el nivel de deterioro que presente la persona (Brooker & Latham, 2015; Epp, 2003; Fernández Ballesteros et al., 2016; Martínez Rodríguez, 2011), lo cual no suele suceder en otros tipos de atención, ni tampoco a nivel social, siendo la vejez una etapa de la vida que tiende a ser excluida e invisibilizada. De esta forma, se suele olvidar que la vejez es una etapa de la vida tan rica como las otras, donde tanto las personas más jóvenes como las viejas pueden nutrirse del intercambio y de las interacciones entre sí. Por ésta razón, se considera que el ECP y el método Montessori son acercamientos a un modo apropiado de tratar a los adultos mayores y de descubrir todo aquello que se esconde detrás de las apariencias desgastadas.

7. Referencias

- Alaba, J., Arriola, E., Navarro, A., González, M. F., Buiza, C., Hernández, C. & Zulaica, A. (2011). Demencia y dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(3), 176-186.
- Álvarez, M. S. & Vigil, P. A. (2006). Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Rev Minist Trab Asun Soc*, 60, 129-147.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2001). *Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales-TR (DSM-IV- TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bentosela, M. & Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18022205.pdf>
- Blessed, G., Tomlinson, B. E. & Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *The British Journal of Psychiatry*, 114(512), 797-811. doi: 10.1192/bjp.114.512.797
- Brooker, D. (2005). Dementia care mapping: a review of the research literature. *The Gerontologist*, 45(suppl_1), 11-18. doi:10.1093/geront/45.suppl_1.11
- Brooker, D. (2013). Atención centrada en la Persona con Demencia. *Barcelona: Octaedro*. Recuperado de: Brooker, D. (2013). Atención centrada en la Persona con Demencia. *Barcelona: Octaedro*. Recuperado de: <https://elibros.octaedro.com/appl/botiga/client/img/08001.pdf>
- Brooker, D. & Latham, I. (2015). *Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

- Cabré, M. & Serra-Prat, M. (2004). Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(6), 367-370.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 163-174. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600589/>
- Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J. & Capezuti, E. A. (2002). Mental health services in nursing homes: Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397-1404. doi: 10.1176/appi.ps.53.11.1397
- Camp, C. J., Foss, J. W., Stevens, A. B., Reichard, C. C., Mckitrick, L. A. & O'Hanlon, A. M. (1993). Memory training in normal and demented elderly populations: the EIEIO model. *Experimental Aging Research*, 19(3), 277-290. doi: 10.1080/03610739308253938
- Camp, C. J., Judge, K. S., Bye, C. A., Fox, K. M., Bowden, J., Bell, M. & Mattern, J. M. (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *The Gerontologist*, 37(5), 688-692. doi: 10.1093/geront/37.5.688
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P. & Casanova Carrillo, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista cubana de medicina general integral*, 20(5-6), 0-0.
- Crain, W. (2015). *Theories of Development: Concepts and Applications: Concepts and Applications*. Nueva York: Psychology Press.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 73, No. 4, pp. 321-330). UNMSM. Facultad de Medicina. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832012000400009&script=sci_arttext

- Díaz-Veiga, P., Méndez, A. U., Lezaún, J. Y., Pasqual, M. F. C., Castiello, M. S. & Aramburu, A. O. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al modelo de atención centrado en la persona en un grupo residencial. *Revista de Servicios Sociales*, 61, 53-63. Recuperado de: <http://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/estamos-mejorando-la-atencion-efectos-de-intervenciones-relativas-al-modelo-de-0>
- Edvardsson, D., Winblad, B. & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7, 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2
- Epp, T. D. (2003). Person-centred dementia care: A vision to be refined. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 5(3), 14-19. Recuperado de: http://www.livingdementia.com/downloads/newsletters/2010/sep_oct/person-centered_dementia_care.pdf
- Erkes, J., Camp, C. J., Raffard, S., Gély-Nargeot, M. C. & Bayard, S. (2017). Assessment of capabilities in persons with advanced stage of dementia: Validation of The Montessori Assessment System (MAS). *Dementia*, 0(0), 1–18. doi: 10.1177/1471301217729533
- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. & Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 47-56. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (73), 89-104. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61355/88779>
- Fernández Ballesteros, R. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández Ballesteros, R., Caprara, M. G. & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, 13(1), 63-85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1798/179817825004/>

- Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence=1
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P., & Huici, C. (2016). Is older adult care mediated by caregivers' cultural stereotypes? The role of competence and warmth attribution. *clinical interventions in aging*, 11, 545. Recuperado de: <http://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/los-estereotipos-culturales-de-los-cuidadores-intervienen-en-la-asistencia-los-adult-0>
- Fematt, F. M. Á. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El residente*, 5(2), 49-54. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>
- García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., Suárez Pérez de Eulate, N., Mondragón, G. & Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 65–70. doi:10.1016/j.regg.2016.07.002
- Griffa, M.C. & Moreno J. E. (2005). Claves para una psicología del desarrollo (1a ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Guardini, R. (1997). *Las etapas de la vida: su importancia para la ética y la pedagogía* (Vol. 3). Palabra.
- Jiménez, S. A. P., Ortiz, E. C. & Soto, M. P. A. (2011). *Modelo De Atención Para El Cuidado De Adultos Mayores Institucionalizados Desde Trabajo Social*. México: Palibrio.
- Kaldy, J. (2007). Montessori Method Can Benefit Alzheimer's Patients. *Caring for the Ages*, 8(4), 20-21. Recuperado de: [https://www.caringfortheages.com/article/S1526-4114\(07\)60092-4/pdf](https://www.caringfortheages.com/article/S1526-4114(07)60092-4/pdf)
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open university press.
- Kramer, R. (2017). *Maria Montessori: a biography*. Nueva York: Diversion Books.

- López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.
- Lozano Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/2991/2202>
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E. & Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*, 39(1), 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de: <https://www.ceafa.es/files/2012/05/4e96de5f42-2.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.
- Martínez Rodríguez, T. (2015). Atención centrada en la persona y características de los servicios gerontológicos. *Informes acpgerontología*, nº2. Recuperado de: <http://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/atencion-centrada-en-la-persona-y-caracteristicas-de-los-servicios-gerontologicos>.
- Martínez Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M & Rodríguez, P. (2014) *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos*. Alava: Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.
- Montessori, M. (1966). *The human tendencies and Montessori education*. Amsterdam: Association Montessori Internationale.
- Montessori, M. (1971). *The four planes of education*. Amsterdam: Association Montessori Internationale.

- Montessori, M. (1982). *El Niño, el secreto de la infancia* (; 6ª reimp.). México: Diana. (Obra original publicada en 1958).
- Montessori, M. (1986). *La mente absorbente del niño*. México: Diana.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Orsulic-Jeras, S., Judge, K. S. & Camp, C. J. (2000). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107-111. doi: 10.1093/geront/40.1.107
- Perlman, B. & Hartman, E. (1982). Burnout, summery and future research. *Human relations*, 35 (4), 283-305. New York.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G. & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 56(3), 303. doi:10.1001/archneur.56.3.303
- Riquelme, A. (1998). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Murcia: EDITUM.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's Point of View of Psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rudberg, M. A., Sager, M. A. & Zhang, J. (1996). Risk factors for nursing home use after hospitalization for medical illness. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51(5), M189-M194. doi:10.1093/gerona/51a.5.m189

- Salvarezza, L. (1996). Viejismo. Los prejuicios contra la vejez. *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, 16-36. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/335510646/Psicogeriatría-a-Teoría-y-clínica-Leopoldo-Salvarezza>
- Salvarezza, L. (1998). La vejez. Buenos Aires: Paidós.
- Sanchidrián Blanco, C., & Blanco, C. S. (2003). *María Montessori: El Método de la Pedagogía científica: aplicado a la educación de la infancia*. Madrid: Biblioteca Nueva.(Edición y estudio introductorio de Carmen Sanchidrián Blanco).
- Shapiro, E. & Tate, R. (1988). Who is really at risk of institutionalization?. *The gerontologist*, 28(2), 237-245. doi: 10.1093/geront/28.2.237
- Skrajner, M. J., Malone, M. L., Camp, C. J., McGowan, A. & Gorzelle, G. J. (2007). Research in Practice: Montessori- Based Dementia Programming®. *Alzheimer's Care Today*, 8 (1), 53-64.
- Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37 (S2), 74-105. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/docint/envejecimiento.pdf>
- Van der Ploeg, E. S., Eppingstall, B., Camp, C. J., Runci, S. J., Taffe, J., & O'Connor, D. W. (2013). A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with dementia. *International psychogeriatrics*, 25(4), 565-575. doi: 10.1017/S1041610212002128
- Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer* (No. 21011). Imserso.
- Zeig, J. K. (2015). *The Evolution of Psychotherapy: The 1st Conference*. New York: Routledge.

