



Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional en Personas Mayores con Demencia

Terapia Ocupacional en Usuarios con Deterioro Cognitivo o Demencia en una Unidad Geriátrica de Agudos: Una Experiencia de Hospitalización Amigable.

Terapia Ocupacional en Centro Kintun: de la Estimulación a la Participación.

Oportunidades de Participación para Personas con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia que se Encuentran Institucionalizadas.

Adultos Mayores Acompañando a Otros Adultos Mayores con Demencia Tipo Alzheimer. Una Experiencia Comunitaria desde la Terapia Ocupacional.



Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional

Terapia Ocupacional en Personas Mayores con Demencia

Escuela de Terapia Ocupacional
Facultad Ciencias de la Salud



CONTEXTO

N°3-2016.

Publicación Anual desde 2012

Escuela de Terapia Ocupacional

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Central de Chile

ISSN 0719-1707

Dirección:

Escuela de Terapia Ocupacional

Universidad Central de Chile

Lord Cochrane 417

Torre A, piso 5

Santiago de Chile

Email: mvaldesr@ucentral.cl

Teléfonos:

(56-2) 2582 6570

(56-2) 2582 6574

Diseño e Impresión:

entremedios

Contexto publica trabajos originales de Terapeutas Ocupacionales a fin de difundir conocimientos nacidos desde la práctica profesional.

Cada número está dedicado a un tema específico de la praxis en Terapia Ocupacional, seleccionado por el Comité Editorial para este fin.

Los autores son responsables por los contenidos y puntos de vista expresados, los cuales no necesariamente coinciden con los de la Editora, el Comité Editorial o la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Central de Chile.

ContextTO se reserva el derecho de realizar modificaciones formales a los textos originales si lo considera necesario.

ContextTO somete los trabajos recibidos a revisión por pares expertos.



UNIVERSIDAD
CENTRAL

DIRECTORA

TO Alicia Valdés Rojas

Magíster en Integración Social de Personas con Discapacidad.
Fundadora Revista Chilena de Terapia Ocupacional.
Directora Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.

EDITORA

TO Stephanie Prieto Suazo

Candidata a Magíster en Terapia Ocupacional con Mención en Salud Física,
Universidad Andrés Bello.
Terapeuta Ocupacional, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Académica Área Adulto Mayor Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad
Central de Chile.

COMITÉ EDITORIAL

TO Enrique Henny Köller

Terapeuta Ocupacional y Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana
de la Universidad de Chile.
Especialista en Integración Sensorial.
Miembro de la Sociedad Chilena de Ciencias de la Ocupación y de la
Corporación Chilena de Integración Sensorial.
Fundador y director de Terapias para el Desarrollo, TEDES.

TO Irene Muñoz Espinosa

Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile.
Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.
Orientadora Familiar, Instituto Carlos Casanueva.
Académica Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.

Dr. Gustavo Reinoso, PhD, OTR/L

Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina.
Doctor of Philosophy (PhD) en Nova Southeastern University (NOVA), EEUU.
Miembro de Staff para la Certificación en Integración Sensorial en
Universidad Sur de California, EEUU y en Universidad de Ulster, Irlanda y Gran
Bretaña.
Director y Co-Fundador en Advance Therapy Systems, (ATS).

TO Evelyn Álvarez Espinoza

Magíster en Ciencias Biológicas, Mención Neurociencias,
Universidad de Chile.
Diplomada en Neuropsicología del Adulto,
Universidad Católica de Chile - U de Chile.
Terapeuta Ocupacional, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Académica Universidad Central de Chile.

TO Constanza Briceño Ribot

Terapeuta Ocupacional, Hospital Clínico Universidad de Chile.
Candidata a Magíster en Bioética, Universidad de Chile.
Miembro de Sociedad Chilena de Geriátría y Gerontología de Chile.
Académica Universidad de Chile y Universidad Central de Chile.



CONTENIDOS

Introducción a la presente edición:

Terapia Ocupacional en la Adulter Mayor.

T.O Stephanie Prieto Suazo 11

Terapia Ocupacional en Usuarios con Deterioro Cognitivo o Demencia en una Unidad Geriátrica de Agudos: Una Experiencia de Hospitalización Amigable.

T.O Esperanza Araya Orellana

Coautores: TO Eliana Araya Orellana y TO José Miguel Aravena 25

Terapia Ocupacional en Centro Kintun: de la Estimulación a la Participación.

T.O Jean Gajardo Jauregui

T.O José Miguel Aravena Castro

T.O Trinidad Callejas Bello

T.O Javiera Rodríguez Fuentes

T.O Diana Tello Guerra 69

Oportunidades de Participación para Personas con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia que se Encuentran Institucionalizadas.

T.O María José Ayala Jiménez 106

Adultos Mayores Acompañando a Otros Adultos Mayores con Demencia Tipo Alzheimer. Una Experiencia Comunitaria desde la Terapia Ocupacional.

TO Natalia Pérez Núñez 132

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE REVISTA CONTEXTO 163

ContexTO somete los trabajos recibidos a revisión por pares expertos.

Introducción a la presente edición: Terapia Ocupacional en la Adulthood Mayor



T.O. Stephanie Prieto Suazo

Candidata a Magíster en Terapia Ocupacional con Mención en Salud Física, Universidad Andrés Bello

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile

Académica Área Adulto Mayor, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile

stephanie.prieto@ucentral.cl

Desde sus inicios, la Terapia Ocupacional ha sido una disciplina orientada a incrementar la independencia funcional, potenciar el desarrollo y prevenir la discapacidad, mediante el uso terapéutico de actividades u ocupaciones. Del mismo modo, siempre y cuando sea necesario, efectúa adaptaciones en las tareas o el entorno para lograr que un individuo alcance la máxima independencia y calidad de vida. (Alegre, 2010, p. 11).

Asimismo, la Ciencia de la Ocupación -que ha contribuido al sustento teórico de esta disciplina- se ha preocupado por la interacción entre el sujeto, su ocupaciones y su ambiente, denominada Desempeño Ocupacional, es decir, indaga en la relación existente entre las habilidades que posee el sujeto, las características de sus ocupaciones y las demandas del entorno físico y social.

Si bien, en el comienzo de esta profesión las acciones estaban centradas en las áreas de salud física y mental, con el paso del tiempo han aparecido nuevas áreas de intervención, debido a los cambios tanto en el perfil epidemiológico de la población, como a la evolución de los sistemas sociales y sanitarios que han permitido que el proceso de Terapia Ocupacional se implemente en diferentes etapas del ciclo vital y contextos, tales como escuelas para niños con necesidades educativas especiales, establecimientos para adultos mayores, organizaciones no gubernamentales para inmigrantes y personas en situación de calle, entre otros.

Sin embargo, en una de estas etapas y contextos, el rol de la Terapia Ocupacional ha sido cada vez más necesario, como es el caso del área de la geriatría y gerontología, puesto que, en algunas ocasiones, el proceso de envejecimiento sitúa a los adultos mayores como personas vulnerables y/o frágiles, producto de los cambios en sus estructuras y funciones corporales que podrían desencadenar un deterioro funcional (Alegre, 2010).

Asimismo, las acciones de Terapia Ocupacional en esta área se han vuelto necesarias debido a la importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha otorgado a la independencia funcional, proponiéndola como el indicador más representativo del estado de salud de las personas mayores (Sanhueza, Castro & Merino, 2005, p.19), definiendo como adulto mayor sano, a aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Sanhueza, Castro & Merino, 2005, p.19).

Otro factor que ha incidido en el aumento de la necesidad de intervención del Terapeuta Ocupacional en las personas mayores, ha sido el cambio en la estructura demográfica tanto a nivel mundial como nacional. En efecto, Chile se encuentra entre los países con transición avanzada hacia el envejecimiento, ya que presenta una disminución tanto en la tasa de natalidad como de mortalidad, así como también un crecimiento demográfico bajo el 1% (Cerdeña, 2007). Según el Censo efectuado el año 2002, la población de personas mayores de 60 años correspondía al 11,4% de la población total, equivalente a 1.717.478 personas. Para el año 2050 se espera que esta población alcance el 28,2%. (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2009, p.24).

Otro aspecto que ha incidido en la necesidad de intervención de Terapia Ocupacional en esta etapa del ciclo vital tiene relación con la llegada de la jubilación, que conlleva a cambios de rutinas, hábitos y roles (Igor, Lara, Ortega & Vallejos, 2012), por tanto se produce una transformación en la situación ocupacional del adulto mayor, la que implica una adaptación a ésta, donde la persona mayor debe responder tanto a sus necesidades como a las demandas del ambiente (físico y social); si no se produce esta adaptación, es probable se origine una disfunción ocupacional (Allan, Wachholtz & Valdés, 2005, p.2).

Debido a las razones expuestas, los principales objetivos de la Terapia Ocupacional en su intervención en el adulto mayor son:

- Mantener y/o mejorar la funcionalidad.
- Disminuir niveles de dependencia.
- Promover la participación social.
- Mejorar la calidad de vida.
- Prevenir el deterioro funcional y/o discapacidad como consecuencia de un Síndrome Geriátrico.
- Prevenir aparición de otros Síndromes Geriátricos.
- Restaurar habilidades afectadas.
- Potenciar habilidades remanentes.
- Favorecer estructuración de patrones de desempeño (hábitos, rutinas, roles).
- Promover un uso beneficioso y satisfactorio del tiempo libre.

Para ello, se utiliza a la Ocupación como medio terapéutico, ya que ésta contribuye a otorgar sentido y significado a la existencia, promueve el bienestar psicológico de los seres humanos, así como también permite la mantención, mejoría y restauración de las funciones y estructuras corporales (Alegre, 2010).

El razonamiento clínico de Terapia Ocupacional en el área geriátrica y gerontológica está determinado por la patología; el contexto (físico, social, espiritual, entre otros); el ambiente, y las características del usuario a intervenir, ya que las acciones a realizar en un adulto mayor que se encuentra en un establecimiento de larga estadía que presenta una caída serán distintas a las efectuadas en un adulto mayor con el mismo problema de salud, hospitalizado en una Unidad de Geriátrica Agudos o en su comunidad.

En relación a los dispositivos de atención geriátricos en los cuales se realizan las acciones de Terapia Ocupacional, es posible encontrar distintos niveles asistenciales tanto sanitarios como sociales, entre los que se encuentran Centros de Atención Primaria de Salud (APS), Unidades de Geriátrica Agudos (UGA), Unidades de Mediana Estadía (UME), Hospitales de Día, Centros Diurnos y Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM).

La tabla 1 muestra las características de los niveles asistenciales sanitarios y sociales, y las acciones efectuadas por el Terapeuta Ocupacional.

Tabla 1: Niveles Asistenciales Sociosanitarios Geriátricos (Durante & Pedro, 2010)

Nivel Asistencial	Características	Acciones del Terapeuta Ocupacional
Atención Primaria de Salud (APS)	Dispositivos orientados a la prevención y promoción basados en el modelo de salud familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del Desempeño Ocupacional - Valoración del nivel de asistencia para AVD. - Valoración del entorno (físico y social) - Prevención de caídas.
Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)	Unidad hospitalaria que brinda atención a adultos mayores que presentan patologías agudas, las cuales conllevan a deterioro de su estado funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la movilización precoz. - Entrenamiento en transiciones y transferencias. - Disminuir el nivel de dependencia en AVDB. - Educación de familiares y cuidador en manejo de la persona mayor hospitalizada.
Unidad de Mediana Estadía (UME)	Unidades destinadas a aquellos usuarios que requieren vigilancia médica, cuidados de enfermería y rehabilitación, posterior a la fase aguda.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración durante las primeras 72 hrs (VGI). - Entrenamiento en AVDB y AVDI. - Educación a cuidadores - Entrenamiento en uso de Ayudas Técnicas.

Hospital de Día	Dispositivo de rehabilitación para personas mayores que se encuentran en sus domicilios y que requieren de control médico y de enfermería debido a comorbilidad de usuarios con pluripatología.	<ul style="list-style-type: none"> - Maximiza el desempeño en AVDB. - Disminuye y refuerza independencia en AVDI. - Promueve la exploración de actividades de tiempo libre y participación social.
Centro Diurno	Dispositivo que brinda atención sociosanitaria durante el día, para adultos mayores con dependencia leve. Sus acciones se centran en la promoción del envejecimiento activo.	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve y mantiene la independencia y autonomía de personas mayores. - Facilita la interacción entre el adulto mayor y su entorno familiar y social. - Promueve la calidad de vida de la persona mayor y su familia. - Educa a familiares y/o cuidadores.
Establecimientos de Larga Estadía	Dispositivo que otorga residencia y cuidados diferenciados y un ambiente protegido a personas mayores, para la mantención de su salud y funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Previene la discapacidad mediante acciones individuales y grupales. - Maximiza nivel de independencia frente a presencia de discapacidad. - Mantiene la máxima capacidad funcional. - Facilita el máximo grado de bienestar y seguridad.

Fuente: Durante P. Pedro P “Terapia Ocupacional en Geriátría: principios y práctica, 2010; Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2013.

En cada uno de estos dispositivos, la intervención del Terapeuta Ocupacional se centra en la promoción de un Desempeño Ocupacional óptimo, con el fin de mantener la funcionalidad. Para ello, como primera acción, se realiza una evaluación basada en la Valoración Geriátrica Integral (VGI)¹, la cual permite conocer diversos aspectos del adulto mayor, relevantes para su abordaje terapéutico.

Asimismo, la Terapia Ocupacional se preocupa de minimizar el impacto de los Síndromes Geriátricos, o bien prevenir la aparición de estos, ya que comprometen significativamente la funcionalidad y, por ende, el estado de salud del adulto mayor.

Los Síndromes Geriátricos son definidos como un conjunto de cuadros originados por la asociación de enfermedades de alta prevalencia en las personas mayores, lo cual afecta significativamente su desempeño funcional y social (Luengo, Maicas, Navarro & Romero, 2006, p. 144). Los principales Síndromes Geriátricos son: Incontinencia (urinaria y fecal), Inmovilismo,

¹ Valoración Geriátrica Integral (VGI): proceso diagnóstico estructurado, que permite pesquisar y cuantificar problemas y/o necesidades a nivel clínico, funcional, mental y social, facilitando la elaboración de una propuesta integral de intervención.

Alteraciones de la Marcha, Inestabilidad y Caídas, Deterioro Cognitivo Leve, Demencia, Delirium o Síndrome Confusional Agudo, Depresión, Deprivación Sensorial, Polifarmacia y Iatrogenia, Trastornos del Sueño, los cuales se presentan en la tabla 2.

Tabla 2: Principales Síndromes Geriátricos y sus características

Síndrome Geriátrico	Características
Incontinencia Urinaria y Fecal	<p>La Incontinencia Urinaria es la pérdida involuntaria de orina o cualquier escape de orina.</p> <p>La Incontinencia Fecal es la incapacidad de retener el contenido intestinal hasta que la persona considera el momento y lugar, oportunos para la evacuación.</p> <p>Ambos repercuten negativamente en la calidad de vida de la persona mayor y de su cuidador, ya que constituyen un problema social para quienes lo presentan.</p>
Inmovilismo	Disminución de la capacidad para desempeñar Actividades de la Vida Diaria, como consecuencia de un deterioro en funciones motoras.
Alteraciones de la Marcha, Inestabilidad y Caídas.	<p>Alteraciones que dificultan significativamente el desplazamiento de la persona mayor, generadas por los efectos del envejecimiento en la deambulación. Asimismo incrementan la sensación de inseguridad, siendo su consecuencia más grave el evento de precipitar al suelo involuntariamente.</p> <p>Constituyen uno de los Síndromes Geriátricos de mayor importancia y prevalencia a nivel nacional e internacional.</p>
Deterioro Cognitivo Leve	Quejas de memoria corroboradas por un informador fiable, presentando un rendimiento cognitivo general normal, por tanto no hay déficit relevantes en la ejecución de las actividades cotidianas.
Demencia	Síndrome adquirido de etiología múltiple, caracterizado por el declive de las funciones cognitivas superiores y/o una alteración del comportamiento, produciendo una discapacidad progresiva en quien lo presenta.

<p>Delirium o Síndrome Confusional Agudo</p>	<p>Síndrome plurietiológico, de inicio agudo y curso fluctuante, que produce alteraciones en el nivel de conciencia y atención, así como también variaciones no permanentes en otras funciones cognitivas (orientación, memoria, percepción, entre otras).</p> <p>Se presenta, mayormente, en personas mayores hospitalizadas y, como consecuencia de ello, incrementa los costes asociados a la atención en salud, así como también el riesgo de morbilidad y mortalidad de quien lo presente.</p>
<p>Depresión</p>	<p>Trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, presentándose en forma inespecífica y atípica.</p> <p>Puede presentarse en asociación con síntomas físicos (fatiga, pérdida de peso y masa ósea); cognitivos, y emocionales, los que interfieren sustancialmente en su desempeño funcional y en la calidad de vida.</p>
<p>Deprivación Sensorial</p>	<p>Déficit auditivos y visuales de alta prevalencia, que limitan la funcionalidad de la persona mayor tanto en AVDB como AVDI. Del mismo modo pueden interferir la comunicación del adulto mayor con su entorno, restringiendo su participación social.</p>
<p>Polifarmacia y Iatrogenia</p>	<p>Uso de múltiples fármacos prescritos o no, cuya interacción se ve afectada por los cambios en el envejecimiento y, como consecuencia de ello, se pueden presentar efectos adversos provocados por medicamentos utilizados en dosis habituales.</p>
<p>Trastornos del Sueño</p>	<p>Alteraciones que afectan el desarrollo adecuado de las fases y/o estructura del sueño.</p> <p>Presentan una alta prevalencia en población mayor de 60 años, afectando la calidad de vida tanto de éste como de su familia.</p>

Fuente: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, "Tratado de Geriatria para residentes", 2006.

De todos éstos, el que ha suscitado mayor atención de parte de los organismos socio-sanitarios ha sido la Demencia, debido al impacto que genera en diversas esferas, pues no sólo afecta a quienes la padecen, sino que además a sus familias y/o cuidadores, así como a los sistemas sociales y económicos; siendo una de las causas de discapacidad en los adultos mayores, situación que conlleva a la estigmatización y exclusión social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Por esta razón, la OMS ha situado a este Síndrome Geriátrico como una prioridad para la salud pública de todos los países, más si se considera el envejecimiento poblacional.

La Demencia es un síndrome clínico, de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por el deterioro de habilidades cognitivas como: memoria, orientación, lenguaje, funciones

ejecutivas, presentándose también alteraciones en el comportamiento (Slachevsky, Arriagada, Maturana & Rojas, 2012) que repercuten negativamente, tanto en la autonomía como en la independencia de quien la presenta, ya que ambas disminuyen.

Existen varios tipos de demencia, de acuerdo a su etiología, las cuales se exponen en la tabla 3.

Tabla 3: Tipos de Demencia y su Etiología

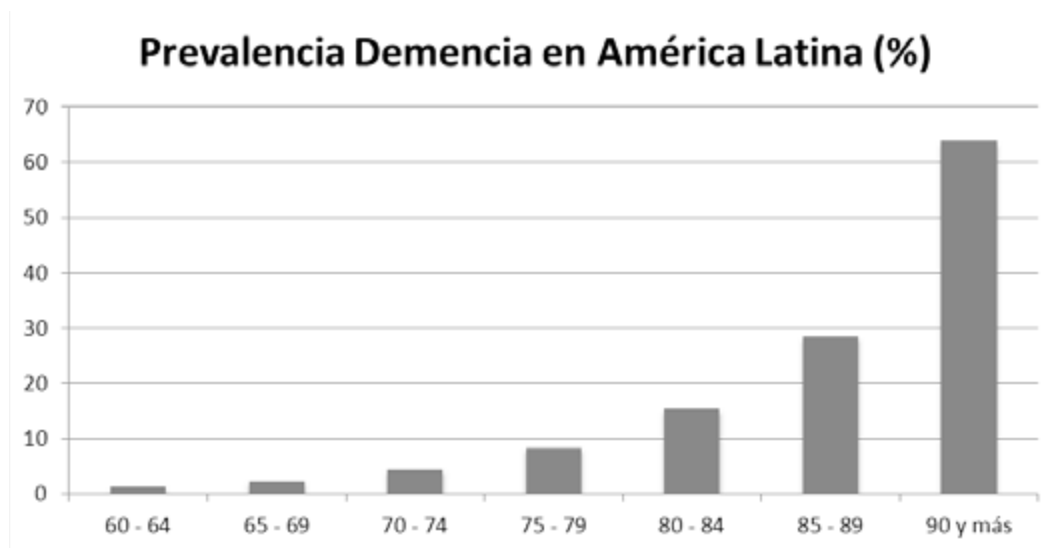
Tipo de Demencia	Características
Alzheimer	Trastorno progresivo de la memoria reciente, seguido de un déficit de otras funciones cognitivas (lenguajes, razonamiento, visoconstrucción), de inicio insidioso.
Vascular	De inicio brusco, con una progresión escalonada dependiendo de los accidentes cerebro vasculares que presente la persona, tiene un curso fluctuante. Se pueden evidenciar algunos defectos focales como Trastorno de la Marcha, déficit motores, entre otros.
Frontotemporal	Tiene un inicio progresivo, alteraciones significativas en el comportamiento, junto con alteraciones cognitivas, especialmente en el razonamiento, resolución de problemas y lenguaje.
Cuerpos de Lewy	Trastorno cognitivo progresivo que afecta principalmente la atención, visoconstrucción, capacidad de razonamiento y resolución de problemas, además de síntomas psiquiátricos como delirio y/o alucinaciones visuales.

Fuente: Servicio De Salud Araucanía Sur, 2011.

En América Latina, la prevalencia de Demencias en personas mayores de 60 años, alcanza el 8.48%. En relación a rangos etarios, el porcentaje se duplica en la medida en que incrementa la edad, tal como se muestra en el gráfico N^o 1.

Gráfico 1

Prevalencia de la Demencia en América Latina en la adultez mayor según rango etario



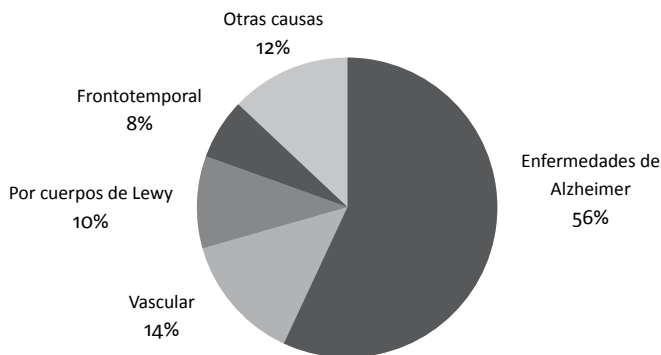
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013

En relación a Chile, se estima que la prevalencia de Demencia es de 4,5% en mayores de 65 años; sin embargo, los únicos datos disponibles provenientes del Estudio Nacional de la Dependencia en la Persona Mayor (EDPM) indican la prevalencia de Deterioro Cognitivo, la cual es equivalente a 8,5%, y va en aumento a medida que se avanza en edad, llegando a más del 40 % sobre los 85 años (González y otros, 2009, p.45)

En cuanto a los tipos de demencia, la más frecuente corresponde a la Enfermedad de Alzheimer, la que alcanza el 56%. El gráfico 2 muestra la prevalencia de los distintos tipos de demencia.

Gráfico 2

Tipos de Demencia y su prevalencia en Chile



Fuente: Slachevsky, Arriagada, Maturana & Rojas, 2012.

Los datos estadísticos avalarían lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Por ello, el año 2001, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) identifica a la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias dentro del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, como prioridades (Slachevsky y otros; 2012).

En 2003, se elabora la Guía Clínica de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor, dirigida a la Atención Primaria de Salud (APS), la cual comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas (Fuentes, Donoso, Slachevsky & Villalobos; 2003). Dada la naturaleza progresiva de las Demencias, el tratamiento se orienta hacia la promoción del bienestar y la calidad de vida (Lucas-Carrasco et al; 2011; Rodríguez & Gajardo, 2012). Por esta razón, la Terapia Ocupacional ha adquirido un rol importante en el incremento de la calidad de vida tanto de los adultos mayores con Demencia como de sus familias y, como consecuencia de ello, sus propósitos apuntan a la facilitación del desempeño funcional, mediante el uso de las habilidades remanentes, considerando una de las principales problemáticas de la Demencia como son los síntomas psicológicos y conductuales (Durante y otros, 2010; Rodríguez & Gajardo, 2012).

Para alcanzar este objetivo, el Terapeuta Ocupacional basa su intervención en modelos propios de la disciplina, es decir, basados en la Ocupación, entre los que se encuentran el modelo Persona – Ambiente – Ocupación, el Canadiense de Desempeño Ocupacional, y el de Ocupación Humana (Gajardo & Rodríguez, 2012). Asimismo, es posible incorporar otros marcos de referencia como el Modelo de Discapacidades Cognitivas de Claudia Allen (Valverdi & De Diego Alonso, 2009). En la Tabla 4 se expone el uso de cada uno de estos modelos en la intervención de Terapia Ocupacional en Demencias.

Tabla 4: Modelos de intervención a utilizar en personas con Demencia

Modelo	Justificación
Ocupación Humana	<p>Se utiliza este Modelo, debido a la influencia que tiene el ambiente (físico y social) en la ocupación.</p> <p>Dado el carácter progresivo de la Demencia, los cambios efectuados en el ambiente permiten incrementar las oportunidades de participación ocupacional de estas personas y, a su vez, reducir las limitaciones en su desempeño ocupacional.</p>
Persona – Ambiente – Ocupación	<p>Puesto que las personas con Demencia presentan una alteración en sus habilidades cognitivas, esto tiene una repercusión en su Desempeño Ocupacional, el cual es resultante de la interacción entre la persona, la ocupación y el ambiente.</p> <p>Por esta razón, es necesario centrarse fundamentalmente en la adaptación de aquellos elementos de la tríada P-A-O, acordes a los atributos no modificables de la persona, con el propósito de mejorar el Desempeño Ocupacional del adulto mayor con Demencia.</p>

<p>Canadiense de Desempeño Ocupacional</p>	<p>Debido a su enfoque centrado en el cliente, este modelo es aplicable en estadios tempranos de la Demencia, donde el Terapeuta Ocupacional, facilita el Desempeño Ocupacional del usuario, mediante la ejecución de ocupaciones significativas, lo cual podría aportar en el manejo de síntomas psicológicos y conductuales.</p>
<p>Modelo de Discapacidades Cognitivas de Allen</p>	<p>El deterioro global de las funciones cognitivas que se produce, como consecuencia de la Demencia, impide el aprendizaje de nuevas destrezas (Valverdi & De Diego Alonso, 2009, p.6); por tanto, este modelo plantea que la intervención debe orientarse a facilitar un rendimiento acorde a las capacidades cognitivas presentes, efectuando adaptaciones en la tarea, el ambiente físico, y cuidadores.</p>

Fuente: Valverdi & De Diego Alonso, 2009; Kielhofner, 2006; Rodríguez & Gajardo, 2012.

En su intervención, el Terapeuta Ocupacional puede recurrir a diversas acciones, estrategias y técnicas. Una de ellas es la Ocupación como medio para aminorar los síntomas psicológicos y conductuales presentes en algunos tipos de Demencia, ya que las actividades con sentido, significado y propósito permiten que el adulto mayor con Demencia pueda interactuar adecuadamente con su entorno (Rodríguez & Gajardo, 2012).

Otro recurso a utilizar es la Estimulación Cognitiva, actividad dirigida a maximizar las habilidades remanentes de los adultos mayores y evitar el avance de los déficit que puedan presentar (Jara, 2007). Dentro de la estimulación cognitiva, se encuentran diversas técnicas destinadas a facilitar el desempeño cotidiano, entre las que se encuentran: Orientación a la Realidad, Validación y la Reminiscencia.

La Terapia de Orientación a la Realidad es una técnica cuyo objetivo es disminuir el estado de confusión de la persona que presenta alteraciones temporoespaciales, mediante la entrega de información estructurada sobre su biografía, tiempo, espacio físico y social presentes (Jara, 2007).

La Terapia de Validación es una estrategia que contribuye a disminuir las alteraciones conductuales y psicológicas, aceptando y ratificando los sentimientos que presenta la persona, sin obligarla a que asuma su realidad. Para la implementación y ejecución de ésta, es indispensable el respeto y la empatía del/la terapeuta hacia el usuario.

La Terapia de Reminiscencia es una técnica que contribuye a la mantención de la identidad, el pasado personal y la autoestima, por medio del uso de la comunicación, socialización y estimulación (Jara, 2007, p. 9). Para ello se puede recurrir a experiencias personales y/o hechos generales.

Otra estrategia posible de emplear por los Terapeutas Ocupacionales es la Integración Sensorial, de la cual se hizo una revisión teórica en Colombia, ya que al proporcionar estímulos sensoriales, éstos contribuyen a la promoción o inhibición de determinadas respuestas, disminuyendo así síntomas conductuales como irritabilidad y agitación; mejorando funciones cognitivas: praxias, reconocimiento visual y orientación, entre otras (Monsalve & Rozo, 2007). Para esto, planificaron la intervención en etapas, en un orden secuencial y progresivo, basada en el conocimiento del funcionamiento cerebral, en las que se aplicaban técnicas de estimulación sensorial y cognitiva, acordes al estadio de la Demencia. Los autores sugieren el uso de esta estrategia para incrementar la participación en el entorno socio familiar de los afectados.

Otras intervenciones efectuadas por el Terapeuta Ocupacional se centran en el ambiente de la persona con Demencia, efectuando adaptaciones en el contexto físico para así reducir las demandas cognitivas y funcionales del entorno que rodea al adulto mayor. Para esto, se realiza una evaluación del domicilio, con el propósito de identificar los elementos facilitadores o inhibidores del Desempeño Ocupacional, y así disminuir las demandas impuestas por el ambiente en el que la persona se desenvuelve cotidianamente, incrementar la seguridad y disminuir la ansiedad. (Corregidor, Moralejo & Ávila, s.f.).

En relación a las intervenciones dirigidas a los cuidadores de personas con Demencia, la literatura señala que programas basados en una intervención Cognitivo-Conductual contribuyen a la disminución de los síntomas psiquiátricos y conductuales de la persona con demencia, así como también aportan a la mejora de la calidad de vida de los cuidadores (Araujo, Köenig, Lemos dos Santos, Tinidandel & Caramelli, 2012). Uno de estos fue llevado a cabo por un Neuropsicólogo y dos Terapeutas Ocupacionales; este programa estuvo compuesto por ocho sesiones de dos horas de duración, en las cuales se brindaba información a los cuidadores sobre las características de la enfermedad, entrenamiento en habilidades para el manejo de personas con demencia, estrategias de control y manejo del comportamiento propio, organización y preparación de actividades, entre otras, las cuales se llevaron a cabo de manera grupal y otras debían ser desarrolladas como tareas en el domicilio.

Al finalizar este programa, los resultados mostraron que en la mayoría de los 40 participantes, disminuyen significativamente los niveles de ansiedad, y también los síntomas depresivos, sin embargo, no se evidenciaron cambios significativos en la disminución de la sobrecarga (Araujo y otros, 2012).

Un estudio realizado en Estados Unidos se centró en otro aspecto relevante para la intervención de Terapia Ocupacional como son las Actividades de la Vida Diaria, mediante el desarrollo de habilidades basadas en Tareas Orientadas a la Práctica Motora (STOMP, abreviatura en inglés), las cuales incorporan elementos del aprendizaje motor, como por ejemplo: tres horas de intervención, cinco veces por semana, refuerzo verbal después de cada paso, pocos errores de aprendizaje, etc. El propósito era comparar diferencias en los resultados en la ejecución de AVD para la intervención con STOMP en Demencia en un ambiente natural y en uno clínico. Cada hora de entrenamiento se orientaba a uno de tres objetivos identificados por la familia, realizando varias repeticiones de la tarea con descansos de diez minutos. Para el logro de los objetivos establecidos tras la aplicación de la Medida del Desempeño Canadiense (COMP, abreviatura en inglés), se incluyeron adaptaciones y/o compensaciones en el desarrollo de la tarea (Ciro, Poole, Skipper & Hershey, 2014).

A partir de los resultados, no se encontraron diferencias entre una intervención efectuada en el hogar versus el ambiente clínico, ya que en ambas hubo una mejora en el desempeño en las AVD, pero sí se concluye que la intervención en tareas orientadas a la práctica motora es una promesa como modelo de evidencia centrado en la evaluación y tratamiento de la discapacidad en AVD de personas con demencia leve a moderada; por esto es fundamental que los cuidadores tengan formación en esta técnica para extender los resultados (Ciro y otros, 2014).

En nuestro país se realizan diferentes experiencias por Terapeutas Ocupacionales en distintos contextos de intervención. En esta edición número tres de ContextO se presentarán experiencias desarrolladas en cuatro ámbitos distintos, a saber; un Centro Diurno, un Establecimiento de Larga Estadía, una Unidad Geriátrica de Agudos y un Programa Comunitario.

En todos ellos se desarrollan actividades dirigidas a personas con Demencia, con un sello acorde a sus características, sin embargo, con una mirada y propósito común que es el mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas con demencia de sus cuidadores y familia.

Referencias

- Alegre, J. (2010) Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. En Corregidor, A. (Coord.), *Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología Bases conceptuales y aplicaciones prácticas* (pp. 11-18). Madrid, España: Ergon.
- Allan, N., Wachholtz, D., & Valdés, A. (2005) Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 0 (5), 19-29. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/download/103/86>.
- Araujo, P., Köenig, A., Lemos dos Santos, MD., Barbosa, M. Tonidandel, & Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(10), 786-792. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2012001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Cerda, R. (2007). Cambios Demográficos: Desafíos y Oportunidades de un nuevo escenario. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/agosto/pdf/RCERDA.pdf.
- Ciro, C., Poole, JL., Skipper, B. & Hershey, L. Comparing Differences in ADL Outcomes for the STOMP Intervention for Dementia in the Natural Home Environment Versus a Clinic Environment. Recuperado de <http://austinpublishinggroup.com/aapd/fulltext/aapd-v1-id1003.php>

- Corregidor, A., Moralejo, C. & Avila, MR. (s.f.). Terapia Ocupacional en Psicogeriatría. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>
- Fuentes, P., Donoso, A., Slachevsky, A. & Villalobos, A. (2003). Guía Clínica Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor. Recuperado de https://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2144&Itemid=123.
- Gajardo, J., & Monsalves, M. J. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(1), 22–25. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/26633/28208>
- González, F., Massad, C., Landeros, F., Albala, C., Sánchez, H., Fuentes A.,...Salas, F. (2009) Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- Igor, A., Lara, C., Ortega, V. & Vallejos, K. (2012). Jubilación: Cambios percibidos en relación a roles y rutinas en adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Punta Arenas. En *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12 (1), 60-71. Recuperado de <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/22053/23369>
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22 (2), 4-14. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional (Tercera Edición)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, M.J. & Romero, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los Síndromes Geriátricos. En *Tratado de Geriatría para Residentes*. (Cap. 16) Recuperado el 17 de Octubre de 2014 desde <http://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
- Monsalve, A., & Rozo, C. (2007). Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con Demencia tipo Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2), 320-331. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a11.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Demencia Una Prioridad de Salud Pública. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
- Rodriguez, J., & Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). doi:10.5354/0717-5346.2012.25307

- Rodríguez, A., Rivera, M. (s.f.). Deterioro Cognitivo: ¿Cómo nos enfrentamos al diagnóstico de demencia?. Recuperado de <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/344.html>
- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Adultos Mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 17-21. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>
- Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J. & Rojas, R. (2012). Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile. Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias. Recuperado de http://www.coprad.cl/coprad/wp-content/uploads/2013/09/ALZHOTRASDEMENCIAS_PropuestaPLANNACIONA-2012-11-24.pdf
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2013). Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM). Informe Final. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20NACIONAL%202012%20REVISADO.pdf>
- Servicio de Salud Araucanía Sur (2011). Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Demencias. Recuperado de <https://www.araucaniasur.cl/uploads/media/DEMENCIAS.pdf>
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2006). Tratado de Geriatría y Gerontología para residentes. Recuperado de <http://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
- Valverdi, J., De Diego Alonso, C. (2009). El Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva. Su aplicación en los adultos mayores. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Claudia_Allen_marco_discapacidad_cognitiva_Valverdi_abril09.doc

Terapia Ocupacional en Usuarios con Deterioro Cognitivo o Demencia en una Unidad Geriátrica de Agudos: Una Experiencia de Hospitalización Amigable.



T.O. Esperanza Araya Orellana*

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana.

Magister en Geriátrica y Gerontología Social, Universidad de León, España.

Diplomada en Neuropsicología, PUC de Chile.

Diplomada en Administración Gerontológica, PUC de Chile.

Terapeuta Ocupacional Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

esperanzaaraya@gmail.com

Resumen

Introducción: La población en Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento importante, debido a esto es que se observa un aumento en la prevalencia de patologías crónicas frecuentes en la Persona Mayor y que están asociadas a situaciones de discapacidad, como las demencias.

Por esto, la atención en salud ha ido generando programas de atención específicas para este grupo etario en todos los niveles de atención. A nivel secundario destacan las unidades geriátricas de agudos, unidades psicogeriátricas y las unidades de rehabilitación funcional, las cuales brindan atención centrándose en las características y necesidades propias de las personas, con el fin de entregar una atención más eficaz y disminuir la iatrogenia.

Esto requiere de personal capacitado para ello, dentro de lo cual la Terapia Ocupacional ha adquirido gran relevancia por su aporte a la calidad de vida de las personas.

Objetivos: Este trabajo describe la intervención de Terapia Ocupacional y su impacto en usuarios con demencia o deterioro cognitivo que se encuentran hospitalizados en una Unidad de Atención Geriátrica de Agudos (UGA). Además es una aproximación a una evaluación del impacto de la intervención.

Métodos: Métodos y técnicas de intervención usadas por Terapia Ocupacional en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de la Fuerza Aérea. Se realiza un análisis de un grupo de usuarios con demencia o deterioro cognitivo que fueron tratados en la Unidad Geriátrica de Agudos, obteniendo su estado funcional basal,

*Co- autores: Eliana Araya Orellana, José Miguel Aravena

de ingreso y egreso, utilizando la pauta geriátrica propia de la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

Resultados: Con respecto al impacto de una Unidad Geriátrica de Agudos que cuenta con Terapia Ocupacional, el 45,6% de los usuarios presentaron delirium al ingreso, el cual disminuyó a un 17,5% al momento de egreso.

En relación a la funcionalidad en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) existe una mejoría en casi un 10% desde el ingreso a la unidad hasta el momento de egreso.

Conclusiones: La atención de usuarios con demencia en una unidad médica de agudos, requiere de un equipo transdisciplinario. Los datos analizados ayudan a describir de manera sencilla el impacto que puede tener para una persona mayor con demencia el estar hospitalizado en una unidad geriátrica especializada que cuenta con Terapia Ocupacional.

Palabras Claves: demencia, deterioro cognitivo, actividades de la vida diaria, unidad geriátrica de agudos.

Abstract

Introduction: The prevalence of elderly people-associated chronic diseases causing disabilities, such as dementia, is increasing, as the population in Chile gets old. Specific programs for this age group have been created at all health-attention levels. Acute Geriatric Attention (AGA), psychogeriatric and functional rehabilitation units stand out at secondary level, which give attention focusing in the people's needs and characteristics thus improving their efficacy. Trained health personnel are crucial to successfully apply this programs and Occupational Therapy (OT) plays an important role.

Objectives: Describe and evaluate the impact of T.O. intervention on elderly patients with dementia or cognitive impairment in ACE unit.

Methods: A group of patients with dementia or cognitive impairment at the ACE unit from Hospital de la Fuerza Aérea de Chile (FACH) was used for the study. The Hospital FACH T.O geriatric guideline was used to obtain the basal functional status at admission and discharge.

Results: Delirium was present in 45.6% of the patients at admission to the ACE unit and decreased to 17.5% at discharge by TO intervention. Regarding functionality in basic activities of daily living (ABDL), there was an improvement in almost 10% from the admission to discharge from the ACE unit.

Conclusions: A multidisciplinary team is need for the care of patients with dementia in the ACE unit. The data show the impact for elderly people with dementia of being in a patient facility with a specialized geriatric unit having O.T.

Key words: dementia, cognitive impairment, basic activities of daily living, acute geriatric attention unit.

Introducción

El Hospital de la Fuerza Aérea de Chile se ubica en la ciudad de Santiago. Su misión es “Proporcionar atención médica preventiva y curativa al personal institucional, a su grupo familiar y a aquellos que tengan derecho o existan disposiciones especiales que así lo autoricen. Asimismo, desarrollar capacidades para actuar como hospital de trauma en la guerra, participar en operaciones de evacuación aeromédica estratégicas y tácticas, y redespensarse en apoyo a una emergencia institucional o nacional. Además desarrolla actividades de docencia, investigación y capacitación para elevar el nivel de especialización de los integrantes del Hospital Clínico” (Fuerza Aérea de Chile, 2014).

El hospital ofrece diferentes especialidades médicas y áreas de apoyo entre las que destaca la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, donde se encuentra inserta la Unidad de Terapia Ocupacional.

La Unidad de Terapia Ocupacional cuenta con dos Terapeutas Ocupacionales contratadas con 67 horas semanales totales, otorgando atención a pacientes ambulatorios y hospitalizados, siendo estos últimos prioritarios, debido al alto porcentaje de usuarios mayores de 60 años que requieren de hospitalización por diferentes patologías y que necesitan un manejo especializado durante la misma, con el objeto de mantener y/o recuperar funciones tanto cognitivas como motrices, de manera de mantener y/o recuperar su independencia en las Actividades de la Vida Diaria Básicas (ABVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) y retomar con la mayor normalidad posible sus vidas cotidianas.

Las especialidades de Geriatría, Neurología y Medicina Interna son aquellas con mayor interconsulta a Terapia Ocupacional, de manera de tener un manejo precoz y prevenir, dentro de lo posible, la desfuncionalización de sus usuarios durante la hospitalización.

En este contexto, el porcentaje de usuarios atendidos con algún grado de deterioro cognitivo o demencia es sobre el 60% en el transcurso de la hospitalización, requiriendo de un manejo aún más especializado.

Este trabajo tiene como propósito describir la intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile y evaluar el impacto de esta intervención.

Fundamentos y Marco Conceptual

1. Consecuencias de la Hospitalización en Personas con Demencia

La demencia es un síndrome que ha ido aumentando su prevalencia en los últimos años y genera en quienes la padecen dependencia y discapacidad, lo que ha significado grandes costos tanto para los gobiernos como para las familias. Ante la preocupación por este escenario, la

Organización Mundial de la Salud (2013) desarrolla el documento “Demencia: una prioridad en salud pública” con el fin de crear conciencia sobre la demencia como una prioridad, articular un enfoque de salud pública y abogar por que se tomen medidas a nivel nacional e internacional, basándose en los principios de evidencia, equidad, inclusión e integración.

Chile, a través de su Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA) (2012), formula la “Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025”, la que presenta varios desafíos, entre los que cabe mencionar “Vivir más y mejor” y “Proteger la salud funcional”; siendo de vital importancia, entonces, la mantención de la funcionalidad, el cual es el principal indicador de salud utilizado por el Ministerio de Salud para las Personas Mayores (2011). Lo anterior significa prevenir y tratar precozmente las enfermedades que producen discapacidad, como lo es la demencia, que se caracteriza por un deterioro de las funciones cognitivas y que, por ende, origina una creciente dificultad para realizar las actividades cotidianas y sociales.

Las Personas Mayores (PM) que poseen un deterioro cognitivo o demencia, son frágiles y con facilidad pueden perder el equilibrio en su estado de salud, por esto, tienden a ser personas con alto porcentaje de utilización de los servicios médicos, lo que se hace evidente también en los servicios de hospitalización, donde las personas mayores de 65 años ocupan generalmente entre el 30% al 50% de las camas hospitalarias.

Lozano, Santa Eugenia y Urrutia (2007), en uno de sus estudios, refieren que existen crisis que pueden empeorar de forma aguda la dependencia; el ingreso a un hospital por un proceso agudo es una consecuencia frecuente de estas crisis.

Ante este escenario, surge la necesidad de conocer cómo impacta la hospitalización en la funcionalidad de las Personas Mayores, siendo una de las principales conclusiones el gran impacto que genera en su autovalencia. Covinky, Pierluissi y Johnston (2011) generaron el concepto de “Síndrome de Discapacidad Asociado a la Hospitalización”, el que consiste en la generación de incapacidad para vivir de forma independiente y de realizar las ABVD. Se le denomina síndrome pues sus causas son múltiples: comorbilidades, deterioro cognitivo, factores psicosociales como la depresión o escasas redes de apoyo, iatrogenia hospitalaria como la inmovilidad, polifarmacia y la falta de adaptación ambiental que se da en especial en las PM con demencia. Este síndrome se desarrollaría entre el inicio de una enfermedad aguda y el ingreso al hospital y se puede desencadenar aun cuando la enfermedad que hizo necesaria la hospitalización se trate con éxito. La incidencia es alta, aproximadamente 1/3 de los usuarios mayores de 70 años, incluso en hospitalizaciones breves. Tras un año del alta médica, menos de la mitad de los usuarios alcanzan su nivel de funcional basal, aumentando los ingresos a residencias de larga estadía y la mortalidad.

Una persona con demencia que es hospitalizada tiene entonces mayor probabilidad de sufrir un deterioro funcional en sus Actividades de la Vida Diaria (AVD); sus causales son multidimensionales, influyendo factores como la edad, sexo, la situación funcional previa, la reserva fisiológica del paciente, la baja capacidad de adaptarse a un entorno no familiar, los estados de inflamación crónica de bajo grado, la enfermedad que motiva el ingreso, las enfermedades concomitantes comunes a la demencia como el Delirium, los antecedentes mórbidos, el proceso de atención hospitalaria y la propia iatrogenia, causada por procedimientos diagnósticos, consumo de fármacos o incluso intervenciones sociales (Guillen, Pérez y Petidier, 2008).

La iatrogenia se puede observar en situaciones tan simples como el excesivo asistencialismo para la ejecución de las AVD, el ambiente diferente al habitual, barreras ambientales, la inmovilización por restricciones físicas, el cambio de las rutinas habituales o déficits sensoriales no tratados, que producen sensación de aislamiento y confusión, factores que promueven en los usuarios con demencia la aparición de síndromes como el Delirium.

El deterioro funcional originado como consecuencia de un ingreso hospitalario tiene consecuencias para la persona mayor (derivadas de la pérdida de independencia y del riesgo de institucionalización), el cuidador (por la consiguiente sobrecarga de cuidar a una persona previamente independiente) y, lógicamente, para el sistema sanitario (por la prolongación de estancias, la necesidad de rehabilitación, el uso de otros sistemas de atención y, en definitiva, el aumento del costo sanitario (Romero, Sánchez y Abizanda, 2009).

Según un estudio efectuado en Toulouse, el 28 % de los enfermos controlados por la Unidad de Alzheimer precisaron ingresar en un hospital por un proceso agudo durante un período de seguimiento de 6 meses. Estos pacientes, hospitalizados con patología médica aguda, presentan una incidencia de deterioro funcional en actividades de la vida diaria (AVD) de alrededor de un tercio, superando el 50% en aquéllos de más de 85 años. Diferentes estudios han descrito incidencias de deterioro funcional al ingreso por enfermedad médica, medidas por discapacidad en AVD, entre el 19 y el 92,6% (Romero et als, 2009) (Zelada, Salinas y Basta, 2009).

Frente a esto, las estrategias terapéuticas se centran en la “Prevención”, dando prioridad a estados iniciales del deterioro funcional, para lo cual los centros de atención de salud dan origen a las “Unidades de Recuperación Funcional”, Hospitalización Domiciliaria (HAH) y “Unidades Geriátricas de Agudos”.

Modelos para el Cuidado Agudo de las Personas Mayores

Existen diferentes modelos de atención para personas mayores en condición aguda, que si bien nacen por separado, generalmente se usan en forma complementaria. Dentro de estos se destacan, Hospital Elder Life Program (HELP) y Acute Care for Elderly (ACE).

HELP fue diseñado por la Dra. Inouye en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale en 1993 para prevenir el delirium entre las personas mayores hospitalizadas (una de las mayores complicaciones de los pacientes con demencia). Este programa implementa múltiples intervenciones con eficacia probada, siendo costo efectivo en la prevención del Delirium y en el deterioro de la funcionalidad (Inouye, 2000).

Estas intervenciones se enfocan en reducir o controlar factores de riesgo importantes para la manifestación de delirium tales como: deterioro cognitivo (realizando reorientación, empleo de calendarios de pared y pizarras, visitas extensas de familiares y fotografías de éstos), inmovilidad (promoviendo la movilización precoz), privación del sueño (favoreciendo un ambiente relajante nocturno, con ingesta de bebidas tibias, música placentera, luces tenues, reducción del ruido nocturno y evitando controles clínicos innecesarios en las noches), deshi-

dratación (mantenimiento una hidratación y nutrición adecuada) y finalmente déficit visual y auditivo (suministrando adaptaciones de la visión y de audición en caso que sea necesario) (Inouye, 2013).

El segundo modelo es Acute Care for Elderly (ACE) o el modelo de las Unidades Geriátricas de Agudo (UGA), descrito por Seth Landefeld y cols en el año 1995 en *New England Journal of Medicine*. Se trata de un método de cuidado bastante simple que utiliza un equipo transdisciplinar, imprescindible para el correcto funcionamiento. Está compuesto por diferentes profesionales, tales como: geriatras, enfermeras, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y técnicos de enfermería. Pueden colaborar en algunos casos otros profesionales como nutricionistas y psicólogos, etc. (Romero et al, 2009).

La intervención en este modelo incluye además un ambiente preparado (modificación del medio ambiente), la atención centrada en el paciente (evaluación interdisciplinaria), el equipo interdisciplinario, ejecución de la Valoración Geriátrica Integral, planificación del alta para el regreso al hogar y la atención médica diaria. Dentro de los efectos de este modelo podemos mencionar: mejora del estado funcional, menor riesgo de internación en residencias de larga estadía y mayores niveles de satisfacción de pacientes y profesionales (Seth Landefeld y cols).

Sugerencias de adaptaciones ambientales pueden ser, por ejemplo, suelo antideslizante, opaco para reducir el deslumbramiento visual, iluminación mejorada, baños adaptados, eliminación de barreras arquitectónicas, ayudas técnicas para facilitar sus AVD (como calzadores, servicios engrosados), acústica controlada por horarios (musicoterapia, reducción de ruidos estresantes, reducción de sonidos nocturnos) relojes y calendarios en las habitaciones de los pacientes para facilitar la orientación y algunos pueden incluir una zona de sala de estar común donde los pacientes puedan comer, sociabilizar y participar en actividades de recreación terapéutica. (Guillen et al, 2008).

La filosofía de cuidado de estas unidades va del progreso de la fase aguda de la enfermedad hasta la devolución de la persona a su medio habitual.

Modelo de Trabajo en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital, UGA FACH

Esta unidad nace a principios del año 2012, aunque la unidad de geriatría venía funcionando con un método similar en una sala de medicina desde el año 1998. Enmarcando desde un comienzo su actuar dentro de los principios propuestos por los modelos revisados, ACE y Helder Life Program, adaptados al contexto y situación del hospital y de los usuarios que utilizan el servicio.

La UGA cuenta con un equipo multidisciplinar, capacitado para el manejo de personas mayores y además tiene un ambiente diferente al resto de las salas del hospital, pues no presenta barreras ambientales, cuenta con ayudas técnicas y el ambiente de las habitaciones facilita la orientación y estimulación de personas con demencia.



Ilustración 1: Sala de atención a usuarios que ingresan a UGA.



Ilustración 2: Baño accesible a las necesidades de los usuarios que hacen uso del Servicio de UGA.

Objetivo de la Unidad

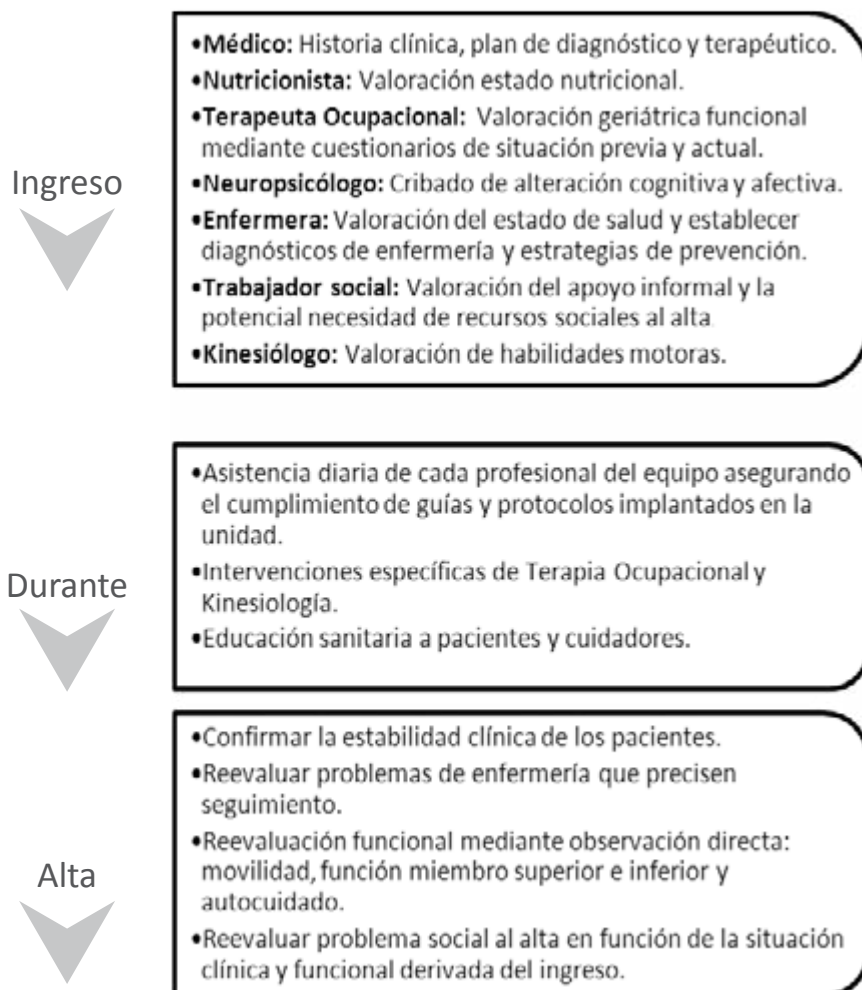
El principal objetivo de la UGA es salvar la vida de la persona y prevenir su deterioro funcional.

Beneficiarios

La Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de la Fuerza Aérea brinda atención aguda a la población mayor de 60 años que cumple con uno o más de los siguientes criterios:

- Patología aguda o crónica descompensada en usuarios vulnerables o frágiles.
- Riesgo de pérdida de autovalencia en actividades de la vida diaria.
- Patología médica o post-quirúrgica que tengan potencial para una rehabilitación.
- Usuarios con pronóstico favorable desde el punto de vista de supervivencia y funcional (no se benefician los pacientes completamente dependientes o con enfermedad en fase terminal).

Fig. 1: Acciones del Equipo Interdisciplinario en UGA Hospital Fuerza Aérea de Chile



Lugares de Destino al Alta:			
Centro de Rehabilitación CAPREDENA.	Cuidados domiciliarios.	Consulta al policlínico post alta.	Institucionalización permanente o temporal.

Fuente: Modificado de Romero Rizos en “El anciano en la unidad de geriatría de agudos”, España 2009.

Proceso de Terapia Ocupacional

Misión de la Terapia Ocupacional en UGA del Hospital FACH

- Mantener y/o mejorar el estado funcionalidad de la persona durante la hospitalización.
- Favorecer un proceso de hospitalización amigable para la persona mayor.
- Promover un entorno seguro para el usuario y su familia durante y posterior al alta hospitalaria.
- Empoderar al usuario y su entorno en el proceso de hospitalización y continuidad de cuidados al alta.

Resumen de las Funciones del Terapeuta Ocupacional (TO) en la UGA (Adaptado de Rizos):

Primeras 24 horas

- Realizar valoración ocupacional: recogida, análisis e interpretación de la información, estableciendo la idoneidad de la incorporación del paciente a tratamiento.
- Establecer objetivos y prioridades funcionales de acuerdo a cuadro clínico, características del sujeto y su entorno, y lugar de destino al alta.

Ingreso

- Iniciar el tratamiento funcional de forma precoz cuando la condición clínica lo permita.
- Registrar diariamente en ficha clínica el tratamiento y la evolución del usuario; que consiste en la descripción del estado del paciente, nivel de alerta, atención, cooperación, orientación, sugerencias de nuevos diagnósticos (como delirium) capacidad de iniciar e involucrarse en la actividad, la asistencia que requiere para poder finalizar, la diferencia de estas habilidades en relación a días anteriores, las habilidades que se trabajaron, técnicas utilizadas, avances, retrocesos, etc.
- Recuperar/mantener la mayor independencia funcional posible e intentar asegurar la permanencia del paciente en el entorno más adecuado para él.
- Asistir a reuniones de equipo, donde el TO entrega su visión de la salud y el estado funcional del paciente, propone objetivos, educa al equipo en materias competentes a la funcionalidad u ocupación y, a su vez, se capacita en tareas específicas de los otros profesionales.

- Enseñar a la familia y/o al cuidador el manejo y el fomento de la independencia y autonomía de los pacientes durante la estancia hospitalaria.
- Iniciar la preparación de alta médica.
- Intervenir en los programas de investigación y de docencia.

24 horas Previas al Alta

- Enseñar a la familia y/o al cuidador el manejo del paciente en domicilio.
- Valorar y asesorar acerca del uso de ayudas técnicas y entrenamiento en su manejo.
- Asesoramiento para la adecuación del entorno tanto en el hospital como en el domicilio una vez dada el alta médica.
- Participar en la preparación del alta.
- Reevaluaciones el día del alta médica: re-aplicación de los test aplicados al ingreso, evaluación de los objetivos alcanzados y propuesta de objetivos al alta, a chequear en la visita al policlínico post alta.
- Entrega de las recomendaciones de alta por escrito.

Control Post Alta

- Instancia, en conjunto al Geriatra, se realiza 15 a 20 días post alta del hospital.
- Evaluación del nivel funcional en la última semana.
- Evaluación del nivel cognitivo.
- Interconsulta a TO u otras especialidades en caso de ser necesario.

Primeras 24 horas

El proceso de Terapia Ocupacional se inicia desde el primer día de ingreso del usuario, realizando la valoración multidimensional, mediante observación directa y aplicación de test estandarizados, a fin de conocer el nivel funcional y cognitivo del paciente. En una segunda instancia se prosigue con la entrevista al cuidador y/o familiar, para corroborar datos del nivel funcional, el nivel de carga del cuidador y situación social y ambiental que rodea al usuario.

Como se mencionó, la intervención de T.O. se inicia en la valoración del usuario, en la que se indaga aspectos como habilidades de desempeño, patrones y participación ocupacional en diversas áreas; considerando situación previa, la cual será relevante para la intervención a llevar a cabo.

En esta etapa, se ha implementado una pauta de evaluación propia de la institución (Anexo 1). Con ella se obtienen datos personales del usuario, educacionales, sociales, historia de vida y ocupacionales, permitiendo tener una impresión general del usuario y su capacidad cognitiva para relatar su historia, tales como responder atingentemente a las preguntas, seguir instrucciones.

En el caso de los pacientes con demencia, es muy útil rescatar la historia del sujeto, su desempeño e intereses, ya que son una información vital para construir una hospitalización más amigable y favorecer la activación, pues permiten construir un entorno más familiar para la persona, favorece el vínculo y reduce la manifestación de síntomas conductuales, disconfort y episodios de desorientación. Al mismo tiempo, se debe observar sus habilidades cognitivas y conductuales, para proseguir con información fidedigna la evaluación; si esto no es así, se debe evaluar si el usuario se encuentra con un síndrome confusional agudo, una de las patologías concomitantes más comunes en los usuarios con demencia o deterioro cognitivo, o en un nivel avanzado de la demencia. En caso de cumplirse esto último; se pueden seguir dos procedimientos: Primero comenzar la intervención enfocada en la prevención o manejo de delirium y/o la evaluación de praxias a través del entrenamiento de AVD, el cual nos guiará hacia la evaluación de la funcionalidad del usuario (previa, en su domicilio) y de ingreso a la unidad.

Las praxias son la habilidad para poner en marcha programas motores aprendidos de manera voluntaria, por ende, son los movimientos que realizamos a diario al realizar las AVD. Durante la evolución de una demencia las praxias se ven afectadas generando una desfuncionalización del usuario, son un síntoma de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias corticales. Estudios sobre progresión y pronóstico de la EA, han mostrado que los pacientes que desarrollan tempranamente apraxia declinan más rápidamente que aquellos que no (Yesavage et al, 1993; en Rubinstein et al, 2007) y, además, podría ser mejor predictora de la muerte que la afasia o la amnesia. El segundo paso es proceder a citar a la familia, para que ella pueda aportar los datos necesarios de la evaluación.

Un aspecto importante en la evaluación del usuario es tipificar el nivel de demencia que presenta el usuario, para ello se puede utilizar la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg (ANEXO 2), que subdivide la enfermedad en 7 estadios según el nivel funcional (Allegri et al, 2000).

Dentro de la evaluación también se incluye la dinamometría como marcador de sarcopenia y fragilidad, según criterios de Linda Fritz (en Guillen, 2008), que es la capacidad motora para llevar a cabo las AVD; Chacón (2007) describió que se necesitan 20 libras (9.1 kg) de fuerza en la mano, valorada por dinamometría, para llevar a cabo la mayoría de actividades básicas de la vida diaria (Chacón, 2007) y encontró una correlación de 0.68 entre el índice de Barthel y la fuerza prensil.

Se debe proseguir indagando en la rutina diaria del usuario, para ello se le pide el relato de un día típico, desde que despierta hasta la noche. Con esta información se busca dar seguimiento a las políticas de SENAMA, de promover un envejecimiento activo con el fin de que sea una rutina saludable.

Específicamente en la demencia, una de las primeras áreas cognitivas en verse afectada, en especial en las demencias frontotemporal, vascular y mixtas, son las funciones ejecutivas; que se refieren al conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y acción de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente. Por este motivo, al usuario con demencia le cuesta planificar la preparación de una comida, los pasos para vestirse y, mucho más aún, una rutina diaria; ante esto queda impávido sentado la mayor parte del día (Subillana, Bruna, Puyuelo y Virgili, 2009).

Para continuar la evaluación, se procede a conocer el nivel funcional basal, utilizando como referente la semana previa a la hospitalización, y luego la semana de ingreso a la Unidad Geriátrica de Agudos. En este punto es importante aclarar que los usuarios generalmente ingresan desde otras unidades de mayor complejidad, como Unidad de Cuidados Intensivos o Intermedios y no directamente desde el domicilio, lo que puede provocar que la funcionalidad de ingreso varíe mucho respecto del basal, si lleva varios días en el hospital o de la complejidad de la patología aguda por la que ingresó.

La evaluación de las AVD se inicia con las Básicas, mediante el Test de Barthel Modificado de Granger et al, (1979) (ANEXO 3). Se utiliza en tres ocasiones, en la entrevista inicial para conocer el nivel basal, al ingreso a la UGA y al alta, lo cual permite mostrar posibles grados de recuperación de funcionalidad del usuario. Es importante registrar cada cambio; muchas veces puede existir disminución secundaria a una patología aguda o a la iatrogenia hospitalaria, pero otras veces puede mejorar tras la rehabilitación en UGA o disminuir los niveles de asistencialismo con el que conviven en sus domicilios. En este sentido el Test de Barthel Modificado es un poco más específico que el original, haciendo más visible pequeños cambios, como por ejemplo separando los puntajes en vestuario de tren superior del inferior, dándole a este último aspecto más puntaje por ser una actividad de mayor complejidad, aunque podría ser grosero para detectar pequeños cambios, como el abotonado de la ropa o poder tomar una cuchara.

Se debe proseguir con las AVD Instrumentales con el Test de Lawton y Brody (ANEXO 4) y se finaliza con las Avanzadas, si es que conserva indemnidad en las instrumentales; éstas son evaluadas solo a través de preguntas abiertas (como si aún asiste en forma independiente al banco, usa chequera, maneja vehículo o usa internet).

A continuación es necesario conocer las habilidades cognitivas; en muchas ocasiones los usuarios ya cuentan con la evaluación de neuropsicología y se puede revisar la ficha para conocer esta área del usuario. De no contar con esta evaluación, se debe aplicar algún test de screening básico como el Minimental Folstein (MMSE), el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) en el caso de educación universitaria, el Pfeiffer en caso de analfabetismo o hipocausia severa y el Confusional Assesment Method (CAM), este último test se usa en todos los usuarios que ingresan a la UGA por la alta incidencia de casos de delirium en Personas Mayores con deterioro cognitivo.

Tests Minimental Folstein (1975) (ANEXO 5)

Fue desarrollado por Folstein y colaboradores y validado en Chile el año 2004 por Quiroga, Albala y Klaasen (2004), como un método práctico que permite establecer el estado cognitivo del usuario y detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son: Orientación espacio- tiempo; atención, concentración y memoria; abstracción (cálculo); lenguaje y percepción viso- espacial y capacidad de seguir instrucciones básicas. El tiempo de aplicación es breve, alrededor de 7 minutos y se aplica al ingreso y egreso del usuario a la UGA.

En Chile, Gonzales, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez y VonBernhardi (2005) realizaron un estudio para normalizar el MMSE, según edad y escolaridad. A continuación, se presentan los promedios de los puntajes de corte para la población entre 61 a 90 años.

Tabla 1: Puntajes de Corte test MMSE, según escolaridad

Educación	Promedio
0-4	22,5
5-8	25,5
0-12	27.6
< 12	28.6

Generalmente, la información entregada por este test no sólo otorga una mirada global del nivel cognitivo del usuario, también en forma indirecta informa sobre el nivel de funcionalidad para ejecutar sus AVD básicas. Así también lo encontró Tarazona, Rojo, Díaz y Pulido (2010), donde las puntuaciones bajas en MMSE obtuvieron también puntuaciones bajas en el Índice de Barthel.

Test Montreal Cognitive Assessment, (Nasreddine, 2006) (ANEXO 6)

La Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, praxias, cálculo y orientación. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. El puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal.

Los siguientes rangos pueden ser utilizados para la gravedad: 18-26 = deterioro cognitivo leve, 10-17 = deterioro cognitivo moderado y menos de 10 = grave deterioro cognitivo. El punto de corte de 18 se considera generalmente para separar Mild Cognitive Impairment (MCI) de demencia tipo Alzheimer.

En el hospital de la FACH se utiliza la versión Mexicana 7.3, pues los animales que aquí aparecen son más comunes a los que existen en el país.

Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (1975) (ANEXO 7)

Test rápido y sencillo de utilizar para “screening” por parte del equipo de salud, es muy útil en el caso de pacientes con hipoacusia severa, amaurosis o escolaridad baja a nula.

Se adjudica un punto por cada error, considerando erróneo un ítem por un solo fallo en cualquiera de sus partes. Por ejemplo, un solo fallo en la secuencia de restas hará errónea la serie completa y dará por lo tanto un punto más al total. Lo mismo pasa con las fechas: simplemente con que no acierte el mes, el día o el año, se considerará como errónea la fecha, aunque acierte sus otros dos componentes.

Se considera patológico un total de 5 o más puntos, permitiéndose un error de más en caso de no haber recibido el paciente estudios primarios, o un error de menos si ha recibido estudios superiores.

Para evaluar las funciones ejecutivas, el test del reloj y en algunas ocasiones en que no es suficiente o queda duda diagnóstica, el Frontal Assesment Battery.

Las funciones ejecutivas nos guiarán no sólo en la rutina del usuario, como ya se mencionó anteriormente, sino que también son importantes como marcador de la capacidad de llevar a cabo sin riesgos AVD instrumentales como la toma de medicación, cocinar o el cuidado de niños.

The Clock Drawing Test (CDT) o Test del Reloj (Goodglass y Kaplan, 1972) (ANEXO 8)

La tarea de dibujar correctamente un reloj requiere la participación coordinada de numerosos y distintos aspectos cognitivos que no son necesarios para realizar otros dibujos más simples, como por ejemplo un árbol o una casa, por tanto permite la apreciación de las apraxias constructivas, las agnosias visuoespaciales y las funciones ejecutivas. Comprende dos partes: en la primera parte del test se le pide al sujeto que dibuje un reloj con todos los números y que las agujas marquen las 11:10 hrs. y en la segunda parte se pide al sujeto que copie un dibujo que representa un reloj marcando las agujas las 11:10 hrs. Existen varios criterios de puntuación, pero el utilizado por nosotros es el de 7 puntos.

Siguiendo con la evaluación, se debe conocer el ambiente en que se desempeña diariamente el usuario, primero las características físicas, para conocer si presenta barreras físicas o de accesibilidad y/o riesgos de caídas. Posteriormente, se continúa evaluando las características sociales, para conocer la red de apoyo con la que cuenta el paciente, si es suficiente o si es necesario fortalecer o educar. De encontrar déficits en esta área, se coordina con Asistente Social, quien realizará una investigación más acuciosa del tema y, posteriormente, en conjunto se realiza educación a la familia o cuidadores, si es que los hay. Los temas principales a tratar son el manejo del ambiente (para eliminar barreras y favorecer estimulación), manejo del usuario en domicilio y educación en stress del cuidador.

Generación de Objetivos de Tratamiento

Una vez evaluado el usuario, es necesario realizar el planteamiento de objetivos, los cuales se realizan en conjunto con el usuario y/o su familia, y con otros profesionales del equipo.

Las instancias de generación y reevaluación de objetivos transversales son la reunión multidisciplinaria, en las cuales se presenta un estudio de caso de los usuarios que están hospitalizados en la UGA, se expone ideas, evaluaciones y objetivos desde todas las áreas y se llevan a cabo discusiones y reflexiones sobre el cómo continuar con la intervención.

La segunda instancia es llevada a cabo en la visita de sala, donde se revisa a cada usuario, se actualiza cada área con sus objetivos, y se evalúa transdisciplinariamente la posible alta del hospital y el lugar de egreso, sea este el domicilio del usuario, el domicilio de algún familiar en forma esporádica o permanente, postulación a centro de rehabilitación de las fuerzas armadas o, en última instancia, la necesidad de institucionalizar al usuario en una residencia de larga estadía.

Ingreso

La intervención se inicia de forma precoz, comienza con el diseño e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales, con el fin de cumplir los objetivos acordados con la familia y/o el paciente.

Paralelamente se trabaja en la adaptación de actividades y entornos, selección y/o diseño de ayudas técnicas (como alzadores de baño, engrosadores de mangos, carteles de orientación de cuartos) y asesoramiento sobre pautas de actuación y estrategias a familiares, cuidadores y/o profesionales para conseguir la máxima funcionalidad y la prevención de accidentes domésticos durante los diferentes estadios de la enfermedad. Una de las pautas más utilizadas para educar a la familia fue creada por Gitlin y Corcoran (1996) (ANEXO 9).

Estimulación Cognitiva:

Son actividades que estimulan las diferentes áreas cognitivas, para ello es necesario saber en qué estadio de la enfermedad se encuentra el usuario y qué actividades se pueden proponer para su estimulación. Para esto se puede utilizar la pauta de Evaluación Global Deterioration Scale (GDS), que guía el trabajo a través de la Teoría de la involución o “Retrogénesis” de Reisberg, en la cual, la pérdida de las funciones sigue un orden inverso al curso del aprendizaje según los postulados de Piaget, dividiendo la ontogénesis conductual en varias etapas.

El primer período corresponde a la adquisición de la inteligencia sensoriomotriz (de 0 a 2 años); le seguiría un período preoperatorio (de 3 a 7 años) y la consecución de las operaciones concretas (de 7 a 11 años), hasta alcanzar las operaciones formales (de los 11 a los 15 años). De forma inversamente análoga, se va sucediendo la desintegración de las funciones cognitivas superiores, por ende, las actividades a proponer deben estar de acuerdo a las habilidades de un niño de la etapa en que se encuentra el usuario con demencia.

Otro modelo que se puede mencionar es el Cognitivo de Claudia Allen (1998), el cual se origina en la psicología del desarrollo, basándose en el estadio sensorio motor de Jean Piaget, debido a que los pacientes con demencia y las etapas que este autor menciona presentan similitudes. La finalidad de esta teoría es poder identificar la capacidad intelectual remanente de la persona, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarla como base para la adaptación a su discapacidad, posibilitando que el paciente realice las actividades más convenientes.

En este modelo se plantean 5 niveles: Reflejo, Movimiento, Acciones Repetitivas, Producto Final, Variaciones y Pensamiento Abstracto, en cada uno se explica las habilidades del usuario en ese estadio y las posibles actividades a trabajar.

Las técnicas y actividades para la estimulación cognitiva pueden ser muchas. Una clasificación global es la entregada por Peña Casanova, 1999:

- Intervenciones estructuradas, esto es, actividades organizadas y escogidas específicamente con objetivos determinados (como por ejemplo tenemos la Reminiscencia, Programas de Entrenamiento Cognitivo, Terapia de Orientación Real (TOR), Snoezelen y Musicoterapia, entre otros).
- Intervenciones informales tales como las recreativas, actividades ocupacionales, de la vida diaria, etc.; en definitiva, actuaciones que en mayor o menor medida implican un entrenamiento cognitivo, aun no siendo éste su objetivo fundamental.
- Intervenciones mixtas, que, como su propio nombre indica, implican una combinación de las intervenciones descritas con anterioridad.

Estimulación Psicomotora:

La actividad motriz establece un nexo entre el pensamiento y la acción, un buen desarrollo psicomotor facilita la expresión y comunicación del lenguaje corporal, mejora el conocimiento y la identidad personal y favorece la relación con el espacio. La estimulación psicomotora promueve el desarrollo sensorial, cognitivo y motor del usuario. Sus aportaciones más importantes son:

- a. Favorecer la estimulación sensorial. Por ejemplo, mediante volteos dirigidos, balanceos, disequilibrios, tacto.
- b. Favorecer el esquema corporal, interiorizando el reconocimiento del propio cuerpo y su situación en el espacio y en el tiempo.
- c. Fomentar la manipulación fina, destrezas manuales y praxias.
- d. Reconocer y explorar las capacidades comunicativas a través de la expresión corporal y gestual.

Programa de Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria:

Las AVD son las actividades prioritarias para la vida funcional del individuo: bañarse, vestirse, continencia, comer, etc. En este tipo de actividad se trabaja el reconocimiento de objetos cotidianos, la realización de la secuencia, así como actividades más específicas, como serían: hacer la lazada del zapato, abotonar-desabotonar, etc. Asimismo, cuando es preciso se asesora sobre diferentes ayudas técnicas con el fin de compensar posibles déficits.

Se puede intervenir, también, en algunas AVD instrumentales, en especial en demencias leves a moderadas, pues en las moderadas-severas se vuelve muy riesgosa su ejecución, como lo es la toma de medicación o salidas a la comunidad. El entrenamiento incluye manejo de dinero, educación en toma de medicación, inclusión en tareas domésticas como cocinar, limpiar, etc.

El entrenamiento de AVD se realiza en todos los usuarios de una UGA, pero es fundamental en los usuarios demencia, debido a la pérdida de praxias y funcionalidad que se asocia a esta patología.

El entrenamiento en AVD será totalmente dependiente de la historia del sujeto y de sus intereses. Considerando que las personas vienen de contextos socioculturales diversos, como por ejemplo, una persona que vivió toda su vida en el campo o zona rural, quizás nunca manejo un teléfono o nunca utilizó transporte público, pero si sabía cortar la leña o montar a caballo.

Por último, se debe recalcar que si bien el hospital puede presentar diversas limitaciones físicas para ejecutar algunas AVD, el TO siempre debe adaptar la situación a la práctica de AVD que haga sentido para la Persona Mayor y su vida habitual fuera del entorno hospitalario.

24 Horas Previas al Alta Médica

Desde el momento de la evaluación de ingreso, el TO va conociendo los puntos débiles o críticos del usuario, los cuales son necesarios de reforzar a los cuidadores por medio de la educación en el manejo en domicilio del usuario. A partir de dicha información, Terapia Ocupacional realiza un informe de alta del usuario, el que es entregado entre 1 a 3 días previos al alta, en forma directa al cuidador, en este informe se puede incluir brevemente la siguiente información, potenciando las áreas más críticas del usuario.

Tabla 2: Informes de T.O al alta de UGA, Hospital FACH

Manejo de delirium	Breve descripción de la terapia de orientación real, incluyendo manejo ambiental y conductual.
Funcionalidad del usuario en domicilio	El objetivo es fomentar la funcionalidad del usuario en su domicilio, promoviendo que mantenga su nivel de actividad previo o que mejore cuando en la evaluación se ha detectado un sobre-asistencialismo por parte de los cuidadores.
Estructuración de rutinas y toma de roles.	Instar a que el usuario una vez llegue a su ambiente pueda retomar sus roles habituales y no el rol de enfermo. Si en la evaluación se detecta que ya no presenta roles significativos se puede proponer trabajar este objetivo durante la hospitalización, siempre con el usuario y los familiares para que den fortaleza y constancia a los nuevos roles a tomar, como también puedan conocer la importancia de la toma de ellos y las consecuencias que traerá a su familia. Siempre se debe promover que las rutinas sean activas y equilibradas.
Ayudas técnicas	Se sugieren ayudas técnicas que pueden facilitar el desempeño funcional del usuario en su domicilio.
Técnicas de estimulación cognitivas y motrices	Educar al cuidador en actividades que puede realizar con su familiar para estimular el área cognitiva y motriz según el nivel de habilidades, como también fuentes para obtener más información.
Prevención de caídas	Al detectar un síndrome de caída frecuente o un ambiente con barreras y riesgos, se ha de adjuntar un díptico al informe, que incluye un check list ambiental del domicilio con las sugerencias correspondientes para eliminarlos.
Otras técnicas acorde a la patología.	Técnicas de protección articular o de ahorro energético.

Fuente: Araya, E. 2015

El día del alta se realiza una reevaluación funcional del usuario, volviendo a aplicar las evaluaciones de ingreso, de esta forma el equipo puede estar en conocimiento de cuál es la situación funcional de egreso del usuario. A partir de esto se puede reforzar la educación a la familia en las áreas más críticas, como el manejo de delirium en domicilio, potenciamiento de la funcionalidad, la necesidad de supervisión, entre otros puntos.

Control Post Alta en Policlínico

Se realiza junto con el médico geriatra, de manera de solucionar problemáticas no detectadas al alta o generadas al momento de llegar al hogar domicilio, que afecten la funcionalidad global y calidad de vida del paciente, de su familia y/o cuidadores.

En la consulta, se comienza realizando una encuesta con preguntas sobre la funcionalidad y situación post alta, si ha vuelto a su domicilio o hubo algún cambio, cómo se ha sentido,

cuantos días lleva de alta, se chequean los fármacos (se solicita traer las cajas para corroborar su correcta ingesta), se retoma o evalúan las principales problemáticas detectadas por la familia, se reevalúa desde el punto de vista cognitivo y funcional.

En los 45 minutos de atención del policlínico post alta, se intenta dar la solución a las problemáticas, como:

- Ajuste de fármacos: Suspensión y/o adición de fármacos.
- Chequeo nutricional general.
- Educación a cuidador y familiar.
- Derivaciones necesarias: Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicología, Nutricionista, Asistente Social, Policlínico de Curaciones, Servicio de Urgencia.
- Solicitud de exámenes.
- Citación a nuevo control post alta si no se resuelven problemáticas principales.
- Control habitual en Geriatría.
- Intervención en problemáticas físicas y funcionales.

La derivación a TO, generalmente, es para realizar educación a familiares para retomar el nivel funcional en las AVD previo a la hospitalización. Existen diferentes causas por las cuales el usuario no recobra su basal funcional y/o rutina ocupacional. Estas causas pueden ser por sobreprotección, falta de conocimiento o falta de asesoría en el uso de manejo ambiental y ayudas técnicas.

Las pautas por escrito son fundamentales en el momento de la educación, para una mayor comprensión, las fotos para el manejo ambiental son importantes para que la persona pueda comprender o retener la instrucción.

Esta novedosa experiencia busca visualizar a la persona de la forma más integral posible. Esto es un recurso costo efectivo, ya que no sólo se solucionan problemas referentes a la propia condición clínica de hospitalización, sino también promover la continuidad de los cuidados y prevención de la re-hospitalización.

Estudio de Caso

Margarita (nombre ficticio) es una mujer de 83 años nacida en Santiago, su estado civil es viuda hace 14 años, vive sola en su domicilio.

Esta usuaria, desde el año 2010, se encuentra consultando al médico neurólogo y geriatra por quejas de memoria. El año 2012 es hospitalizada por neumonía, donde es evaluada por la neuropsicóloga, quien refiere se encuentra cursando un Síndrome Confusional Agudo y determina, tras los siguientes puntajes: MMSE 23/30, Reloj 1/7 y FAB 5/18, deterioro cognitivo leve en contexto de delirium. Este mismo año, el geriatra en consulta ambulatoria le diagnostica deterioro cognitivo leve al aplicar el “Test de Alteración de Memoria (TAM)” obteniendo 36/50 puntos.

Se le conocen las siguientes patologías asociadas: Diabetes mellitus tipo II (insulino requirente), insuficiencia renal crónica etapa II, hipotiroidismo, cardiopatía coronaria con stent (2010), depresión, trastorno de la marcha, caídas frecuentes.

Consulta a la urgencia del Hospital de la Fuerza Aérea por caída a nivel, evolucionando con dolor de parilla costal izquierda que se incrementa al esfuerzo físico e inspiración. Se solicita TAC de tórax donde se evidencia múltiples fracturas de 7º a 12º costilla izquierda con signos de contusión pulmonar. Ingresa al Intermedio Médico, evolucionando con cuadro confusional agudo mixto, ITU y globo vesical. Seis días después es trasladada a la Unidad Geriátrica de Agudos.

En la UGA es evaluada por el equipo transdisciplinario. Desde Terapia Ocupacional se obtiene la siguiente información:

Usuaría autovalente para la realización de sus ABVD, Barthel 100%. Independiente también para sus AIVB, salvo uso de transporte público, obteniendo un Lawton de 7/8, hijo refiere que generalmente una vecina la apoya con la insulina.

Su rutina es activa y aún tiene un alto nivel de participación social, asiste 3 veces por semana a gimnasia de la municipalidad para el adulto mayor y se visita frecuentemente con sus amigas y vecinas.

Desde el ámbito sensorial, se detectan severos problemas, amaurosis de su ojo izquierdo y visión baja de su ojo derecho. Más hipoacusia moderada.

En el área cognitiva se aplica Test MMSE obteniendo 18/30, Test del Reloj con 0/7 puntos, todo esto en contexto de presentar un test CAM positivo para la presencia de delirium. Además, se aplican otros test para conocer sus habilidades cognitivas para AIVD, en especial funciones ejecutivas, utilizando el Test del Reloj, obtiene 0/7 y un Frontal Assessment Battery (FAB) obteniendo 5/20 puntos. Ambos resultados muestran importantes déficits en esta área.

A la entrevista con la familia, asisten dos de sus tres hijos, los cuales refieren estar en completo desconocimiento de la situación cognitiva de su madre y del riesgo que esto conlleva al estar viviendo sola. Muestran algo de reticencia al diagnóstico y a cambiar la situación riesgosa de vida de su madre como la administración independiente de insulina y el vivir sola.

Problemática Ocupacional

ABVD: Margarita es autovalente, pero con riesgo, principalmente por el trastorno de la marcha y las caídas frecuentes. Requiere supervisión ante los riesgos, pero manteniendo su independencia. Es necesario evaluar y modificar el ambiente para prevenir caídas.

AIVD: Margarita muestra gran interés por su independencia y por los quehaceres domésticos, por lo que es importante poder mantener estas actividades. Pero es importante tenga compañía para evitar accidentes como cuidar los riesgos domésticos, cocinar comida nutricionalmente equilibrada y mantener un nivel adecuado de higiene en casa.

Gran riesgo existe en las salidas fuera del domicilio por sus déficits sensoriales, cognitivos y el trastorno de la marcha.

También gran riesgo en seguir medicándose en forma independiente, por la baja visión y la disfunción ejecutiva observada en el Test del Reloj y el FAB.

Ocio y Tiempo Libre: En general tenía una rutina activa, pero posterior a la caída, se le prohíbe la ejecución de actividad física por seis semanas, por lo que será necesario reestructurar su rutina post alta hospitalaria.

Área Cognitiva: Es importante intervenir en el delirium para que remita lo antes posible, pues mientras menor sea la duración son menores las consecuencias.

Se hace necesario derivar a otros niveles de salud, como lo es la atención primaria de la Fuerza Aérea, para trabajar en la conservación del nivel cognitivo el máximo tiempo posible.

Objetivos

- Manejo del delirium.
- Conservar funcionalidad basal (previa a la caída).
- Educar a la red de apoyo en relación al diagnóstico de demencia y los riesgos de accidente asociados a este diagnóstico.
- Prevención de caídas.

Intervención

Manejo no farmacológico del delirium con terapia de orientación real, estimulación cognitiva y pintura de mandalas; esta sencilla actividad pone en funcionamiento mecanismos físicos, psicológicos y cognitivos. Este último aspecto es uno de los más interesantes en el manejo de Demencia y Delirium, pues trabaja habilidades esenciales para estas patologías como la atención, praxias y memoria.

Entrenamiento diario de ABVD, en primera instancia, en posición sedente dentro de su habitación y, posteriormente, en situación real en el cuarto de baño.

Participación en reuniones de equipo y de educación a la red de apoyo, principalmente en la necesidad de mayor supervisión en AIVD, como la toma de fármacos y en la prevención de riesgos de accidentes domésticos.

Entrega de informe de alta, con las recomendaciones al domicilio, entre ellos la prevención de nuevas caídas.



Ilustración 3: Entrenamiento de AVD (fotografía con consentimiento informado)

Resultados

Luego de siete días en UGA y tras tres reuniones del equipo con los hijos, fue dada de alta a su domicilio. Los hijos se mostraron en conocimiento de la situación cognitiva de su madre y se comprometieron a contratar una cuidadora 24 horas.

En relación al nivel cognitivo, la Sra. Margarita salió en su estado basal y sin Síndrome Confusional Agudo.

Para su nivel de funcionalidad en AVD, retomó la mayoría de sus actividades y quedó con indicación de ejercicio físico hasta su control en un mes más para dar tiempo de consolidación a las fracturas.

La evaluación de egreso muestra los siguientes avances:

Tabla 4: Resumen Puntajes de Test Usuaría Caso Clínico.

Test	Basal	Ingreso	Egreso
Barthel	100%	60%	75%
Lawton	7/8	0/8	2/8
MMSE	22/30 (Año 2012)	18/30	23/30
FAB		5/20	
Reloj		0/7	3/7
CAM		(+)	(-)

Conclusiones

La Sra. Margarita tuvo una hospitalización bastante exitosa, se manejó y remitió el delirium, su problemática médica de ingreso a través del manejo del dolor de fracturas y reacondicionando su estado físico, se ajustó y facilitó la toma de su medicación, prácticamente mantuvo su nivel funcional y es probable que lo retome 100%, una vez que pueda volver a realizar ejercicio físico.

Además se espera haya sido exitosa la intervención con los familiares, que puedan cumplir con sus compromisos de dar mayor supervisión y compañía a su madre, como también puedan realizar los cambios ambientales en casa para prevenir nuevas caídas.

Mención especial haremos a la disminución de la autovalencia para las AIVD, no por que requiera asistencia, sino supervisión para evitar riesgos, principalmente en el tema de la medicación (insulina, deterioro cognitivo y la baja visión que no se logra compensar lo suficiente con ayuda técnica).

Resultados e Impactos de la Intervención de TO en Pacientes UGA FACH

Para que los objetivos de una Unidad Geriátrica de Agudos puedan ser cubiertos, se requiere del trabajo de un equipo transdisciplinario. Entre ellos, el Terapeuta Ocupacional adquiere un rol importante en la promoción y mantención de la funcionalidad de sus usuarios con deterioro cognitivo.

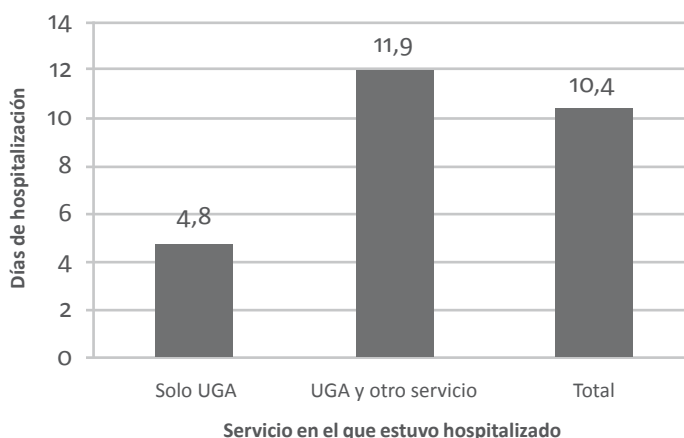
Para corroborar esta hipótesis se realizó un análisis preliminar de los beneficiarios de TO con deterioro cognitivo o demencia que fueron hospitalizados en la UGA del hospital FAC. El análisis consideró diversas variables demográficas, y las demás variables que describen el estado cognitivo y funcional pudiendo concluir lo siguiente:

Resultados

Existe un mayor número de mujeres atendidas, correspondiendo al 61,4%, así como una alta cantidad de personas de 80 años o más (82,4%). De éstos, menos de la mitad de los casos están diagnosticados con demencia (35%), lo que podría explicar el gran número de personas que tienen como destino su domicilio al momento del alta (73.7%).

En relación al estado cognitivo, el MMSE promedio de los usuarios es de 15 puntos y no se observan diferencias al ingreso y al egreso hospitalario. Sin embargo, la cantidad de personas que tienen delirium al egreso en comparación al ingreso es menor, por lo que las estrategias utilizadas durante la hospitalización de las personas con deterioro cognitivo o demencia podrían ser efectivas para la reducción de los casos de delirium.

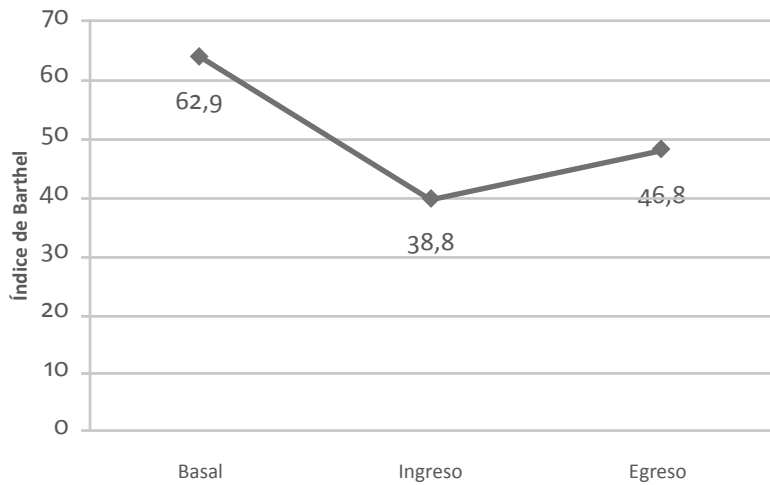
Gráfico 1: Días de Hospitalización de acuerdo al servicio en el que estuvieron hospitalizadas las personas



Otra variable importante es el haber estado hospitalizado solo en UGA, ya que estos usuarios presentan un menor promedio de días de hospitalización, en comparación a los que estuvieron en UGA y otro servicio (Figura 1). Esto podría estar reflejando la influencia que tiene el contexto de hospitalización en la persona mayor con deterioro cognitivo y demencia, donde las UGAs son unidades específicas para la hospitalización de personas mayores y, por ende, cuentan con recursos humanos entrenados y recursos ambientales modificados para la atención de esta población. Sin embargo, esta es solo una hipótesis, ya que debemos tomar en cuenta que el número de sujetos que ingresó solo a UGA es menor al que estuvo en otros servicios y, a su vez, no se considera otros factores confundentes como el motivo de ingreso a UGA (pensando que los que ingresan a UGA directamente cumplían ciertos criterios).

El estado funcional en AVDB varió a lo largo de la hospitalización, evidenciándose un incremento entre el ingreso y el egreso del hospital (Figura 12). Los resultados no son iguales para las AVDI, donde no existen mayores variaciones; lo que muestra, por una parte, el impacto que tiene en la persona mayor y su funcionalidad el proceso de hospitalización y, por otra, la importancia de establecer estrategias que ayuden a mejorar la funcionalidad. Probablemente, en este grupo influyó de manera importante el hecho de que todos estuvieron hospitalizados en algún momento en el servicio de UGA.

Gráfico 2: Variación Funcional en AVDB a lo Largo de la Hospitalización



Es necesario analizar estos datos con mayor profundidad, estableciendo una pregunta de investigación, un diseño metodológico y, a través de pruebas estadísticas inferenciales, generar resultados concluyentes, contando con una muestra con mayor representatividad, y contemplando también la necesidad de considerar factores determinantes como los años que lleva la persona con demencia, o el motivo de ingreso al hospital.

De todas formas, los resultados aquí mostrados sirven para describir, de manera sencilla, las influencias que puede tener para una persona mayor con deterioro cognitivo o demencia el estar hospitalizada en un servicio de UGA, lo que alienta a la necesidad de explorar cuales pueden ser los factores que contribuyen a tener una mejor hospitalización en esta población, así como a estudiar con más detalle cómo influye el ambiente de hospitalización en las personas mayores con problemas de memoria o demencia.

Reflexiones y Desafíos para la Terapia Ocupacional

Son numerosos los logros que obtiene la Terapia Ocupacional, en conjunto con el equipo transdisciplinario, en estas unidades de atención especializadas para las personas mayores.

Observando que sobre el 80% de las personas que tiene un deterioro cognitivo o demencia, cursa delirium durante las hospitalizaciones y, por ende, es de vital importancia el tener profesionales y técnicos capacitados para dar atención a estas personas.

Estos usuarios ingresan en gran porcentaje con delirium moderado a severo y en uno a dos días evolucionan retomando su nivel cognitivo basal. Llama la atención el manejo ambiental de la UGA donde se observa que no existe uso de restricciones físicas en manos o pies. Los usuarios deambulan y participan del entorno, lo que no se observa siempre en otras unidades de los diferentes hospitales de Chile que no tienen unidades especializadas para la demencia donde

los usuarios terminan contenidos las 24 horas durante su hospitalización, con el consecuente avance en el deterioro de sus capacidades, cognitivas físicas y, obviamente, funcionales.

De igual forma, destaca en esta unidad la mantención de la funcionalidad. La literatura indica que la gran mayoría de personas con demencia pierde gran parte de su funcionalidad durante las hospitalizaciones, mientras que aquí se mantienen las AVD Básicas y la pérdida en las instrumentales es mínima.

Las proyecciones que tiene la Terapia Ocupacional en este ámbito de intervención son muchas. La población envejece y Chile toma conciencia de la necesidad de crear atención especializada, por lo que al día de hoy ya existen o están en proyecto gran cantidad de unidades de ortogeriatría, unidades de manejo funcional, unidades post agudos, más unidades de agudos, entre otras, tanto en Santiago como en regiones, como por ejemplo Concepción, Temuco, Osorno, Coyhaique. En todas estas unidades es fundamental la presencia de un TO.

Se vuelve prioritario para la disciplina el tener más profesionales capacitados en el área, pues es un tema emergente al encontrarnos con una población que envejece cada día más. Esto no solo en pregrado sino también en postgrado, implementando programas de diplomados, magíster o incluso especialización en el área.

Por lo tanto, es necesario seguir generando otras unidades de descarga, como las Unidades de Delirium, de Rehabilitación Funcional en Agudos, Hospitales Día o Centros de Día. De esta forma, potenciar el trabajo de la UGA con los usuarios que cumplen criterios y poder dar seguimiento al trabajo ganado proyectado en la comunidad.

Un gran desafío para la Terapia Ocupacional es la creación de una prueba de evaluación funcional más acorde al manejo agudo de los usuarios mayores y, también, adecuada a la actualidad, tecnología y sexo.

Una limitación importante es el no poder contar con la oportunidad de ejecutar visitas domiciliarias. Sería interesante poder conocer in situ el ambiente del usuario, para poder dar recomendaciones ambientales más adecuadas y pertinentes.

Respecto de los alcances éticos de la intervención de T.O, los pacientes con demencia son altamente demandantes, las Terapias de Orientación Real debiesen ser de 24 horas y, lamentablemente, a veces es poco el tiempo presencial que se puede disponer para cada usuario. Cuando existen familiares se los puede capacitar y ellos dan continuidad a la terapia tanto en el hospital como en el domicilio, de igual forma la capacitación a Técnicos de Enfermería, quienes son los que pasan la mayor parte del tiempo con los usuarios.

Finalmente, se debe destacar al T.O como el profesional especialista en la intervención de la funcionalidad de los usuarios de una UGA, en especial en patologías discapacitantes como lo es la demencia, permitiendo dar cumplimiento al objetivo de una hospitalización amigable que favorezca la mantención de la independencia, la prevención de complicaciones como caídas o enfermedades concomitantes en especial el delirium, preparar integralmente el alta hospitalaria, disminuir el estrés del usuario y su familia y disminuir el porcentaje de institucionalizaciones de larga estadía.



ANEXO 1

Fig 2: Evaluación Terapia Ocupacional para Paciente Geriátrico. Hospital de la Fuerza Aérea de Chile

Nombre: _____ N° Ficha clínica: _____

Edad: _____ Fecha Nacimiento: _____ Fecha de Ingreso: _____

Diagnóstico Ingreso: _____ GDS: _____

Diagnósticos Previos: _____ Fecha Valoración: _____

Estado Civil: _____ Unidad: _____

Soltero: _____ Casado: _____ Viudo: _____ (____) años Teléfonos: _____

Vive con: _____ Dinamometría

Comuna: _____ ESD: _____ Kg. Perc.: _____

Casa: _____ Dpto: _____ Residencia: _____ N° Pisos _____ ESI: _____ Kg. Perc.: _____

Escolaridad: _____ Ayudas Técnicas: _____

Incompleta: _____ Completa: _____ Superior: _____ CAIDAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES: _____

Ocupación pasada: _____ O. _____

Actual: _____

Historia Ocupacional:

Funcionalidad	Normal
Miembros	Disminuido
Superiores	Escasa a Nula

Movilidad Funcional	Transferencia: Asistida Independiente Otros
Sensorial/ Comunicación	Visión Audición

Rutina
Mañana
Medio Día
Tarde
Noche

BARTHEL	B	I	E
Tomar A. vaso			
Comer			
Vestirse T.Sup			
Vestirse T.Inf			
Coloc. Prótesis			
Aseo personal			
Bañarse			
Deposiciones			
Micción			
Tranf. Silla			
Transf. WC			
Transf. Ducha			
Deambular			
Escalones.			
Mov S.Ruedas			
Total			

LAWTON.	B	I	E
Teléfono			
Compras			
Alimentos			
Cuidado casa			
Lavado			
Transporte			
Medicación			
Manejo dinero			
TOTAL			

CAM		
1. Cambio en el estado mental basal		
2. Alteración de la atención		
3. Pensamiento desorganizado		
4. Alteración de conciencia		

	B*	I**	E***
Barthel			
Lawton			
Cognitivo			
Cognitivo			
Afectivo			

C. Fragilidad (Fried 3 o +)	Si	No
Baja de peso + 4,5K		
Antec Caídas		
Sent. Agota. Gral.		
Debilidad (Dinamometría)		
Lenta velocidad caminar		
Bajo nivel de actv. física		

Red de apoyo: _____

Intervención: _____

Nombre del Entrevistador: _____

- * : Basal
- ** : Ingreso
- ***: Egreso

ANEXO 2

Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg

Estadio	Características	Comentarios
1. Ausencia de déficit cognitivo	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo.	Capacidad funcional intacta en áreas social, ocupacional y familiar (como hace 5-10 años).
2. Déficit cognitivo muy leve	Le cuesta encontrar palabras adecuadas y localizar objetos	La dificultad para palabras y objetos no es percibida por familiares ni amigos.
3. Déficit cognitivo leve	Se objetiva deterioro en el rendimiento laboral. Le cuesta ir a lugares poco conocidos Afectación en más de un área	Olvida citas importantes. Dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas Conserva las actividades rutinarias (compras o viajes comunes). Abandona actividades sociales y ocupacionales.
4. Déficit cognitivo moderado	Pérdida de la capacidad para realizar actividades complejas (compras, economía doméstica). Pérdida discreta del vocabulario.	Dificultad en AIVD. Olvidos importantes en su vida diaria. Mantiene su independencia en ABVD . Olvido de hechos cotidianos recientes. Déficit en el recuerdo de su historia personal.
5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Necesita asistencia en determinadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (excepto higiene y comida). Pobreza manifiesta de lenguaje.	Dificultad para elegir la ropa y actividades económicas. Olvida el cuidado personal Dificultad para conducir. Aparecen agitación, alteración del ritmo de sueño, hiperactividad y trastornos emocionales.
6. Déficit cognitivo grave	a) Dificultad para vestirse. b) Asistencia en el baño. c) Incapacidad para asearse. d) Incontinencia urinaria. e) Incontinencia fecal.	Dificultad con los botones y el calzado. Miedo inicial a bañarse. Posterior incapacidad para hacerlo. Olvida el nombre de sus familiares más íntimos. *Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. predictor de institucionalización.

<p>7. Déficit cognitivo muy grave</p>	<p>a) Lenguaje reducido a seis palabras. b) Lenguaje reducido a una palabra o ininteligible. c) Pérdida de la deambulaci3n. d) No mantiene la sedestaci3n. e) Pérdida de la capacidad para sonreir. f) Estupor o coma.</p>	<p>Pérdida de todas las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos, grave gruñidos, etc.) Finalmente se afectan las funciones motoras más básicas y acaban apareciendo contracturas. S3lo se conserva la funci3n oculomotora espontánea. Se conserva el reflejo "grasping". Se pierde la capacidad para sentarse. Apraxia de la marcha por afectaci3n cognitiva marcha a pequeñes pasos, lentitud y lateralizaci3n.</p>
---------------------------------------	---	---

Fuente: Allegri, R.; Harris, P. y Drake, M. (2000). La evaluaci3n neuropsicol3gica en la enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol Arg, 25(1), pp.5-11.

ANEXO 3

Índice de Barthel, Modificación de Granger et al

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems tipo likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia.

Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es igual que la del Barthel original, es decir:

	Independencia	Con ayuda	Dependencia
- 0-20 dependencia total			
- 21-60 dependencia severa			
- 61-90 dependencia moderada			
- 91-99 dependencia escasa			
- 100 independencia			
Índice de autocuidado			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Puntuación total - Índice de autocuidado			
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total - Índice de movilidad			
PUNTUACIÓN TOTAL - Í BARTHEL Modif. GRANGER			

Fuente: Cid y Damián, 1997. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública. 71, pp.127-137

ANEXO 4

Fig. 5: Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)

Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	: 1 punto.
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	: 1 punto.
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	: 1 punto.
No es capaz de usar el teléfono	: 0 puntos.
Hacer compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	: 1 punto.
Realiza independientemente pequeñas compras	: 0 puntos.
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	: 0 puntos.
Totalmente incapaz de comprar	: 0 puntos.
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	: 1 punto
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	: 0 puntos
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	: 0 puntos
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	: 0 puntos
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	: 1 punto
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	: 1 punto
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	: 1 punto
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	: 1 punto
No participa en ninguna labor de la casa	: 0 puntos
Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	: 1 punto
Lava por sí solo pequeñas prendas	: 1 punto
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	: 0 puntos
Uso de medios de transporte	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	: 1 punto.
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	: 1 punto.
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	: 1 punto.
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	: 0 puntos
No viaja	: 0 puntos

<p>Responsabilidad respecto a su medicación</p> <p>Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta : 1 punto.</p> <p>Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente : 0 puntos.</p> <p>No es capaz de administrarse su medicación : 0 puntos.</p>	
<p>Manejo de sus asuntos económicos</p> <p>Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo : 1 punto.</p> <p>Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... : 1 punto.</p> <p>Incapaz de manejar dinero : 0 puntos.</p>	
<p>Valoración de la puntuación</p> <p>Se suman los puntos correspondientes a todas las áreas para obtener un total. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de un total de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.</p> <p>Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan</p>	

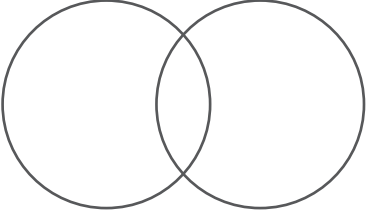
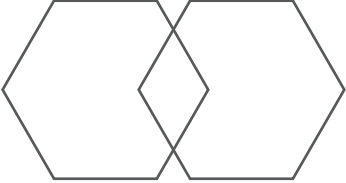
Fuente: Durante, P. y Pedro, P. (2010). Terapia Ocupacional en geriatría (3ª Edición). España: Editorial Elsevier Masson.

ANEXO 5

Test Minimental MMSE Folstein

Item	Si	No	n/s	Respuesta
1.- Que día de la semana es hoy				
2.- Cual es la fecha de hoy				
3.- En qué mes estamos				
4.- En qué estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambios de estación, P. j. marzo= verano/otoño				
5.- En qué año estamos				
6.- Que dirección es esta (calle /numero)				
7.- En qué país estamos				
8.- En qué ciudad estamos				
9.- Cuales son las dos calles principales cerca de aquí.				
10.- En qué piso estamos				
Le voy a nombrar tres objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, por que voy a volver a preguntar en algunos momentos más.				
Nombre los tres objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno.				
11.- Árbol				
12.- Mesa				
13.- Avión				
Un punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas.				
Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones				
14.a.-				
15.a.-				
16.a.-				
17.a.-				
18.a.-				
14.b.-				
15.b.-				

16.b.-				
17.b.-				
18.b.-				
Ahora cuáles eran los tres objetos que le pedí recordara.				
19.- Árbol				
20.- Mesa				
21.- Avión				
Muestre un reloj de pulsera				
22.- ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz				
23.- ¿Qué es esto?				
24.- Me gustaría repitiera esta frase después de mi “Ni si, ni no, ni peros” (permita un solo intento)				
Pásele una hoja con la frase “Cierre los ojos”				
25.a.- Lea las palabras en esta hoja y luego haga el gesto				
25.b.- Pase una foto. Un hombre levantando las manos.				
26.- Le voy a dar un papel, cuando se lo pase, “Tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y póngalo en su rodilla”. Entregue el papel y anote un punto por cada acción correcta.				
27.- Escriba una oración completa en este papel para mí. La oración debería tener un sujeto y un verbo y tener un sentido. No considera los errores gramaticales o de ortografía.				
Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel (está correcto si la intersección de las dos figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los angulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
28.a.- Pentágonos				
28.b.- Círculos				

	<p>Incorrecto.....0 Correcto.....1</p>
 <p>Puntaje Total MMSE / _ / _ /</p>	<p>Incorrecto.....0 Correcto.....1</p>

Fuente: Folstein M.F.; Folsteins S.E. et al. (1975). Minimental state, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of the Psychiatric Research, 12, pp.98-189.

ANEXO 7**Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer**

Pregunta a realizar	Error	Acierto
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)		
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)		
¿Qué edad tiene?		
¿Cuándo nació? (día, mes y año)		
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?		
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?		
¿Cuál es el primer apellido de su madre?		
Reste de tres en tres desde veinte		
Total (máximo: 10 puntos)		
0 – 2 errores: Funciones intelectuales intactas 3 – 4 errores: Deterioro intelectual leve 5 – 7 errores: Deterioro intelectual moderado		

Fuente: Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), pp.433-441.

ANEXO 8

Clock Drawing Test

La puntuación se realiza de la siguiente manera: (para la hora 11:10)	Puntaje
Serie completa de números del 1 al 12 (arábigo o romano).	1 punto
Orden correcto de la serie numérica.	1 punto
Ubicación correcta de números en los 4 cuadrantes.	1 punto
Realización de las dos agujas.	1 punto
Realización de una aguja más próxima al 11 que a cualquier otro número.	1 punto
Realización de la segunda aguja indicando el 2.	1 punto
Realización de la aguja horaria más corta que la minuterá.	1 punto

Puntaje Máximo: 7/7

Se puede considerar un corte del puntaje (normal/anormal): menor o igual a 5

Fuente: Cahn, D.; Salmon, D.; Monsch, A.; Butters, N.; Wiederholt, W.; Corey-Bloom, J. and Barrett-Connor, E. (1996). Screening for dementia of the Alzheimer type in the community: the utility of the Clock Drawing Test. Archives of Clinical Neuropsychology, 11(6), pp.529-539.

ANEXO 9

Fig 10: Listado de chequeo para hogares con ambientes seguros

Característica Ambiental	Peligros Potenciales
I. Áreas y cuartos específicos	
1. Cocina	<ul style="list-style-type: none"> - Uso inapropiado de aparatos (especialmente horno). - Acceso a medicamentos. - Acceso a objetos filosos (cuchillos). - Acceso a alcohol, comida o condimentos que pueden ser dañinos si se comen en grandes cantidades.
2. Escaleras	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos en los pasillos. - Escasez de pasamanos/barandas (desde el inicio al final). - Escaleras con pobre iluminación desde el inicio hasta el final. - Empinada, rota, desnivelada o escalones inclinados. - Entrada segura en la parte superior de la escalera.
3. Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Superficies del suelo y bañera resbaladiza. - Temperatura del agua no demasiado caliente. - Medicamentos y líquidos de limpieza accesibles. - Escasez de barras de agarre. - Objetos corto punzantes disponibles. - Cerradura de la puerta.
II. Características de todas las partes del hogar	
1. Iluminación	<ul style="list-style-type: none"> - Resplandor - Inadecuada iluminación - Lugares de sombras
2. Puertas	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a lugares peligrosos (por ej. subterráneo). - Capacidad para salir de la casa. - Altura del umbral muy alto. - Pestillos o cierres de puertas en especial baño. - Locación de las cerraduras.
3. Cordones eléctricos-	<ul style="list-style-type: none"> - Cordones en pasillos - Cordones muy cerca de calor, agua u horno - Cordones en mal estado
4. Objetos de casa comunes	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a cuchillos, tijeras, navajas u otro tipo de objeto filoso - Acceso a cosas quebrables (anteojos encima de mesa) - Acceso a medicamentos - Plantas venenosas de la casa (ej. Flor de Pascua)

5. Control de Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> - Muy caliente en el verano, muy frío en invierno - Incapacidad de abrir/cerrar ventanas
6. Condiciones de los pisos	<ul style="list-style-type: none"> - Deambulación peligrosa (posición de alfombra, objetos en pasillos, alfombras deshilachadas, azulejos/baldosas rotas) - Superficies resbaladizas - Objetos en pasillos o
7. Nivel de desorden	<ul style="list-style-type: none"> - Excesivos objetos en cuartos, paredes, pasillos o mostradores

Referencias

- Allegri, R.; Harris, P. y Drake, M. (2000). La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol Arg*, 25(1), pp.5-11.
- Allen, C. y Blue, T. (1998). Cognitive Disabilities Model: How to Make Clinical Judgements. In N, Katz (Ed.) *Cognition and Occupation in Rehabilitation: Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. The American Occupational Therapy Association. pp.225-304.
- Cahn, D.; Salmon, D.; Monsch, A.; Butters, N.; Wiederholt, W.; Corey-Bloom, J. and Barrett-Connor, E. (1996). Screening for dementia of the Alzheimer type in the community: the utility of the Clock Drawing Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11(6), pp.529-539.
- Chacón, R. (2007). Factores asociados a la condición funcional del adulto mayor: Costa Rica 2004-2006. Tesis de Especialidad Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Covinsky, K., Pierluisse, E. y Johnson, C. (2011). Hospitalization-Associated Disability: "She Was Probably Able to Ambulate, but I'm Not Sure". *JAMA*, 306 (16), pp. 1782-1793.
- Fuerza Aérea de Chile, Estado Mayor General, Dirección de planificación y doctrina (2014). *Reglamento Orgánico y de Funcionamiento del Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile*. Gobierno de Chile.
- Folstein M.F.; Folsteins S.E. et al. (1975). Minimental state, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of the Psychiatric Research*, 12, pp.98-189.
- Guillen F.; Pérez J. y Petidier R. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. (2ª edición). España: Editorial Elsevier Masson.
- Gitlin LN, Corcoran MA. (1996). Managing dementia at home: the role of home environmental modifications. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 12(2), pp.28-39.

- González-Hernández, J.; Aguilar, L.; Oporto, S.; Araneda, L.; Vásquez, M. y Von-Bernhardi, R. (2009). Normalización del " Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. En *Revista Memoriza.com*, 3, pp.23-34. Consultado el 6 de Julio 2013. Disponible en URL: http://186.103.240.232:12/intranet/images/Documentos_Red/Resultados%20
- Inouye, S. (2000). Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Annals of medicine*, 32(4), pp.257-263.
- Inouye, S.; Westendorp, R.; Jane, S. and Saczynski, J. (2013). Delirium in elderly people. Review *The Lancet*, 383(9920), pp.911-922.
- Landefeld, S., Palmer, R, Kresevic, D., Fortinsky, R. y Kowal, J. (1995). A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older Patients. In *The New England Journal of Medicine*, 332, pp.1338-1344.
- Lozano, S.; Santa Eugenia, S.; y Urrutia, A. (2007) Deterioro funcional durante la hospitalización de agudos en los enfermos con Alzheimer y otras demencias. *Revista Alzheimer Real Invest Demenc*, 36, pp.16-20.
- Minimental%20segun%20edad%20Chile.pdf/. Tarazona, A.; Rojo, M.; García, D., Díaz, P. y Pulido, G (2010). Estudio comparativo de deterioro cognitivo frente a dependencia para la realización de abvd en usuarios dependientes de la residencia de mayores de JCCM de Puertollano. España. Disponible en: <http://www.gapllano.es/enfermeria/carteles/poster%20Minimental%20barthel.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 – 2020[versión electrónica] Consultado el 2 de Septiembre de 2014. Gobierno de Chile. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>.
- Nasreddine, M. (2006). MoCA Versión 12, Translated to Spanish. Consultado el 15 de julio de 2013. Disponible en URL: www.mocatest.org. Fuerza Aérea de Chile, Estado Mayor General, Dirección de Nasreddine, M. (2006). MoCA Versión 12, Translated to Spanish.
- Peña Casanova, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Del Diagnóstico a la Terapia: Conceptos y Hechos. Fundación La Caixa, España.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), pp.433-441.
- Quiroga, P.; Albala, C. y Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(4), pp.467-478.
- Romero, L.; Sánchez, J.; y Abizanda, P. (2009). El anciano en la unidad de geriatría de agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, pp.15-26.

Rubinstein, W. y Politis, D.(2007). Apraxia y severidad de la demencia en pacientes con Enfermedad de alzheimer. En: aacademica.com. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1, pp.374-377.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2012). Política de envejecimiento positivo [versión electrónica]. Gobierno de Chile. Consultado el 11 de Agosto 2014. Disponible en http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA LibroPolíticas_.pdf.

Subirana, J.; Bruna, O.; Puyuelo, M. y Virgili, C. (2009). Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 29(1), pp.13-20.

World Health Organization. (2013). Dementia: a public health priority [versión electrónica]. En World Health Organization. Consultado el 12 de Agosto de 2014. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1.

Zelada, M.; Salinas, R. y Bazta'n, J. (2009). Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. Arch Gerontol Geriatr, 48, pp. 9–35

Terapia Ocupacional en Centro Kintun: De la Estimulación a la Participación



Jean Gajardo Jauregui

Terapeuta Ocupacional, Licenciado en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Chile.

Doctorando en Salud Pública, Universidad de Chile.

Máster en Gerontología Social, Universidad de León.

Diplomado en Antropología Médica, Universidad de Chile.

Capacitador y asesor Proyecto Centro Kintun.



José Miguel Aravena Castro

Terapeuta Ocupacional, Licenciado en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Chile.

Diplomado en Métodos Cuantitativos de Investigación Psicosocial, Universidad de Chile.

Estudiante Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida, Universidad de Chile.

Terapeuta Ocupacional, Centro Kintun.



Trinidad Callejas Bello

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Mayor.

Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría, Universidad de Chile - Universidad Católica.

Terapeuta Ocupacional, Centro Kintun.



Javiera Rodríguez Fuentes

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Chile.

Diplomada en Modelo de Ocupación Humana.

Terapeuta Ocupacional Centro Kintun.



Diana Tello Guerra

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Chile.

Diplomada en Administración y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores en curso, Universidad Católica.

Terapeuta Ocupacional, Centro Kintun.

Resumen

El Centro Kintun es una experiencia piloto en el apoyo a personas mayores con demencia en Chile, generada en el año 2012, con el patrocinio del Servicio Nacional del Adulto Mayor y la Municipalidad de Peñalolén, en Santiago de Chile. El dispositivo realiza una intervención multicomponente cuyo eje es la atención realizada en el Centro de Día, incorporando además acciones como visita domiciliaria y capacitación a familiares o personas de referencia, con el propósito de generar instancias de participación cotidiana que promuevan la mantención de la funcionalidad en las personas mayores, brindar una posibilidad de respiro al o la cuidador(a) familiar y la optimización del cuidado y apoyo brindado en el hogar. Dichas acciones son desarrolladas por un equipo multidisciplinar, en el cual forman parte Terapeutas Ocupacionales.

Este trabajo tiene el objetivo de describir los roles y acciones desarrolladas por el equipo de Terapia Ocupacional en la intervención multicomponente que es llevada a cabo en el Centro Kintun para personas con deterioro cognitivo y demencia, lo que incluye aportes en la evaluación, intervención para la persona con demencia y su entorno familiar y gestión administrativa del dispositivo. La descripción incorpora reflexiones y sugerencias a partir de la teoría y práctica en la atención diurna de personas mayores con demencia y la Terapia Ocupacional en demencia, con el propósito de aportar a las nuevas o similares experiencias que puedan generarse en el área.

Palabras clave: demencia, Alzheimer, centro diurno, actividades, participación.

Abstract

The Kintun Center is a pilot approach in dementia care in Chile, sponsored by the National Service for the Elderly and the Municipality of Peñalolén, in Santiago, Chile. The facility carries out a multicomponent intervention based on an adult day center and adding home visits and caregiver training, in order to enhance everyday participation for the promotion of functionality, as well as respite for caregivers and improve home-based family caregiving. These actions are developed by a multidisciplinary team that includes Occupational Therapists.

This article describes the roles and actions carried out by the Occupational Therapy team at Kintun Center within the multicomponent intervention at the center, including assessment, intervention for the person with dementia and family environment, and administration actions at the facility. This description includes reflections and suggestions from the theory and practice of day care for dementia and Occupational Therapy in dementia, in order to contribute to new or similar experiences that may be raised in the area.

Key words: dementia, alzheimer's disease, adult day center, activities, participation

Contexto de la Experiencia

Esta experiencia de Terapia Ocupacional se desarrolla en el Centro de Atención Diurna a personas con demencia “Kintun”. Corresponde al primer piloto estatal de Centro Diurno de atención a personas adultas mayores con deterioro cognitivo y demencia y su entorno social en Chile. El proyecto se ha llevado a cabo como parte de un acuerdo entre el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la Municipalidad de Peñalolén.

El término Kintun es un concepto que pertenece a la cultura mapuche y hace referencia a “mirar alrededor” o “buscar”. Este concepto fue elegido según el espíritu que el proyecto tiene de favorecer miradas hacia la demencia, condición con escasa visibilización en nuestra sociedad desde un prisma positivo y buscando estrategias para una mejor comprensión del apoyo que la persona y su entorno puedan requerir.

El Centro Kintun está dirigido por un equipo de profesionales que busca realizar sus tareas desde una mirada transdisciplinaria centrada en objetivos comunes. El equipo de atención directa está conformado actualmente por tres terapeutas ocupacionales, dos técnicas paramédicas, psicóloga, trabajadora social, nutricionista, kinesiólogo, geriatra, manipuladora de alimentos, secretaria y conductor de vehículo para traslado de usuarios.



Ilustración 1: Centro Kintun, Julio 2014

Kintun tiene como objetivos principales el promover la funcionalidad de los participantes y proporcionar respiro y formación a los cuidadores familiares. Con el fin de alcanzar estos objetivos, el centro ofrece de distintas formas de apoyo, entre las cuales se encuentran:

- Asistencia a centro diurno una vez por semana, en horario 10:00 a 14:00 horas días viernes.

- Asistencia a centro diurno una o dos veces por semana, en horario 10:00 a 16:00 hrs.
- Asistencia a centro diurno una o dos veces por semana, en horario 10:00 – 14:00 hrs.
- Visitas domiciliarias de diagnóstico e intervención de riesgos ambientales y abordaje de problemas cotidianos asociados a conducta y cognición.
- Talleres de educación y capacitación a cuidadores familiares sobre manejo de problemas cotidianos en la interacción con su familiar con demencia.
- Consejería individual y gestión de recursos sociales para la persona y su entorno familiar.
- Charlas comunitarias sobre envejecimiento cerebral, demencia, y estrategias de autocuidado.

El funcionamiento del centro comenzó el 23 de septiembre de 2012. Hasta el momento se han realizado más de 120 evaluaciones basadas en Valoración Geriátrica Integral. Más de 80 personas con el diagnóstico o clínica compatible con demencia o deterioro cognitivo, que han cumplido requisitos de ingreso, han sido parte del proyecto. Junto a esto, 63 familias han sido beneficiadas por capacitación y educación acerca de la demencia, estrategias para el manejo de problemas cotidianos y la estimulación en el hogar.

El centro está dirigido a personas adultas mayores que residen en la comuna de Peñalolén, que se encuentren inscritos/as en el centro de atención primaria de salud de la comuna, con diagnóstico de demencia leve o moderada (de cualquier origen) o clínica compatible (verificada por geriatra del centro diurno) y que cuenten con alguna persona de referencia que apoye sus cuidados durante un mínimo de diez horas semanales y tenga disposición a participar en talleres de educación y capacitación para cuidadores.

Kintun se encuentra estratégicamente ubicado en el Centro de Atención al Adulto Mayor (CAM) de la Municipalidad de Peñalolén, cerca de otros servicios e instalaciones para la recreación y la interacción social, para una mejor accesibilidad y conexión a otros servicios comunitarios, contribuyendo a la visibilización de las personas con problemas cognitivos y demencia. De este modo, el centro aspira a convertirse en una fuente de participación adecuada y un puente para la inclusión de la persona con demencia en su comunidad.

Figura 1: Esquema de racionalidad en la ubicación geográfica de Kintun para la visibilización y participación de sus usuarios

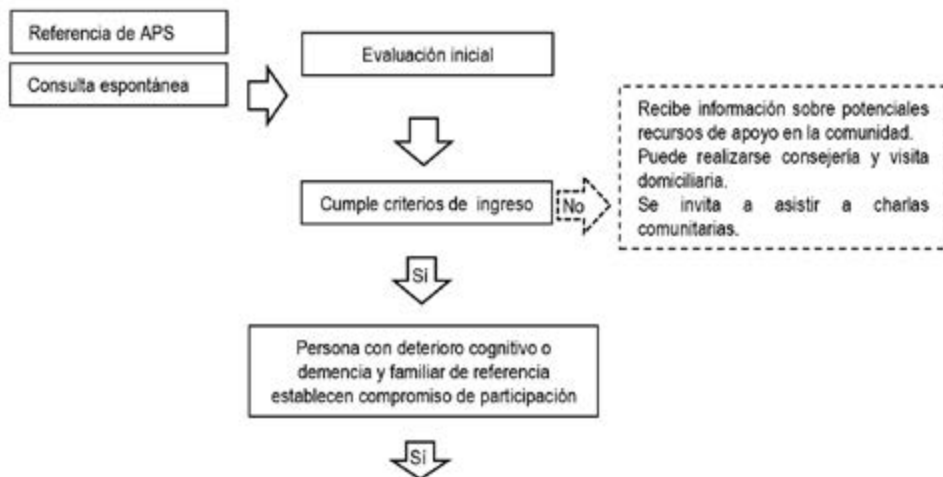


Fuente: Elaborado por Laura Gitlin, PhD. Modificado por Jean Gajardo, TO, MA.

La Terapia Ocupacional tiene un rol relevante en la configuración de actividades y funcionamiento de Kintun, principalmente, debido a su enfoque centrado en la persona, en la actividad y en la facilitación de la participación social. El quehacer de la profesión se inserta en una estrategia multicomponente¹ de apoyo a la persona con demencia y su entorno social.

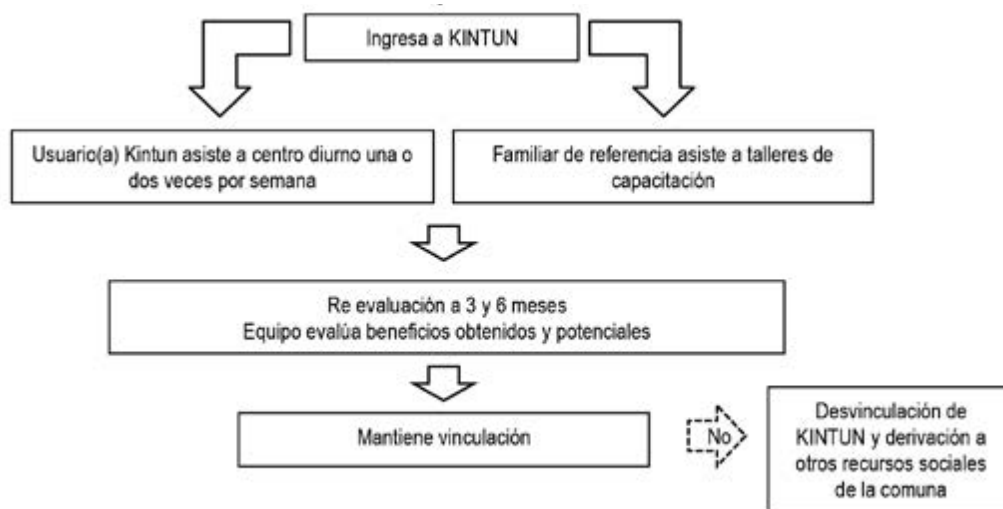
La figura 2 describe el proceso global de intervención en el Centro Kintun. El/la Terapeuta Ocupacional tiene responsabilidad en la coordinación del funcionamiento del centro diurno y de las rutinas de actividades que se desarrollan diariamente.

Figura 2: proceso global de intervención



¹ Comprendido como prestaciones conjuntas que abordan diversas necesidades desde diferentes enfoques no farmacológicos y farmacológicos (Milisen, Lemiengre, Braes, & Foreman, 2005).

Figura 3: Flujograma de navegación de una persona derivada a Kintun



Fuente: Elaborado por Jean Gajardo, TO, MA.

Fundamentos para las Acciones de Terapia Ocupacional en el Centro Kintun

1. Centros Diurnos para Personas con Demencia

En Chile actualmente existen centros diurnos destinados a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia leve, implementados con carácter concesionado a partir de directrices del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En este marco, un centro de atención diurno se entiende como “un espacio físico donde se atiende a adultos(as) mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia leve, prestándole, durante el día, servicios socio sanitarios y de apoyo familiar preventivo a través de la atención a necesidades personales básicas y actividades socioculturales y de promoción para un envejecimiento activo, favoreciendo su autonomía, independencia y permanencia en su entorno habitual” (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013).

En la Guía para la operación de centros diurnos dirigidos a adultos mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013) se establece los objetivos y componentes de dichos centros, los cuales son descritos en la tabla 1.

Tabla 1: Objetivos y componentes de programas de Centros Diurnos para personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia leve no específica a la demencia

Objetivo General	Objetivos Específicos	Componentes
<p>Mantener al(a) adulto(a) mayor en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia y realizando acciones de apoyo familiar preventivo, para así retrasar la pérdida de funcionalidad; esto por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales realizadas por organismos y/o instituciones expertas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover hábitos de vida saludable en los (as) adultos (as) mayores, tanto a nivel físico como cognitivo. 2. Promover la independencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. 3. Favorecer el acceso de los (as) adultos (as) mayores a la información e incorporación a los recursos sociales. 4. Orientar y educar a las familias y/o cuidadores informales de los (as) adultos (as) mayores en temas gerontológicos, y conocimientos y herramientas que faciliten su adaptación al entorno y cuidados socio sanitarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios integrales de prevención del deterioro funcional y promoción del envejecimiento activo y la autonomía: desarrollo de capacidades y habilidades personales para mantener la funcionalidad y promover los hábitos de vida saludable de los (as) adultos (as) mayores. 2. Servicios sociales de apoyo al grupo familiar y cuidadores informales de los (as) adultos (as) mayores que se integren a un Centro Diurno: Favorecer y promover la conexión de los (as) adultos (as) mayores y sus familias con los recursos sociales, comunitarios, de salud y municipales de su comuna. Orientar y educar a las familias y/o cuidadores de los (as) adultos (as) mayores.

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013.

La demencia es una de las condiciones que genera mayor discapacidad y reducción de independencia funcional en los adultos mayores (Agüero-Torres et al., 1998; Fuentes, 2008), siendo la tercera causa de pérdida de años de vida saludable en dicho grupo etario al año 2008 (Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008).

Es una condición que tiene dos principales grupos de síntomas clínicos: los síntomas cognitivos y los psicológicos y conductuales. Estos síntomas pueden generar problemas que influyen en la experiencia y las oportunidades de las personas con demencia para participar en actividades de la vida cotidiana (Fuentes & Slachevsky, 2005). Por otra parte, la demencia se asocia con estigma y con bajos niveles de conocimiento y comprensión por parte de la

población en general, lo que hace que las personas que la padecen tengan vulnerabilidad de ser excluidas de las instancias de participación social (Benbow & Jolley, 2012; Brannelly, 2011; Gajardo & Monsalves, 2013)

Las personas con demencia y sus entornos sociales presentan necesidades particulares y existen acciones que aportan para vivir de mejor forma con esta condición (Chapman, Williams, Strine, Anda, & Moore, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2012).

Desde la perspectiva de las mismas personas con demencia y sus cuidadores, se ha descrito que sus principales necesidades no cubiertas se relacionan con las siguientes áreas: funcionamiento inadecuado de la memoria, escaso repertorio de actividades para realizar durante el día, deseo de mayor compañía, sentimientos de angustia y preocupación, y no contar con información sobre la demencia y recursos sociales de apoyo (Miranda-Castillo, Woods, & Orrell, 2013; Miranda-Castillo, 2012; Passos, Sequeira, & Fernandes, 2012)

Dichos estudios también señalan que el apoyo recibido por el o la cuidador(a) es el factor más importante en la satisfacción de necesidades de la persona con demencia y, por ende, a menor apoyo hacia quien cuida, la persona con demencia reporta un número mayor de necesidades no cubiertas.

La participación en actividades cotidianas se ha descrito como un punto de encuentro entre la persona con demencia y su cuidador(a) y es, con frecuencia, el escenario de interés para la Terapia Ocupacional, con el propósito de favorecer experiencias positivas de involucramiento en actividades para la persona y su entorno social (Egan, Hobson, & Fearing, 2006).

Los(as) cuidadores(as) manifiestan con frecuencia observar que sus familiares con demencia carecen de la motivación e impulso por participar en actividades (Vikström, Josephsson, Stigsdotter-Neely, & Nygård, 2008). De igual modo, enfrentan un dilema en el modo de asistir a su familiar con demencia, pensando en momentos que debiesen intervenir y decidir por su familiar, y en otros momentos respetar de forma absoluta la autonomía de su familiar.

En las actividades y situaciones cotidianas se genera un punto de encuentro a través del manejo colaborativo y dinámico entre la persona con demencia y su cuidador(a) para potenciar la participación en actividades de la persona con demencia. Dicha apreciación tiene relación con la particular complejidad que la noción de autonomía tiene en el desempeño de las personas con demencia, en la que una noción totalitarista limita el potencial de uso de la autonomía, dando paso a la idea de un concepto de autonomía también subjetivado según las capacidades efectivas de la persona y centrado en las oportunidades y adaptaciones del medio por sobre los recursos cognitivos objetivos del individuo (Rigaux, 2011).

De este modo, es frecuente que las personas con demencia limiten su participación en el hogar y en la comunidad, lo que se traduce en:

- Baja participación en las actividades diarias en el hogar.

- Apoyo de cuidadores con inadecuado ajuste a las capacidades y necesidades de la persona con demencia.
- Reducción de la interacción social.
- Reducción de la interacción con el ambiente físico y de la utilización de éste.

En línea con lo anterior, los centros diurnos para personas con demencia están diseñados para abordar diferentes necesidades de las personas y aportar en sus capacidades remanentes e independencia, ofreciendo oportunidades de socialización y de participación en actividades y, por sobre todo, a la mantención de la persona con demencia en su hogar por el máximo tiempo que sea posible. Estos centros tienen funcionamientos y organizaciones diversas, no obstante, se orientan de forma común a otorgar espacios de descanso para la persona cuidadora, de modo que en el tiempo que la persona con demencia asista al centro diurno el o la cuidador(a) disponga de descanso y recuperación para continuar con sus labores de cuidado (Alzheimer's Association, 2014).

En una revisión sistemática realizada en el año 2011 sobre efectividad de centros diurnos se encontró que los beneficios de asistir a éstos en las personas con demencia se relacionarían con la reducción de síntomas conductuales, de síntomas psicológicos (como dificultad de conciliación del sueño y síntomas depresivos), reducción de uso de psicofármacos, y reducción de institucionalización en residencias de larga estadía, siendo éste último el más controversial de los resultados. La misma revisión señala que en muchas otras variables (cognición, funcionalidad, bienestar y hospitalización) no fue posible encontrar asociaciones, no obstante refiere que esto podría deberse a que los estudios que fueron incorporados presentaban debilidades metodológicas. En relación con los(as) cuidadores(as), se encontró una reducción de carga asociada al cuidado, de síntomas depresivos y una mayor satisfacción con las capacidades de cuidado (Centro Noruego de Conocimiento para Servicios de Salud, 2011).

De este modo, puede concluirse que los centros de apoyo diurno a las personas mayores con demencia constituyen, según consenso y referencia de efectividad, dispositivos que aportan al vivir bien con demencia.

2. La acción de Terapia Ocupacional en Personas con Demencia

De modo general, el propósito de la Terapia Ocupacional en demencia se orienta a apoyar y capacitar a las personas para la mantención de sus actividades diarias y la promoción de la independencia a medida que la condición progrese, basándose en la historia de la persona, la adecuación de su ambiente y la consejería a ella y su entorno familiar (College of Occupational Therapists Limited, 2010). Las intervenciones de Terapia Ocupacional para las personas con demencia son amplias y diversas. A continuación, se describe algunas de ellas a partir de investigaciones, con la idea de analizar los aspectos centrales a considerar en la intervención.

Se ha reportado que la educación y recomendaciones de Terapia Ocupacional en el domicilio poseen efectividad en la reducción de carga del(a) cuidador(a), y en las personas con

demencia existen resultados positivos en las áreas de afectividad y frecuencia de actividad relacionados con calidad de vida (Dooly & Hinojosa, 2004).

A través de un ensayo clínico aleatorizado fue evaluado un programa de ocho sesiones basado en el diseño de actividades “adaptados a la persona” o “a la medida de la persona”² por Terapeuta Ocupacional, el que mostró resultados en la reducción de carga y reducción de síntomas depresivos en el(la) cuidador(a), y reducción de desencadenantes de síntomas conductuales relacionados con institucionalización (Gitlin et al., 2008) Este programa enfatiza en la relevancia de conocer la historia, intereses y ocupaciones de la persona con demencia para la formulación de actividades a su medida, que favorezcan la participación de la persona en la cotidianidad del hogar y así regular síntomas psicológicos y conductuales.

Por medio de otro ensayo clínico aleatorizado (Graff et al., 2006) se evaluó una intervención de diez sesiones de una hora de Terapia Ocupacional en cinco semanas, dirigido a la persona con demencia y su cuidador(a) informal principal. En las cuatro sesiones iniciales se planteó el diagnóstico y formulación de objetivos reconociendo actividades significativas y que pudiesen mejorarse, utilizando Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (Law et al., 1990), entrevista sobre Historia del Desempeño Ocupacional (Kielhofner, Mallinson, Forsyth, & Lai, 2001) y etnografía. Luego se realizaron modificaciones ambientales y observación del estilo de cuidado y apoyo del o la cuidador(a) para capacitación en resolución de problemas cotidianos, cognitivos y conductuales, estrategias de potenciación de autonomía y participación social. El estudio mostró resultados positivos en calidad de vida y funcionalidad, y en la reducción de estrés y carga asociados al cuidado, hasta tres meses luego de la intervención. La intervención también mostró costo efectividad en relación con gastos asociados a cuidado informal (Graff et al., 2008).

De este modo, se observa que existen antecedentes sobre formas de intervención de Terapia Ocupacional dirigidas a la persona con demencia y su cuidador(a) familiar que muestran efectividad en variables como calidad de vida, carga del cuidado, funcionalidad, y reducción de síntomas psicológicos y conductuales. Es posible notar que dichas formas de abordaje de Terapia Ocupacional consideran premisas como la adaptación del ambiente, el diseño y supervisión de actividades adecuadas a las capacidades, intereses e historia de la persona con demencia, y la capacitación a la persona de apoyo en las situaciones de la vida diaria.

A continuación, se describen los roles y acciones generales del profesional Terapeuta Ocupacional en el Centro Kintun. Es necesario enfatizar que la acción de la Terapia Ocupacional se desarrolla en el contexto de un equipo de distintos(as) profesionales con el propósito de lograr una visión de los problemas y de intervención transdisciplinaria, por lo que las actividades descritas no son exclusivas a Terapia Ocupacional.

² Del inglés “tailored”.

3. Objetivos y Aportes de la Terapia Ocupacional en el Centro Kintun

De manera global, el rol de la Terapia Ocupacional en el Centro Kintun se establece a partir de los siguientes objetivos:

- Promover y mantener la funcionalidad de la persona mayor con demencia.
- Facilitar las instancias de socialización e interacción de las personas mayores con demencia que asisten al centro en relación con otros(as) usuarios(as), su entorno familiar y la comunidad.
- Promover la calidad de vida del o la usuario(a) y de su entorno familiar.
- Promover el desarrollo de capacidades propias en el entorno familiar de la persona con demencia para una mejor interacción y participación y para un mejor manejo de problemas cotidianos.

4. Descripción del Proceso de Terapia Ocupacional en el Centro Kintun

En el Centro Kintun la Terapia Ocupacional participa de forma transversal en las siguientes actividades, las que son descritas con mayor detalle a continuación.

- a. Evaluación de la persona: historia, barreras y potenciales para la participación.
- b. Diseño e implementación de rutinas.
- c. Facilitación de la participación de los(as) usuarios(as) en actividades.
- d. Visitas domiciliarias.
- e. Coordinación del centro diurno y responsable de día.
- f. Terapeuta Ocupacional referente del usuario(a).
- g. Capacitación a cuidadores(as) familiares.

a. Evaluación de la Persona con Demencia: Historia, Barreras y Potenciales para la Participación

La evaluación de Terapia Ocupacional forma parte de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) inicial, la cual busca identificar las principales problemáticas que podrían afectar a los(as) potenciales usuarios de Kintun y sus entornos familiares. La VGI realizada se compone de una serie de escalas específicas de uso frecuente en personas mayores con demencia, además de una valoración social, funcional, cognitivo, afectiva y clínica de la persona y su familiar (o

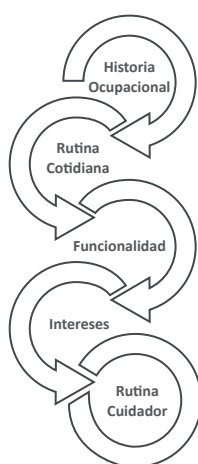
persona de referencia), con el fin de elaborar e implementar un plan de intervención coherente con lo pesquisado.

La aplicación de la batería considera la presencia de la díada usuario-persona de referencia (usualmente principal cuidador familiar) existiendo preguntas y valoraciones dirigidas a cada uno en particular y otras que son complementadas con la información que entregan ambos participantes. La persona de referencia es un sujeto clave en el uso de la mayoría de las pautas de evaluación y para la aplicación de escalas de evaluación de funcionalidad. La persona con demencia es entrevistada para la aplicación de pruebas específicas y, fundamentalmente, para explorar expectativas, intereses y necesidades, en caso de ser posible.

La Terapia Ocupacional aporta de forma importante en la valoración funcional, con el objetivo de conocer el desempeño del usuario tanto en la etapa previa a su enfermedad como en la etapa actual. Para ello ha sido de suma importancia otorgar un espacio para la exploración biográfica de la persona, considerando las ocupaciones significativas a lo largo de su historia de vida, su participación social, intereses y patrones de desempeño (roles, hábitos, rutinas) y evaluar los cambios que se han observado a lo largo del tiempo.

La figura 3 esquematiza los elementos centrales de la valoración de Terapia Ocupacional en el proceso de evaluación del Centro Kintun. Del mismo modo, se consideran aspectos vinculados a la rutina del cuidador como la cuantificación de horas invertidas en esta labor, a través de preguntas específicas extraídas del instrumento de evaluación The Resource Utilization in Dementia (Wimo, Jonsson, & Zbrozek, 2010) y las barreras y facilitadores que la persona identifique.

Figura 4. Áreas consideradas en el proceso de evaluación de Terapia Ocupacional



Fuente: Elaboración propia

Junto a lo anterior, se utilizan escalas para cuantificar el nivel de independencia de la persona en la realización de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, las que son descritas en la Tabla 2. Estas pautas sirven también de orientación respecto a los requerimientos efectivos de asistencia, y son un insumo en la construcción de soluciones a problemas cotidianos realizada en la capacitación a cuidadores(as).

Tabla 2: Escalas de evaluación de nivel de independencia en actividades de la vida diaria

<p>Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1985; Collin et al, 1988)</p>	<p>Alzheimer’s Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory ADCS-ADL (Galasko, 1997)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente utilizado en personas mayores, que busca conocer el nivel de independencia en las AVDB. • Se enfoca principalmente en pesquisar limitaciones físicas que podría tener la persona en la ejecución de las AVDB, y se caracteriza por su gran sensibilidad a los cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa funcionalidad en personas con enfermedad de Alzheimer (EA), y fue creado con el objetivo de evaluar las actividades de la vida diaria a través del tiempo y detectar cambios en la funcionalidad en AVDB y AVDI. • Enfatiza en habilidades cognitivas de la ejecución de las actividades otorgando puntaje de manera jerárquica de acuerdo al nivel y tipo de apoyo que requiere la persona.

Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, la evaluación es complementada con una instancia de análisis del caso con el equipo donde se exponen los hallazgos encontrados y se plantean objetivos para la asistencia de la persona al Centro Kintun.

Además de esta instancia de discusión, se realiza una visita domiciliaria por una Terapeuta Ocupacional y/o un Kinesiólogo, la que busca indagar con más profundidad en las situaciones cotidianas en el hogar, tomando aspectos de la rutina, dificultades asociadas a síntomas conductuales y la cognición, así como riesgos asociables al ambiente físico, entre otros.

Cabe destacar que, como todo proceso de valoración, éste tiene un carácter dinámico y requiere de la participación activa del acompañante del(a) usuario(a) y su entorno familiar para mantener un diálogo constante y crear un vínculo que permita ir evaluando los cambios en el desempeño del usuario tanto en el centro como en su hogar y apoyar en los procesos de cada familia para vincular con las redes asistenciales pertenecientes a la comuna.

b. Diseño e Implementación de Rutinas

Una de las principales acciones de la Terapia Ocupacional en el Centro Kintun es el diseño e implementación de rutinas diarias. La rutina diaria es un elemento esencial dentro de la estructura de funcionamiento de un centro diurno para personas mayores, ya que es el marco sobre el cual se organizará el tiempo y espacio de desempeño y actividades en el dispositivo, en pos de generar instancias de participación para la persona mayor dentro de un contexto adulto y cotidiano, que considere las ocupaciones, características, y necesidades grupales e individuales.

En el Centro Kintun la rutina diaria presenta una estructura global facilitada externamente (tipos de actividades, tiempos de desarrollo de actividades), en la cual se busca propiciar la influencia de los(as) usuarios(as) a través de tomas de decisión y autodeterminación específicas y acotadas, la expresión libre de sus intereses, o la indagación previa en su historia ocupacional para conocer intereses y ocupaciones que tengan coherencia biográfica. Dicha aproximación se genera debido a que los(as) usuarios(as), particularmente quienes se encuentran en el estadio moderado o moderado-severo de avance del deterioro cognitivo, pueden presentar una notoria dificultad para realizar dichos procesos de forma autónoma, por lo que la facilitación se vuelve necesaria como promotor de participación.

De este modo, los tipos de actividades son personalizados en un nivel grupal y, al mismo tiempo, se intenta incorporar los aportes y potenciales individuales de acuerdo con cada persona presente en el grupo, lo que implica que el equipo debe conocer aspectos biográficos y motivacionales de los(as) participantes.

En la experiencia de Terapia Ocupacional en el Centro Kintun, estructurar una rutina diaria ha facilitado la organización de las actividades a realizar durante el día, otorga mayor seguridad a los usuarios, favorece la replicación de ésta en otros contextos (como el hogar), permite optimizar la utilización de recursos y mejora la resolución de problemas e imprevistos.

Establecer una rutina de actividades en un centro diurno requiere de consideraciones previas, entre las que destacan las características del grupo de usuarios, el número, el lugar físico y social donde se realizan las actividades, el tipo de actividades y los recursos humanos y materiales.

La rutina diaria debiese tener una organización previamente analizada que luego incorpore otros elementos de manera jerárquica para su orquestación. Esto toma relevancia en la situación de personas con deterioro cognitivo y demencia, debido a que el ambiente físico y social juega un rol fundamental en la experiencia de participación en actividades con otras personas y en la autorregulación de síntomas psicológicos y conductuales. Se ha observado que programas que contemplan la ejecución de diversas actividades tienen un impacto positivo en la funcionalidad y calidad de vida de la persona con demencia (Lin, Li, & Tabourne, 2011; Thomas & Hageman, 2002).

En la experiencia Kintun, es posible identificar factores a considerar en el diseño e implementación de la rutina diaria, los que se esquematizan en la figura 4 y son descritos en la Tabla 3.

Figura 5: Factores implicados en el diseño de rutina en Centro Kintun



Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Factores implicados en el diseño de rutina en el Centro Kintun

Factores	Descripción
Intereses	Contemplados en forma grupal e individual. Condiciona la forma de las actividades que se escogerán. Promueven la motivación y oportunidades de autodeterminación y autonomía en las actividades.
Evidencia científica relación a las actividades	Permite conocer modalidades específicas que han sido probadas previamente y los resultados y beneficios a partir de éstas.
Nivel de progresión de deterioro	El estadio clínico de progresión de deterioro global (leve, moderada, severa) es un orientador de los niveles cognitivos y funcionales, los que condicionan la selección y adaptación de actividades.
Impacto de síntomas psicológicos y conductuales en el desempeño (SPCD)	Conocer con anterioridad los gatillantes de síntomas psicológicos y conductuales, ayuda a orquestar una rutina que reduzca factores estresores y que promueva instancias de comodidad y flujo en la persona.

<p>Ambiente físico y social</p>	<p>Es oportuno contemplar un ambiente físico que minimice la presencia de estímulos estresores y factores que puedan ocasionar algún accidente, como caídas o gatillantes de síntomas conductuales.</p> <p>El ambiente social juega un rol fundamental considerando una adecuación a la edad (evitando infantilización) y al contexto comunitario en el que se encuentra el Centro Kintun.</p>
<p>Recursos humanos y recursos materiales</p>	<p>Se debe resguardar la seguridad en el uso de elementos y contemplar el número y tipo de profesionales que se requieren para cada actividad.</p> <p>En el Centro Kintun siguiendo recomendaciones internacionales se dispone de un grupo formado por 16 usuarios en un mismo tiempo, y para cada actividad se dispone de 4 personas del equipo para apoyar el desarrollo de las actividades.</p>

Fuente: Elaboración propia

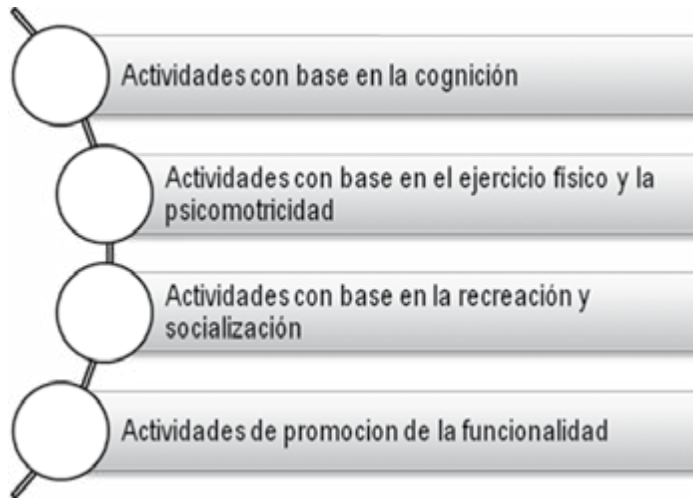
Estos elementos sitúan a la persona con demencia como eje para estructurar una rutina diaria y, por ende, han de ser incorporados de manera dinámica y adaptable en cada contexto y situación específica.

En dicho escenario, es fundamental considerar las iniciativas y las elecciones ocupacionales que ha tenido la persona en el marco de su historia de vida, para la promoción de oportunidades de autonomía y decisión en los(as) usuarios(as). De este modo, la rutina se vuelve un generador dinámico que facilita y promueve la elección de diversas actividades y no un patrón de desempeño rígido eminentemente determinado por el exterior del sujeto.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos por el centro diurno de manera global y desde el rol de la Terapia Ocupacional, el conjunto general de actividades desarrolladas en el Centro Kintun considera cuatro tipos de actividades, las que son esquematizadas en la figura 5 y descritas en la tabla 4.

Dichos tipos de actividades fueron considerados a partir de la revisión de evidencia sobre su efectividad en las personas con demencia y otros trastornos cognitivos en el marco de aproximaciones no farmacológicas o psicosociales en la demencia (Aguirre, Woods, Spector, & Orrell, 2013; Alzheimer’s Australia, 2013; Finnema, Dröes, Ribbe, & Van Tilburg, 2000; Hudson et al., 2013; Ionicioiu, David, & Szamosközi, 2014; Kroes, Garcia-Stewart, Allen, Eyssen, & Paulus, 2011; Moniz-Cook, Vernooij-Dassen, Woods, & Orrell, 2011; Neal & Barton Wright, 2003; Olazarán et al., 2010; Verkaik, Van Weert, & Francke, 2005; Woods, Spector, Orrell, & Davies, 2005).

Figura 6: Tipos de actividades consideradas en rutina de Centro Kintun



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Tipos de actividades consideradas en rutina de Centro Kintun

Tipo de actividad	Descripción
Actividades con base en la cognición	Técnicas de neuropsicología rehabilitadora, que tienen como objetivo estimular las diversas funciones cognitivas, con el fin de potenciar y mantener el uso de éstas en las actividades diarias, por ejemplo, a través de sesiones de estimulación específica de una función cognitiva como la memoria o el lenguaje, actividades de planificación de una actividad diaria como salir de compras o ir de paseo, orientación espacial y reconocimiento de lugares conocidos en la comunidad.
Actividades con base en el ejercicio físico y la psicomotricidad	<p>Basadas en el movimiento y corporalidad y la estimulación de los sistemas musculoesquelético, articular, respiratorio, circulatorio y sensorial.</p> <p>Su objetivo es conservar o mejorar la salud del usuario, y promover la salud física y prevención de caídas.</p> <p>Ejemplos son la gimnasia segmentaria, baile, caminatas en la comunidad.</p>
Actividades con base en la recreación y socialización	<p>Actividades que se caracterizan por la entrega de un momento de descanso activo y socialización a las personas que las realizan, y que tiene como objetivo favorecer la interacción social de las personas y estimular las habilidades remanentes (cognitivas, físicas y sociales).</p> <p>Ejemplos son los juegos de mesa, manualidades, conmemoración y celebración de eventos.</p>
Actividades de promoción de la funcionalidad	<p>Actividades enfocadas en la promoción de la máxima independencia en el desarrollo de actividades de la vida diaria básicas (AVDB) e instrumentales (AVDI) y que buscan incentivar la generación de una rutina diaria en el hogar.</p> <p>Ejemplos son las actividades básicas como uso del inodoro, higiene personal, lavado de dientes, vestimenta y actividades instrumentales como apresto del lugar de almuerzo y trabajo, limpieza del lugar.</p>

Fuente: Elaboración propia

Estas actividades deben tener un carácter dinámico y moldeable, según los requerimientos del grupo de usuarios, por ende su estructura y ejecución no debe ser rígida, sino que siempre debe considerar los factores y situaciones que se van presentando en cada momento.

Su distribución a lo largo del día también conlleva consideraciones especiales. Las diversas horas del día en las cuales se lleven a cabo estas actividades dependerán de los factores que determinan la orquestación de una rutina diaria, tales como las demandas de cada actividad o las características del grupo de usuarios, por lo que su estructuración durante el día también debe ser dinámica.

c. Facilitación de la Participación de los(as) Usuarios(as) en Actividades

La Terapia Ocupacional considera que el ambiente en el cual se desempeñan las personas puede ejercer un rol facilitador y mantenedor de la funcionalidad, así como regulador de síntomas conductuales y psicológicos que puedan interferir el desempeño. Para el logro de estos objetivos es fundamental permitir que los factores del ambiente se ajusten a las características de la persona ya sea limitaciones cognitivas y/o físicas, habilidades remanentes u otras necesidades particulares.

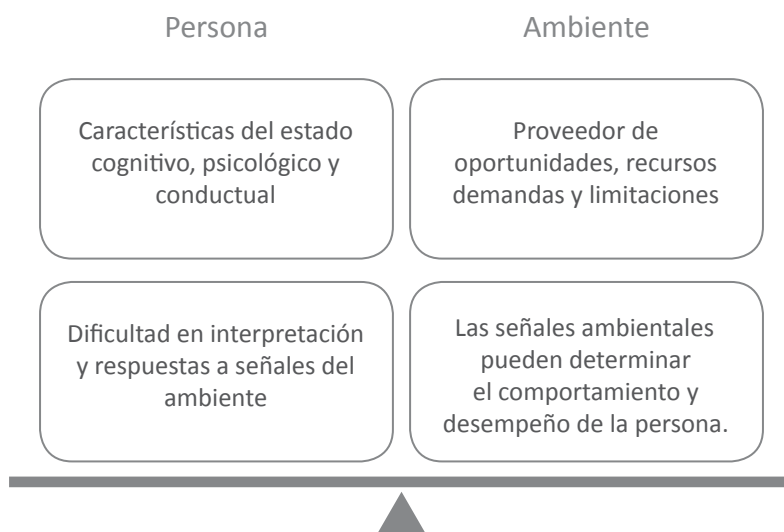
Una premisa esencial en la facilitación de la participación de los(as) usuarios(as) es la relación de la persona con demencia con su entorno físico y social. La comprensión de esta relación es necesaria para poder determinar las características que constituyen un entorno idóneo de intervención y/o de desempeño. Para esto, a continuación se describe algunas nociones teóricas a considerar sobre la relación de la persona con demencia y su ambiente.

Se ha señalado que existe una función entre las demandas del ambiente y las competencias de la persona, de modo que mientras mayor es el equilibrio existente entre las competencias de la persona y las exigencias del ambiente, ésta se acerca a un área de comodidad y ajuste para el potencial de desempeño. De acuerdo al Modelo de Presión y Competencia de Lawton (Lawton & Nahemow, 1973), este nivel de equilibrio tiene un impacto directo en las conductas adaptativas de la persona, por lo que a medida que las capacidades de la persona se deterioran hay una mayor influencia o presión ambiental sobre el comportamiento.

Del mismo modo, existen modelos que proponen que las personas con demencia son individuos que tienen un umbral de estrés más bajo, por lo que pueden ser más vulnerables a los estímulos del ambiente. El grupo de personas mayores que asiste a Kintun, al igual que muchas personas con más de 60 años, experimentan dificultades sensoriales diversas, principalmente limitaciones auditivas y visuales. Estas dificultades sensoriales inciden en su relación con el entorno físico y social, y debido a que son condiciones estables, es importante compensar externamente los elementos del entorno para que facilitar un mejor ajuste y acceso a oportunidades de interactuar mejor con el ambiente de desempeño.

Con estas consideraciones, la relación de la persona con demencia y su ambiente puede esquematizarse como un equilibrio dinámico que puede potenciar o dificultar el desempeño, la cual es presentada en la figura 6.

Figura 7: Relación de equilibrio dinámico entre la persona con demencia y su ambiente



Fuente: Elaboración propia

A partir de lo anterior, en el Centro Kintun es esencial que al intervenir, se organice y/o diseñe el ambiente en donde el o la usuario(a) se desempeñará, considerando previamente elementos de soporte a sus funciones, los cuales son resumidos en la tabla 5.

Tabla 5: Cualidades compensatorias del ambiente en el Centro Kintun

Cualidad	Acción Vinculada
Ambiente Orientador	<p>Presencia de elementos visuales que indiquen fecha, lugar, estación del año, hora.</p> <p>Entregar información verbal para orientación cada vez que se inicia una actividad y cada vez que alguna persona lo necesite.</p>
Ambiente Funcional	<p>Presencia de señalética que indique ubicación de espacios (baño, cocina, sala de actividades) y utensilios para llevar a cabo AVD básicas (papel higiénico, jabón, toalla).</p> <p>Implementación de ayudas técnicas y adaptaciones ambientales acordes a las características físicas de los usuarios.</p> <p>Equipo otorga apoyo físico o facilitación de forma individualizada.</p>

<p>Ambiente regulable y predecible</p>	<p>Iluminación acorde a hora del día y de apoyo a actividades. Temperatura adecuada a actividad y sensación del grupo. Controlar estímulos sonoros (música acorde a actividades) Organizar la jornada en rutinas. Establecer un orden y horario para el desarrollo de los diferentes tipos de actividades. Preparar a usuarios(as) para cambios de salas, ambientes o profesionales a cargo de actividades, explicando con antelación dichas transiciones.</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia

Existen modelos que señalan que los síntomas conductuales y psicológicos que impactan en el desempeño ocupacional se relacionan con necesidades personales no satisfechas y son causados por la interacción que existe entre los factores y rasgos más estables de la persona (nivel cognitivo, y características psicológicas y conductuales) y los factores ambientales que suelen ser de naturaleza dinámica y cambiante (Algase et al., 1996; Cohen-Mansfield, 2001; Rodríguez & Gajardo, 2012). De este modo, las habilidades de la persona para identificar adecuadamente sus necesidades y generar estrategias para su satisfacción pueden verse alteradas dependiendo de la fluctuación del ambiente, exponiendo a la persona a métodos disfuncionales de comunicación y comportamiento para manifestar una necesidad (Por ejemplo: sed, frío, desmotivación, micción).

En el Centro Kintun se considera a los usuarios como individuos con una realidad biográfica particular, que determina muchas veces la forma en que la persona se relaciona con el ambiente y la sintomatología asociable a la demencia, por lo que, desde una noción de enfoque centrado en la persona (Edvardsson & Innes, 2010), se considera necesario dar relevancia a la identificación de necesidades de forma individual, la presencia de otros profesionales o técnicos para el apoyo personalizado en el desempeño de actividades que faciliten la participación, la adaptación de actividades en relación a intereses y habilidades de usuarios(as) promoviendo el desempeño de roles y la adaptación de las formas de comunicación: volumen de voz, modulación clara, dirigir mirada y tacto para comunicar y el diseño de material visual con alto contraste para facilitar la visión.

Por otra parte, el Centro Kintun se encuentra dentro de un dispositivo comunal para el Adulto Mayor, el cual constituye un espacio diseñado para la participación de las personas mayores de la comuna. Se ofrecen variados tipos de talleres, se dispone de espacio para organizaciones comunales como clubes y se ofrece turismo social y vacaciones para este grupo etario. Los(as) usuarios(as) de Kintun asisten al centro diurno en este contexto, lo que colabora en su visibilización como parte del colectivo de adultos mayores de la comuna, que tiene presencia social y comunitaria. Además, este contexto permite que los(as) usuarios(as) de Kintun tengan la oportunidad de compartir espacios con pares que tienen inquietudes y realidades funcionales diversas.

Los(as) usuarios(as) que asisten al centro diurno continúan viviendo en sus domicilios, por lo que su medio habitual lo sigue constituyendo su hogar y las personas con quienes viven. Al iniciar su participación en el Centro Kintun, la persona experimenta un cambio en su rutina y ambiente cotidianos, ya que se desempeña en un espacio nuevo donde realizará actividades y compartirá con personas que probablemente no conozca, lo que constituye un desafío para la adaptación y aceptabilidad del dispositivo. Debido a esto, la facilitación del manejo ambiental toma gran relevancia y debe ser estudiado previamente en cada uno de los espacios en donde se desempeñará, incorporando tanto las situaciones de la vida diaria que acontezcan en el vehículo de transporte hasta las que sucedan en las dependencias del Centro Kintun.



Ilustración 2: Usuarios(as) realizando actividad basada en psicomotricidad en dependencias comunes del centro de atención al vecino de la municipalidad.



Ilustración 3: Usuarías visitando centro cultural de la comuna de Peñalolén como actividad basada en la recreación.

d. Visitas Domiciliarias

La Visita Domiciliaria Integral (VDI) es una acción relevante y necesaria para conocer el contexto cotidiano de los(as) usuarios(as). La VDI, a su vez, permite obtener y corroborar información de la Valoración Geriátrica Integral inicial, en pos de evaluar y plantear cambios ambientales. Las funciones de Terapia Ocupacional se resumen a continuación en la tabla 6.

Tabla 6. Funciones de Terapia Ocupacional en la Visita Domiciliaria Centro Kintun

Función	Descripción
Identificar y apoyar cambios ambientales	Evaluar junto al entorno familiar y usuario (a) oportunidades de cambios en el ambiente que aporten en el mayor control de condiciones de riesgo para usuario(a) y la calidad de vida del entorno familiar (por ejemplo, caídas, extravíos en vía pública, conductas de autoagresión o de agresión a otras personas).
Apoyo en estrategias para promover participación	Se diseñan recomendaciones de estrategias concretas y coherentes a las características y necesidades del usuario para el entorno familiar, con el objetivo de potenciar su posibilidad de promover la participación en actividades en el hogar.
Seguimiento	Evaluar los resultados de recomendaciones, evaluar necesidad de asistencia social, nutricional o kinésica.

e. Coordinación del Centro Diurno

En el Centro Kintun, un Terapeuta Ocupacional ejerce el rol de coordinador, encargado de velar por el funcionamiento óptimo de las rutinas en el mismo y coordinar las diversas prestaciones ofrecidas por este dispositivo. Este rol es fundamental, ya que el coordinador es el vínculo directo entre los(as) usuarios(as) del centro y las actividades realizadas y las prestaciones anexas que puede ofrecer un centro diurno.

Tabla 7. Funciones de Terapia Ocupacional en la coordinación del Centro Diurno Kintun

Función	Descripción
Análisis de actividades	Verificar actividades a realizar durante la semana y el mes. Análisis de la estructura de la rutina diaria y posibles contingencias.

Coordinación de recursos	Gestionar disponibilidad horaria de profesionales en acuerdo a las actividades programas, regular ejecución de procesos y servicios ofrecidos por el centro diurno.
Monitoreo de participación de usuarios	Realizar seguimiento de flujo de usuarios del centro (ingresos y egresos), adherencia al centro por parte de usuarios, y vinculaciones a actividades en la comunidad.
Control y regulación de procesos	Velar por el cumplimiento de las prestaciones y jornadas de atención en el centro diurno, y control estadístico de éstos.

f. Terapeuta Ocupacional Referente de Usuario(a)

Este rol se basa en realizar apoyo individual a cada usuario(a), a través de orientación como gestión de caso y derivación a otros profesionales. Para el cumplimiento de dicha labor, cada Terapeuta Ocupacional es el encargado de un grupo de 16 usuarios y, según demanda espontánea o a partir de acuerdos del equipo, se genera la instancia para realizar seguimiento de caso, derivar a otros profesionales y/o vincular con redes sociales.

g. Capacitación a Cuidadores(as) Familiares

La educación y capacitación para el familiar o persona de referencia³ del o la usuaria(o) con demencia es una actividad clave para un cuidado que promueva la participación en el hogar y la resolución de problemas cotidianos, y ha mostrado efectividad en la reducción del nivel de carga, aumento de bienestar psicológico y aumento de percepción de autoeficacia en los(as) cuidadores(as) (Lopes & Cachioni, 2012; Olazarán et al., 2010; Santos, Barroso, Brasil, & Dourado, 2011).

En el Centro Kintun, el equipo de Terapia Ocupacional participa en la capacitación de cuidadores(as) familiares, en un ciclo de cinco sesiones que abordan las siguientes áreas:

- Conocimientos sobre envejecimiento cerebral, demencia, enfermedad de Alzheimer.
- Problemas cotidianos asociados a síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales de la demencia, y su manejo cotidiano desde el ambiente y uso de sí mismo(a).
- Estrategias para la promoción de participación en actividades en el hogar.
- Autoeficacia, autocuidado y prevención de estrés y sobrecarga.

³ En el Centro Kintun se consensuó como “persona(s) de referencia”, a quien(es) utilizan más de 10 horas a la semana junto al o la usuario(a) y que actúa como cuidador(a) o acompañante principal, debido a que en muchas de las situaciones, dicho(a) cuidador(a) principal no corresponde a un familiar, o existe más de una persona que cuida. Del mismo modo, se intencionó esta denominación con el interés de resaltar la idea de “apoyo cotidiano” por sobre “cuidado”, enfatizando en la naturaleza adulta y no jerárquica de la relación entre las personas involucradas, y evitando el otorgar de forma inherente el rol de “cuidador(a)” a quien acompaña o asiste las actividades cotidianas del o la usuario(a).

Como parte del entorno de la persona con demencia, los(as) cuidadores(as) pueden convertirse en una fuente diaria para la participación, aprendiendo cómo adaptar la vida cotidiana y resolver los problemas asociados a síntomas de la demencia.

En el ciclo de sesiones se abordan las temáticas previamente referidas, con una aproximación de *Aprendizaje Basado en Problemas* y centrado en las sensaciones de problema reales que el grupo manifieste, por medio de trabajo en grupos pequeños, análisis de situaciones y juego de roles. Se fomenta también el potencial de organización y autogestión que el grupo de cuidadores(as) pueda desarrollar a lo largo del trabajo en conjunto.

Estudio de Caso

Es necesario mencionar que los datos seleccionados responden a una síntesis de la evaluación integral que se realiza, la cual, por motivos de extensión, no puede ser descrita de forma completa, por lo que para el objetivo de este estudio de caso se priorizó la información de mayor relevancia. Del mismo modo, es útil referir nuevamente que la evaluación e intervención de Terapia Ocupacional en el Centro Kintun se desarrolla en el contexto de un equipo multidisciplinario en el que las acciones y roles se centran en los objetivos planteados para los usuarios. Los nombres referidos son ficticios.

a. Antecedentes Personales

Nombre: Francisco Segovia, FS (Nombre ficticio)

Edad: 81 años

Educación formal: Básica incompleta

Estado civil: Separado hace 15 años

Entorno familiar próximo: Cuatro hijos

b. Antecedentes Clínicos

Diagnóstico Cognitivo:

Demencia leve a moderada (probable etiología vascular), fase 5 según Escala de Deterioro Global de Reisberg (Reisberg, 1982), perfil cortical.

Otra Morbilidad:

Disminución agudeza visual no compensada, accidente cerebrovascular año 2011, con secuelas en marcha y memoria. Trastorno de la marcha. Hipertensión arterial. Consumo problemático de alcohol, suspendido el año 2012.

Fármacos:

Citalopram 20mg, Quetiapina 25 mg, Aspirina 100mg, Enalapril 5 mg. No recibe terapia farmacológica específica para la demencia.

c. Historia Ocupacional

FS ingresa a Kintun en el mes de septiembre de 2013, con diagnóstico de demencia moderada desde hace tres años. El diagnóstico es realizado el año 2011 y, posterior a esto, FS sufre un accidente cerebrovascular en hemisferio derecho, lo que repercutió en secuelas en la marcha y alteraciones cognitivas específicas en la memoria reciente y orientación temporoespacial. Actualmente, el usuario ha completado 9 meses de asistencia a Kintun.

La historia de impacto de la demencia en el desempeño de FS se remonta al año 2010 en el que una de sus hijas, con la cual vivía, notó cambios en su desempeño de actividades instrumentales, como la movilidad en la comunidad (olvido de trayecto a su casa, extravíos) y fluctuación en su capacidad de recordar eventos del pasado.

Previamente, FS desempeñó principalmente la actividad de panificador y dejó de realizar esta actividad aproximadamente a los 70 años, debido a dificultades asociadas a consumo problemático de alcohol. A partir de la entrevista a él y persona de referencia no es posible identificar otros intereses o actividades que el usuario haya desarrollado previamente aparte de su trabajo como panificador.

d. Evaluación Inicial

Aspectos Sociales
<p>La situación de FS ha sido cambiante en términos de configuración de red social y red de apoyo. Existe el antecedente biográfico de difícil relación familiar y conyugal, lo cual se mantiene hasta la fecha de la evaluación. La principal red de apoyo de FS continúa siendo sus hijos y su ex esposa.</p> <p>Actualmente, el usuario vive con su hija Gloria, quien es la persona de referencia en Kintun y quien asume los cuidados de FS, incluyendo los requerimientos materiales y económicos.</p> <p>La situación de la hija es de una alta carga, según escala de carga de Zarit con 63 puntos y, a la entrevista, refiere no contar con herramientas suficientes para apoyar a FS, lo que genera frustración en las situaciones de la vida diaria de interacción con su padre. Del mismo modo, Gloria ha dejado de trabajar para poder apoyar los cuidados de su padre.</p>

Funcionalidad, Desempeño y Patrones de Desempeño

FS presenta dificultades en su funcionalidad, producto de limitación física y cognitiva.

Requiere apoyo de otra persona en el uso del transporte, medicamentos y manejo de dinero.

Requiere supervisión física y verbal en actividades básicas de la vida diaria como arreglo personal, alimentación y vestuario. Presenta hábitos paritculares en algunas actividades, como la alimentación, en la que no utiliza servicio. Esto puede comprenderse en el escenario de su historia ocupacional y el tiempo en que vivió en situación calle.

FS presenta hábito de acumulación de comida dentro de su ropa, conductas que estan presentes tanto en el centro diurno como en el hogar.

Su participación social es acotada al contexto del hogar. A la observación impresiona una baja iniciativa de interacción con otras personas y una alta incidencia de sintomatología conductual en su desempeño, como ansiedad.

Al analizar la rutina, puede mencionarse que el usuario se encuentra la mayor parte del día en su hogar, sin participar en actividades dentro de la dinámica familiar. Suele permanecer la mayor parte del tiempo sentado en el patio anterior del hogar con dirección a la puerta de acceso.

Ha sufrido frecuentes extravíos en la vía pública.

Aspectos Mentales

FS presenta un estadio de avance de la demencia de etapa 5 en Escala de Deterioro Global de Reisberg, con un perfil cortical.

Presenta los trastornos conductuales de apatía/indiferencia, ansiedad, irritabilidad y conducta motora sin finalidad, de severidad moderada a grave, según Inventario Neuropsiquiátrico (Cummings, 1994).

Sus principales dificultades cognitivas son la orientación temporal y espacial, acceso a memoria inmediata, atención y concentración.

Aspectos Médicos

Actualmente sin hospitalizaciones ni consultas a urgencia en los últimos meses. Tuvo una evaluación médica a principio de abril 2014 en domicilio, en contexto de programa de postrados en el cual está inscrito.

Recibe tratamiento farmacológico descrito previamente.

e. Principales Problemas Ocupacionales

Los principales problemas detectados a partir de la evaluación son los siguientes:

- FS cuenta con escasas instancias de participación cotidiana por medio de las cuales pueda favorecerse el mantenimiento de sus habilidades remanentes, la exploración de ocupaciones y la organización del tiempo.

- El entorno familiar de FS carece de herramientas suficientes para apoyar de forma ajustada sus necesidades de participación y, a la vez, su cuidadora familiar presenta necesidades de apoyo debido a su propio desajuste ocupacional.
- Existen situaciones de la vida diaria y contextos ambientales que favorecen la sintomatología conductual asociada a la demencia de FS previamente descrita, las que impactan negativamente en su entorno social.

f. Plan de Apoyo

El plan de apoyo se construye en base a los siguientes objetivos y actividades:

Objetivos					
Actividades	Potenciar la participación de FS en actividades cotidianas dentro del centro diurno y su hogar	Mantener habilidades de desempeño remanentes	Optimizar las herramientas que su cuidadora y entorno social presentan para promover la participación de FS	Optimizar las herramientas que su cuidadora y entorno social presentan para el autocuidado	Ajustar las características del ambiente físico del hogar de FS para reducir riesgos y otras limitaciones para un desempeño seguro
Asistencia a centro diurno dos veces por semana, participación en actividades con base en cognición, actividad física, socialización y recreación	X	X			
Apoyo personalizado durante primera semana para adaptación	X				
Familiar asiste a taller de capacitación a cuidadores	X	X	X	X	

Visita domiciliaria de Terapia Ocupacional para implementar estrategias de apoyo a la participación en el hogar	X	X	X		X
Apoyo personalizado de psicología y asistencia social			X	X	
Apoyo personalizado en manejo de fugas y extravíos	X		X	X	X
Visita domiciliaria de seguimiento	X		X	X	X
Modificaciones ambientales dentro de la rutina. Por ejemplo, disponer de su silla de descanso en patio trasero, aumentar iluminación y señaléticas dentro del hogar para mejor orientación y regulación de la conducta.	X	X			X

g. Resultados y Logros

En relación con el objetivo “Potenciar la participación de FS en actividades cotidianas dentro del centro diurno y su hogar”, se observa que FS ha logrado vincularse y participar en las actividades del centro diurno. Ésto representó un desafío inicial en cuanto a adaptación y aceptabilidad del dispositivo, lo que se considera un logro inicial.

El equipo de atención directa de FS ha tomado las consideraciones referidas previamente en este artículo, alusivas a la facilitación de la participación en actividades en el Centro Kintun.

Se observa una progresiva mayor participación autodeterminada del usuario en las actividades del centro diurno y en el hogar. Del mismo modo, ha sido posible notar que la exploración de actividades con base a la cognición, actividad física y recreación son las de su principal interés, lo que ha posibilitado integrar este tipo de actividades en la rutina del hogar para ser desarrolladas conjuntamente con la cuidadora como espacio de regulación conductual y de esparcimiento mutuo. Asimismo, impresiona un mayor interés por la interacción con otros usuarios, principalmente otros varones, con la posibilidad de acceso a vivencia e intereses históricamente comunes.

Se identifica una adecuación en los niveles de supervisión y apoyo en actividades por parte de la cuidadora, con una reducción del apoyo físico y mayor uso de la preparación y guía cognitiva, lo cual ha favorecido a la díada usuario-cuidadora conjuntamente.

El usuario presenta también una progresiva mayor autodeterminación e interés por contar con espacios de participación en actividades en el hogar, lo cual es también valorado positivamente por la familia, reduciéndose la necesidad de refuerzo constante que previamente realizaban por medio de la entrega de alimentos.

Respecto al objetivo “Mantener habilidades de desempeño remanentes”, a partir de la evaluación inicial, el usuario presenta una mejora en el acceso a memoria episódica anterógrada, y mantiene su capacidad de atención y memoria reciente. Sus principales dificultades continúan observándose en la desorientación temporal y espacial, y las funciones ejecutivas. En este punto, el área motora será apoyada a través del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de Peñalolén, por lo que se realizan las gestiones para que FS pueda asistir.

Sobre el objetivo “Optimizar las herramientas que su cuidadora y entorno social presentan para promover la participación de FS”, por medio de la asistencia al taller de cuidadores, su hija refiere una mayor percepción de autoeficacia al ejercer el cuidado, contando con mayores capacidades para comprender los problemas de la vida diaria que enfrenta con FS y cómo realizar un manejo ambiental y conductual efectivo. La hija plantea una alta satisfacción por los temas tratados en el taller y un aumento en la autoeficacia del cuidado medido por el Índice de Cambio Percibido de Gitlin et al (Gitlin, Winter, Dennis, & Hauck, 2014). Impresiona una mayor comprensión sobre la relevancia de la interrelación cuidador(a) y usuario, como fuente de promoción de participación cotidiana para su familiar con demencia.

En relación con el objetivo “Optimizar las herramientas que su cuidadora y entorno social presentan para el autocuidado”, las acciones han sido acotadas y la posibilidad de generar una diversificación en la responsabilidad del cuidado no ha sido posible de lograr. La hija ha logrado mejorar aspectos emocionales y afectivos propios a partir de apoyo psicológico, no obstante, la intervención requiere de una activación de otras posibilidades de apoyo para reducir la carga percibida por la actual cuidadora, que en este caso serían sus hermanos.

Finalmente, el objetivo “Ajustar las características del ambiente físico del hogar de FS para reducir riesgos y otras limitaciones para un desempeño seguro” ha sido logrado a partir de la implementación de cambios generales para la reducción de riesgos de caídas (optimización de iluminación y reordenamiento de áreas), como por la modulación de aspectos conductuales en el hogar (promover espacios cotidianos de FS alejados de la visibilidad de puerta principal de salida, señalización de espacios del hogar y su uso, entre otros).

Reflexiones y Desafíos para la Terapia Ocupacional

El presente trabajo planteó el propósito de describir los roles y acciones de Terapia Ocupacional en el contexto del Centro Kintun para el apoyo de personas mayores con demencia y su entorno familiar. Esto representó un desafío relevante para el grupo de autoras y autores, debido a la naturaleza multiprofesional y la visión transdisciplinaria que busca desarrollar el equipo técnico y profesional de Kintun, en el que los objetivos y acciones fueron diseñados en su inicio y son abordados cotidianamente bajo esta misma premisa, enfatizando en los aportes que cada disciplina puede hacer a los propósitos comunes por sobre los límites profesionales pragmáticos, los que muchas veces responden más bien a la costumbre histórica por sobre el ejercicio analítico sobre pertinencia y efectividad. De este modo, la reflexión realizada por el equipo de observar su rol dentro del dispositivo es considerado un primer logro a partir de esta publicación, ya que refleja un pensamiento en torno al quehacer de nuestra profesión.

Una idea central a partir de la experiencia descrita se refleja en el título de este manuscrito: “Terapia Ocupacional en Centro Kintun: de la Estimulación a la Participación”. Dicho texto no es azaroso, refleja la racionalidad sobre el aporte esperado de la Terapia Ocupacional al proyecto Kintun. Este proyecto requería de la Terapia Ocupacional una acción reflexiva que fuese más allá del ámbito técnico en el que nuestra profesión se ha relacionado históricamente en forma de sesión de estimulación, de taller, o de actividad con propósito. Avanzar desde la idea del rol de la Terapia Ocupacional centrado en la intervención técnica en específico, hacia un rol profesional de mayor amplitud que ponga en práctica nuevas o diferentes racionalidades sobre la participación y la ocupación en personas con demencia, es un primer desafío en la construcción del rol de la Terapia Ocupacional en centros diurnos para personas con deterioro cognitivo y demencia.

Como pudo observarse, la necesidad de participación en ocupaciones es una realidad presente en las personas con demencia y sus entornos familiares, y los centros de atención diurna encuadran en la satisfacción de dichas necesidades. A partir de esto, el propósito de los centros diurnos para personas con demencia no radica en ser dispositivos de gestión sanitaria, sino que dispositivos comunitarios y de inclusión y participación. Por lo tanto, si se está levantando un dispositivo que busca centrarse en la actividad y la participación como formas de inclusión de las personas con demencia, la apuesta es entonces que la Terapia Ocupacional es una profesión idónea para desarrollar estrategias de participación en las personas con deterioro cognitivo y demencia desde su visión centrada en la ocupación.

Para esto, proponemos la consideración de una perspectiva contextualizada del desempeño y la participación de las personas con demencia, lo que establece a la Terapia Ocupacional como posibilitadora de un funcionamiento ajustado entre los componentes persona-ambiente-ocupación, visualizando una entidad verdaderamente unificada y cuyos componentes interdependientes deben efectivamente considerarse de forma conjunta en cada aproximación terapéutica.

La idea de la perspectiva contextualizada de la ocupación y la participación implica centrarse en las relaciones de las personas con sus ambientes y con los otros, y visualizar que las ocupaciones son también entidades que se componen inherentemente de las demás personas (Dickie, Cutchin, & Humphry, 2006).

De este modo, la intervención ya no se centra en el componente sintomatológico de la demencia, sino que en la persona como sujeto con características también dinámicas y que presenta el ímpetu por participar en ocupaciones como una forma de continuidad de su historia ocupacional y biografía, y el abordaje de su ambiente social y físico no es otro aspecto de la intervención, sino que parte de un mismo y único escenario. De este modo, el interés de la Terapia Ocupacional se relacionaría con potenciar, facilitar o promover situaciones cotidianas que permitan la participación de las personas con deterioro cognitivo y demencia, por sobre el abordaje de componentes específicos ya sea del individuo o de su ambiente.

Lo anterior implica una observación crítica al abordaje de la ocupación como un fenómeno individual y evaluable mediante categorías o jerarquías de logro, hacia una idea de ocupaciones construidas conjuntamente entre la persona, las demás personas y el ambiente, en las que la realidad externa al sujeto se transforma (o no) en situaciones de acción que pueden ser comprendidas como agencia en las actividades cotidianas (Johansson, Josephsson, & Lilja, 2009). El concepto de agencia es un concepto complejo que tiene diferentes bases teóricas, no obstante, su descripción tradicional apunta a la potencialidad de una persona de actuar o llevar cabo un efecto según las diferentes situaciones que vive. El concepto también ha progresado en su racionalidad desde el énfasis individual hacia el relacional (Bandura, 2001) (Bandura, 2006).

Por otra parte, a partir de la experiencia de Kintun, que busca centrarse en la promoción de la actividad y la participación, el rol del profesional Terapeuta Ocupacional se amplía en términos de gestión del dispositivo. Como se observó, los(as) Terapeutas Ocupacionales del Centro Kintun desempeñan acciones de coordinación y gestión de casos. Dichos roles han sido previamente potenciados a nivel profesional por Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en establecimientos de larga estadía y también en los centros diurnos para personas mayores frágiles. Sin duda alguna, potenciar el rol de gestión es un aporte conjunto que debe seguir realizándose y justificándose inherentemente a partir del razonamiento sobre las situaciones de la vida diaria y las ocupaciones de las personas que caracteriza a la Terapia Ocupacional.

En términos de experiencia y requerimientos profesionales específicos, el quehacer de Terapia Ocupacional en el Centro Kintun demanda flexibilidad, perseverancia y empatía en la comprensión de cada situación. Sin duda alguna, para una mayor percepción de eficacia, resulta necesario conocer aspectos de enfoque comunitario de trabajo, geriatría y, por supuesto, trastornos cognitivos y demencia, sus características y su abordaje integral.

Es de especial importancia que el trabajo con personas con deterioro cognitivo y demencia y sus entornos familiares considere un enfoque centrado en la persona, es decir, tener la capacidad de interpretar la realidad particular de cada usuario(a), ya que podría afirmarse que cada persona y entorno experimentan una forma particular de vivir la condición. Al respecto, en la experiencia descrita se intenciona espacios para formación continua y discusión, lo cual enriquece la formación profesional y permite actualización para una práctica más reflexiva. Dicha formación incorpora a todo el equipo y ha abordado aspectos globales como las creencias y mitos sobre la demencia, hasta elementos técnicos específicos para el abordaje de situaciones y problemas diarios.

Los desafíos y oportunidades actuales para la Terapia Ocupacional en el apoyo a las personas con demencia y sus entornos familiares son múltiples y, en este contexto, toman relevancia especial aquellas iniciativas que buscan generar espacios para la participación de los adultos mayores chilenos en la heterogeneidad de realidades que les caracteriza. Particularmente, aquéllos con alguna dificultad cognitiva o demencia suelen ser quienes con mayor facilidad permanecen en la invisibilidad social.

La Terapia Ocupacional debe continuar colaborando con la visibilización de las personas mayores con deterioro cognitivo y demencia, desde su mirada de la ocupación y la participación, promoviendo una visión positiva de la condición y enfatizando en el potencial por sobre la pérdida, para aportar a que en nuestro país sea posible vivir bien con demencia.

Referencias

- Agüero-Torres, H., Fratiglioni, L., Guo, Z., Viitanen, M., von Strauss, E., & Winblad, B. (1998). Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1452–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1508485&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews, 12*(1), 253–62. doi:10.1016/j.arr.2012.07.001
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 11*(6), 10–19.
- Alzheimer's Association. (2014). *Choosing an adult day center*. Retrieved from <http://www.alz.org/adultdaycenters>
- Alzheimer's Australia. (2013). *Physical activity for brain health and fighting dementia*.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1–26. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science, 1*(2), 164–180. doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x
- Benbow, S. M., & Jolley, D. (2012). Dementia: stigma and its effects. *Neurodegenerative Disease Management, 2*(2), 165–172. doi:10.2217/nmt.12.7
- Brannelly, T. (2011). Sustaining citizenship: people with dementia and the phenomenon of social death. *Nursing Ethics, 18*(5), 662–71. doi:10.1177/0969733011408049

- Centro Noruego de Conocimiento para Servicios de Salud. (2011). *Effekten av tilrettelagt dagsenter- tilbud til personer med demens*. Retrieved from http://www.kunnskapssenteret.no/_attachment/14109
- Chapman, D. P., Williams, S. M., Strine, T. W., Anda, R. F., & Moore, M. J. (2006). Dementia and its implications for public health. *Preventing Chronic Disease, 3*(2), A34. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1563968&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary and critique. *American Journal of Psychiatry, 9*, 361–381.
- College of Occupational Therapists Limited. (2010). *Occupational Therapy: helping people to live with dementia*. Retrieved from www.cot.org.uk
- Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile. (2008). *Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Retrieved from [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe final carga_Enf_2007.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf)
- Dickie, V., Cutchin, M., & Humphry, R. (2006). Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science, 13*(1), 83–93.
- Dooly, N., & Hinojosa, J. (2004). Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief Occupational Therapy Intervention. *The American Journal of Occupational Therapy, 58*(5), 561–569.
- Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist, 50*(6), 834–46. doi:10.1093/geront/gnq047
- Egan, M., Hobson, S., & Fearing, V. (2006). Dementia and occupation: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(3), 132–140.
- Finnema, E., Dröes, R.-M., Ribbe, M., & Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 141–161.
- Fuentes, P. (2008). Funcionalidad y demencia. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 19*, 324–329.
- Fuentes, P., & Slachevsky, A. (2005). Enfermedad de Alzheimer: Actualización en terapia farmacológica. *Revista Médica de Chile, 224*–230.
- Gajardo, J., & Monsalves, M. J. (2013). Demencia, un tema urgente para Chile. *Revista Chilena de Salud Pública, 17*(1), 22–25.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernet, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce

- caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229–39. doi:10.1097/JGP.0b013e318160da72
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2014). Assessing perceived change in the well-being of family caregivers: psychometric properties of the Perceived Change Index and response patterns. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21(5), 304–11. doi:10.1177/1533317506292283
- Graff, M. J. L., Adang, E. M. M., Vernooij-Dassen, M. J. M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., ... Rikkert, M. G. M. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7636), 134–8. doi:10.1136/bmj.39408.481898.BE
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., & Rikkert, M. G. M. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 333(7580), 1196. doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE
- Hudson, R. B., Neill, G. O., Mccutcheon, M., Angel, J. J., Applebaum, R. A., Gonyea, J. G., ... Schulz, J. H. (2013). Public Policy & Aging Report The Global Impact of Aging : The Oldest Old, 23(2).
- Ionicioiu, I., David, D., & Szamosközi, Ş. (2014). A Quantitative meta-analysis of the effectiveness of psychosocial interventions in dementia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 591–594. doi:10.1016/j.sbspro.2014.03.316
- Johansson, K., Josephsson, S., & Lilja, M. (2009). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of ageing in place. *Ageing and Society*, 29(1), 49–70.
- Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K., & Lai, J.-S. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 260–267.
- Kroes, M., Garcia-Stewart, S., Allen, F., Eyssen, M., & Paulus, D. (2011). *Démence: quelles interventions non pharmacologiques? Good Clinical Practice (GCP)*.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82–87. doi:10.1177/000841749005700207
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lin, L.-J., Li, K.-Y., & Tabourne, C. E. S. (2011). Impact of the life review program on elders with dementia: a preliminary study at a day care center in southern Taiwan. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 19(3), 199–209. doi:10.1097/JNR.0b013e318228ced3

- Lopes, L., & Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(14), 252–261.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79–90. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03557.x
- Miranda-Castillo, C. (2012). Necesidades de personas con demencia: ¿qué sabemos hasta ahora? In *VI Congreso Iberoamericano de Alzheimer*. Santiago de Chile.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., & Orrell, M. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 13(1), 43. doi:10.1186/1472-6963-13-43
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., & Orrell, M. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. *Aging & Mental Health*, 15(3), 283–90. doi:10.1080/13607863.2010.543665
- Neal, M., & Barton Wright, P. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.CD001394
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., ... Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161–78. doi:10.1159/000316119
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Dementia: A Public Health priority*.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2012). The needs of older people with mental health problems: a particular focus on dementia patients and their carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 638267. doi:10.1155/2012/638267
- Rigaux, N. (2011). Autonomie et démence: Pour une conception de l'autonomie "dementia-friendly." *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 9(1), 107–15. doi:10.1684/pnv.2010.0250
- Rodríguez, J., & Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la Terapia Ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2), 29–36.
- Sanjoaquiín, A. C., Fernández, E., Mesa, M. P., & Garcia-Arilla, E. (2009). Valoración geriátrica integral. In *Geriatría para residentes* (1st ed., pp. 59–68). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Santos, R. L., Barroso, M., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 161–167.

- Servicio Nacional del Adulto Mayor. Guía de operaciones programa Centros Diurnos para el Adulto Mayor (2013). Retrieved from <http://www.share-pdf.com/79bceed76a254fe89fb22b557442b3c6/GUIA DE OPERACIONES PROGRAMA CENTROS DIURNOS.htm>
- Thomas, V. S., & Hageman, P. (2002). A preliminary study on the reliability of physical performance measures in older day-care center clients with dementia. *International Psychogeriatrics / IPA*, 14(1), 17–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12094903>
- Verkaik, R., van Weert, J. C. M., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 301–14. doi:10.1002/gps.1279
- Vikström, S., Josephsson, S., Stigsdotter-Neely, A., & Nygård, L. (2008). Engagement in activities: Experiences of persons with dementia and their caregiving spouses. *Dementia*, 7(2), 251–270. doi:10.1177/1471301208091164
- Wimo, A., Jonsson, L., & Zbrozek, A. (2010). The Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument is valid for assessing informal care time in community-living patients with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(8), 685–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20922346>
- Woods, B., Spector, A., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, (2). doi:10.1002/14651858.CD001120.pub2

Oportunidades de Participación para Personas con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia que se Encuentran Institucionalizadas



María José Ayala Jiménez

Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile.

Jefe del Departamento de Terapia Ocupación, Ámbar Residence.

mjose.ayalaj@gmail.com

Resumen

El siguiente artículo presenta la experiencia del Programa de Terapia Ocupacional implementado en una residencia privada para adultos mayores, la evolución y resultados que se observados en el último año con respecto a la promoción del envejecimiento activo de los residentes.

Deja en evidencia la importancia que presupone para los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (en adelante denominado DCL) y demencia que viven en residencias, el involucrarse en ocupaciones significativas, utilizando los distintos talleres y actividades recreativas no sólo para mantener habilidades de desempeño, sino además como plataforma para formar vínculos, socializar, sentirse acompañados y pertenecientes a un grupo. Asimismo, destaca el rol de la Terapia Ocupacional como principal agente de cambio, proporcionando el *desafío óptimo* a los residentes a través de talleres segmentados, y la importancia de la concientización y apoyo del resto del equipo multidisciplinario para lograr los objetivos planteados. Incluye un estudio de caso que permite tener una mejor comprensión de las intervenciones planteadas.

Abstract

The following article presents the experience of the Occupational Therapy Program implemented in a private residence for Seniors, and the progress and results that have been observed in the past year with respect to the promotion of active aging of residents.

It shows clearly the importance supposed for Seniors with Minor Cognitive Impairment and Dementia living in nursing homes, to engage in meaningful occupations, using the various workshops and recreational activities to maintain not only performance skills but also as an instance to establish bonds with other residents, to socialize, to feel accompanied and belonging to a group.

It also highlights the role of the Occupational Therapy as the main agent of change, providing the optimal challenge to the residents through segmented workshops, and the importance of awareness and support of the rest of the multidisciplinary team to achieve the proposed objectives. It includes a case study that allow us to have a better understanding of the mention interventions.

Palabras Claves: *Envejecimiento activo, ocupaciones significativas, oportunidades de participación, segmentación de talleres, integración social.*

Key Words: *Active aging, meaningful occupations, participation opportunities, workshops segmentation, social integration.*

Contexto

La presente sistematización se realiza en el contexto de un ELEM (Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores) de estrato social¹ y nivel educacional altos, que lleva en funcionamiento tres años. Su capacidad máxima alcanza los 140 residentes. Para abril del año 2014 el universo de residentes es de 132, de los cuales 101 son mujeres y 31 hombres. El promedio de edad es de 85 años.

En cuanto a la infraestructura, la residencia está constituida por un edificio de ocho pisos, con áreas comunes que son utilizadas y valoradas positivamente por residentes y familiares (hall, comedores, biblioteca, sala de ejercicios, sala de cine, sala de actividades, cafetería y terrazas).

En la residencia ingresan personas con distintos niveles de funcionalidad. En general no existe una segregación de residentes en situación de dependencia a causa de deterioro cognitivo y/o físico, sin embargo, gran parte de los residentes que presentan demencias moderadas-avanzadas viven en un mismo piso con la finalidad de generar un ambiente protegido. En este

¹Adimark, "Nivel socioeconómico de los hogares del país basado en los datos del CENSO". Nivel socioeconómico alto (descripción grupo ABC1) entendido como hogares que tienen un rango de ingresos entre \$1.700.000 a \$3.500.000 o más.

piso existe una mayor cantidad de asistentes que han sido capacitadas para manejar síntomas conductuales y una sala de estar que permite mayor monitoreo y, a su vez, evita que los residentes se sientan solos.

Realizando un análisis funcional del mes de abril del año 2014, observamos que del total de residentes que viven en Ámbar:

- El 30% son autovalentes en todas las actividades de la vida diaria básicas (en adelante denominadas AVD básicas), obteniendo un Índice de Katz A o B, sin alteración conductual o emocional que influya en su funcionalidad.
- El 55% son semi-dependientes, requiriendo de recordatorios, supervisión o asistencia de contacto en al menos una AVD básica (higiene menor, arreglo personal, vestimenta, traslados), obteniendo un Índice de Katz C, D o E, existiendo en muchos casos alteraciones emocionales y/o síntomas conductuales de fácil o moderado manejo socio-ambiental.
- El 14% son dependientes, requiriendo asistencia total en todas las AVD básicas (esta categoría incluye uso de pañales, cambio de posiciones para prevenir escaras, traslado en silla de ruedas), obteniendo un Índice de Katz F o G, existiendo síntomas conductuales de moderado a difícil manejo socio-ambiental en personas con demencia o alta demanda en personas con trastornos motores asociados o no a demencia.

En cuanto a las patologías asociadas que afectan directamente la funcionalidad, se observa que un 14% del total de residentes presenta trastornos psiquiátricos diagnosticados y compensados (depresión, trastorno ansioso, trastorno adaptativo, trastorno bipolar); 25% presenta trastornos motores (dismovilidad y trastornos de la marcha producto de artrosis, sarcopenia, problemas de equilibrio, tendinitis, síndrome de caídas frecuentes); y 61% presenta deterioro cognitivo leve o demencia. En muchos casos se observa comorbilidad de patologías.

Dentro de la residencia existe un equipo multidisciplinario conformado por un médico, dos terapeutas ocupacionales, dos enfermeras, una nutricionista, cinco técnicos paramédicos (TENS) y un promedio de dos asistentes de enfermería por piso durante el día y una asistente de noche. Se cuenta con siete pisos habitables, viviendo en promedio 20 residentes por piso. Este equipo, denominado Equipo de Salud, a su vez trabaja en forma complementaria con el equipo administrativo; gerente general, gerente de operaciones, relacionadora pública, mantención, etc. Se realizan reuniones de Equipo de Salud y de Gestión de forma semanal, lo que permite atender a las necesidades de los residentes de forma integral y oportuna.

Programa de Intervención de Terapia Ocupacional

Marco General

El programa de intervención se basa en el concepto de envejecimiento activo, definido como “[...] el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002).

Para lograr este proceso es fundamental intervenir tanto en la persona como en el ambiente, intervenciones que están entrelazadas y estrechamente relacionadas.

En términos de persona, el programa implementado está basado en la premisa del Modelo de Ocupación Humana “[...] al hacer cosas, las personas mantienen o modifican sus capacidades y generan experiencias continuas que afirman y remodelan su motivación.” (Crepeau et al, 2003).

En términos de ambiente, la intervención pretende aumentar las oportunidades de participación de los residentes a través de la entrega de ocupaciones pertenecientes al área de ocio y tiempo libre, traducidas en diversos talleres y actividades recreativas que apuntan a abarcar la mayor cantidad de intereses relacionados con la adultez mayor.

Es así como se utilizan ocupaciones significativas (determinadas por valores, intereses y roles), que activan la volición y motivación intrínsecas (Crepeau et al, 2003) de los residentes, evitando el sedentarismo, promoviendo el establecimiento de hábitos y rutinas, estimulando habilidades de desempeño, proporcionando satisfacción y mejorando el estado de salud global. Las experiencias positivas vividas en los talleres y actividades actúan como refuerzo positivo, generando un aumento en el interés de las personas, determinando buena adhesión en el tiempo.

Desde el enfoque de Terapia Ocupacional, las habilidades de desempeño (motoras, sensoriales, de interacción/comunicación y cognitivas), conforman la base para que la persona pueda desempeñarse de forma independiente y adecuada en las distintas áreas (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, educación, trabajo, juego, ocio/ tiempo libre y participación social), siendo funcional en su entorno. Dentro de éstas y complementaria al resto de las áreas, está contemplada la participación social como uno de los principales objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional, definida como “el acto de involucrarse en una situación vital” (CIF, 2001).

La participación social es fundamental, ya que la interacción y relación con otras personas es inherente al ser humano, al igual que “el hacer”. Somos seres sociales que requerimos de la retroalimentación constante de otras personas para formar nuestra identidad, compartir experiencias, sentirnos contenidos, comprendidos y, por sobre todo, para desarrollar sentido de pertenencia a un determinado grupo, adquiriendo distintos roles en las diferentes áreas en que nos involucramos en ocupaciones, sintiéndonos útiles y queridos (Fernández-Ballesteros et al, 1999). Por consiguiente, al participar socialmente y mantener un contacto constante con pares y otras personas, mantenemos o desarrollamos los aspectos mencionados.

En el caso de los adultos mayores, desarrollar instancias en donde se estimule la participación social cobra mayor importancia, ya que este grupo etario tiende a retraerse y a dejar de involucrarse en actividades, disminuyendo así su interacción con otros, su sentido de eficacia y su autoestima (Fernández-Ballesteros, 1999). Esto se hace aún más evidente y preocupante en personas que sufren deterioro cognitivo o trastornos motores, quienes, debido a su deterioro, tienen mayores dificultades para participar en actividades y relacionarse con otros.

En la residencia, los talleres actúan como plataforma de socialización y formación de vínculos significativos, ya que en ellos y debido a su segmentación, los residentes descubren aquellas personas con quienes tienen mayor afinidad, con las que pueden interactuar de forma satisfactoria y adquirir confianza. Estas interacciones luego se replican en forma espontánea en situaciones y actividades informales, tales como la sobremesa a la hora de almuerzo, juegos de dominó por las tardes, paseos por el jardín en grupo o con un compañero, etc.

Sin embargo, en el proceso existen ciertas barreras que se deben tener en cuenta para la correcta implementación del programa. Dentro de éstas es posible identificar los prejuicios que se generan en torno a la vejez y el doble estigma existente en adultos mayores con demencia y DCL. Debido a esto, gran parte de las intervenciones realizadas en la residencia se han enfocado a disminuir el estigma existente dentro del personal y apoderados y, por sobre todo, reducir el autoestigma (Yang Lawrance, 2014) en los mismos residentes.

Dentro de los autoestigmas más recurrentes observados durante esta experiencia encontramos: pérdida del propósito vital (“para qué voy a hacer eso si estoy muy viejo”), bajo sentido de eficacia y autoestima (“no sirvo para esto, soy muy vieja, ya no puedo”, “no puedo hacerlo porque no escucho y no veo bien”), discriminación y dificultad para aceptar el envejecimiento (“está lleno de viejos enfermos”)².

Para disminuir el autoestigma es necesario re-significar el rol del adulto mayor, tanto en la residencia como en la sociedad. Para esto, el Terapeuta Ocupacional debe aplicar distintas estrategias tales como: psicoeducación del personal, apoderados, familiares y residentes; identificación y potenciación de habilidades remanentes; entrega de responsabilidades para aumentar sentido de eficacia y recuperar sentido de utilidad; entrega de refuerzo positivo en talleres cuando la persona logra realizar tareas propuestas, entre otros.

Otra barrera identificada corresponde a los prejuicios existentes en torno al fenómeno de la institucionalización. En términos generales, la institucionalización de una persona es un proceso complejo ya que implica adaptarse a nuevos hábitos, rutinas, personas, elementos estructurales y dinámicas relacionales dentro de este nuevo ambiente. Además, la persona debe lidiar con sentimientos de abandono, soledad, melancolía, pérdida de roles y pérdida del control de su vida, mientras que sus familiares muchas veces sienten remordimiento y culpa. Debido a esto, los especialistas aconsejan a los familiares tratar de retardar este proceso el máximo tiempo posible (Glitin, Hodgson, 2015), ya que, si la residencia u hogar no presenta las condiciones adecuadas para facilitar el proceso de adaptación, es probable que la persona mayor institucionalizada se deteriore con mayor rapidez.

² Comentarios que han realizado residentes y que han sido escuchados en talleres o conversaciones individuales por funcionarios de la residencia.

Sin embargo, en la actualidad está creciendo el número de adultos mayores que se institucionalizan por diversos motivos, entre ellos abandono y dificultades sociales. Cuando en la institución elegida existe un programa de intervención, un protocolo de inducción que asegure un proceso de adaptación exitoso y un equipo multidisciplinario adecuado, esta decisión puede mejorar la calidad de vida tanto del residente como de sus familiares, transformándose en un espacio que brinde salud, participación y seguridad a la persona, características fundamentales, según la OMS, para lograr un envejecimiento activo.

Algunos de los motivos de ingreso más frecuentes observados durante esta experiencia:

- Sobrecarga del cuidador (Calvo, Bernardino, 2013). Muchas veces este fenómeno determina que los familiares de adultos mayores que presentan demencia o DCL, opten por institucionalizarlos ya que presentan sobrecarga a causa de los cuidados, viendo su propia salud afectada.
- Caídas y marcha inestable. Adultos mayores autovalentes que han tenido alguno o varios episodios de caídas en el último año, quienes influenciados por sus familiares, optan en conjunto por la institucionalización para evitar riesgos y no sentirse como una carga para sus hijos.
- Soledad y aburrimiento. Una de las causas de ingreso más frecuente es que la persona antes de ingresar a la residencia vivía sola y no tenía motivos para levantarse o incluso para alimentarse de forma adecuada debido a una rutina pasiva, vacía y solitaria. Familiares refieren que no tenía un sentido o propósito para vivir.
- Personas mayores que son totalmente autovalentes y deciden institucionalizarse por comodidad, para no ser carga de sus hijos o familiares, o porque han enviudado y reconocen que su salud mental y emocional se deteriorará si permanecen viviendo solos. Al ingresar a la residencia realizan AVD Instrumentales de forma independiente manteniendo su rutina habitual y participación externa.³

Acotando Conceptos

El programa de intervención de Terapia Ocupacional incluye residentes con niveles de funcionalidad variados, desde personas en situación de dependencia avanzada hasta aquellas independientes y autónomas en sus actividades diarias. No obstante, el presente documento se enfocará en la experiencia con residentes semi-dependientes⁴ y que presentan diagnóstico de demencia o DCL, grupo que para abril del año 2014 constituyen el 61% del total de residentes.

³ Motivos de ingreso a la residencia pesquisados en evaluación inicial en un promedio de 50 residentes ingresados en los últimos 2 años.

⁴ Residentes semi-dependientes: se dividen en dos grupos: 1. Aquellos residentes que requieren recordatorios o supervisión para realizar al menos una AVDb; 2. Aquellos residentes que requieren asistencia (de contacto) para realizar al menos una AVDb.

La demencia se define como “...un síndrome anatomoclínico de etiopatogenia diversa, íntimamente relacionado con el envejecimiento [...] ocasiona pérdida neuronal y atrofia cerebral, con las consiguientes alteraciones de la neurotransmisión, alteraciones que se manifiestan clínicamente” (Alberca, 2002).

Las demencias se caracterizan por dos elementos fundamentales; 1. La persona ha experimentado un deterioro desde su nivel de funcionamiento previo. 2. La demencia interfiere significativamente con el trabajo y/o actividades habituales” (Slachevsky & Oyarzo, 2008), a diferencia del DCL, en el que la persona presenta un deterioro cognitivo principalmente en habilidades de orientación temporo-espacial y memoria a corto plazo, sin afección de su funcionalidad.

Existen distintos tipos de demencia, en los que varían su génesis, progresión de síntomas y alteraciones clínicas observadas en cada etapa.

Dentro de las alteraciones clínicas más frecuentes observadas en la residencia se encuentran:

Tabla 1. Clasificación de alteraciones clínicas en personas con demencia, utilizada en la residencia

Área	Alteraciones Observadas
Cognitiva	Desorientación temporo-espacial. Problemas atencionales. Alteración de memoria a corto plazo. Alteración de memoria a mediano plazo. Alteración de visopercepción. Alteración del juicio. Alteración de memoria a largo plazo. Alteración de lenguaje expresivo y comprensivo.
Conductual Neuropsiquiátrico (Glitin, L., Kales, H. & Lyketsos, C., 2012).	Apatía Agresión Agitación Depresión Psicosis (delirios, alucinaciones, error de identificación).
Motora	Alteración en praxis. Tendencia a la sarcopenia. Rigidez Problemas de equilibrio. Aumento del riesgo de caídas.
Social	Tendencia a retraimiento social. Tendencia a aislamiento.

En este contexto, el rol del Terapeuta Ocupacional está dirigido a estimular y mantener habilidades remanentes, utilizando ocupaciones significativas para aumentar la motivación y adherencia. Dentro de las principales actividades realizadas para estos fines están los talleres de estimulación cognitiva y actividad física.

La estimulación cognitiva puede ser definida como cualquier actividad que tenga como objetivo estimular las habilidades y procesos cognitivos a través de la ideación e implementación (por parte de un terapeuta ocupacional, psicólogo o fonoaudiólogo, adecuadamente capacitados) de actividades específicas para cada función y según el nivel de rendimiento cognitivo de cada persona.

La estimulación cognitiva, generalmente, se lleva a cabo a través de ejercicios que trabajan distintas habilidades cognitivas; atención, orientación temporo-espacial, memoria a corto plazo, reminiscencia, lenguaje comprensivo y expresivo, razonamiento lógico, cálculo, etc. Estas actividades requieren de bastante estructuración, sin embargo, existen otras posibilidades de hacer estimulación cognitiva a través de ocupaciones significativas, tales como ergoterapias (pintura, bisutería, estencil, mosaico, etc.) o literarias (cuentos, noticias, libros, etc.), dependiendo de los intereses de la persona (Glitin, 2015).

En términos generales, la estimulación cognitiva debe realizarse en grupos pequeños para que el terapeuta o facilitador pueda abordar las necesidades de cada integrante y de forma segmentada, es decir, los integrantes de cada grupo deberán estar en el mismo nivel de rendimiento cognitivo. La segmentación es fundamental ya que, a través de ella, el Terapeuta Ocupacional ofrece un desafío óptimo para la persona lo que a su vez:

- Permite la correcta adaptación de actividades dependiendo de cada perfil de rendimiento, asegurando una estimulación efectiva.
- Evita que una persona que presenta dificultades a nivel cognitivo se sienta frustrada, avergonzada y desorientada al estar en un grupo que no tiene dificultades para comprender y sociabilizar o, viceversa, que una persona que no tiene dificultades a nivel cognitivo se sienta aburrida y desmotivada en un grupo de menor rendimiento cognitivo.
- Facilita que la persona desarrolle sentido de pertenencia al grupo e interactúe de forma satisfactoria con sus compañeros.

Por otro lado, la actividad física constituye un importante factor protector que promueve el envejecimiento activo y mantiene habilidades cognitivas en personas con demencia y DCL. “A través de un programa de ejercicios multimodal, aeróbicos continuos, de baja carga, con un tiempo de duración de treinta minutos en ciclos de sesiones tres veces por semana [...] se logra inducir la producción de moléculas neurotróficas, que promueven la plasticidad neuronal, aumento de volumen de la materia gris en diferentes áreas corticales, mejoramiento de las redes neurales de trabajo, fortalecimiento de patrones y secuencias motoras de diferentes actos y movimientos” (Ibarra et al, 2013). Además de las implicancias cognitivas, mantiene

el equilibrio, musculatura y rangos articulares, previniendo caídas y desarrollo de trastornos musculoesqueléticos.

Los talleres de actividad física impartidos en la residencia constituyen una fuente de motivación para aquellas personas que presentan déficit en capacidades de desempeño no motoras y que impiden su participación en otros talleres (residentes que presentan hipoacusia severa o personalidad retraída). Al igual que en la estimulación cognitiva, los talleres de actividad física requieren de segmentación (nivel bajo, medio y alto), adecuándose a las necesidades de cada grupo.

Otra área de intervención en la cual está involucrado activamente el Terapeuta Ocupacional dentro de la residencia, tiene relación con la contención emocional de los residentes y al manejo socio-ambiental de síntomas conductuales (Acosta et al, 2011).

La definición del término *contener* es “el acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger y cuidar” (Diccionario de la Real Academia Española, 2012). Por consiguiente, el acto de contener a otra persona emocionalmente corresponde a una estrategia terapéutica que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada para prevenir futuras conductas desadaptativas o trastornos del ánimo. Para llevar a cabo esta estrategia es necesario que el profesional disponga de un espacio y tiempo protegido con la persona y sus familiares, donde a través del lenguaje verbal y no verbal, la empatía y el vínculo, logre tranquilizar (trastornos ansiosos) o motivar a la persona (trastornos depresivos), con la finalidad de que ésta pueda readecuarse a la situación que está viviendo (Fernández-Ballesteros, 1999).

En el caso de adultos mayores institucionalizados, es fundamental realizar un proceso de contención emocional graduado, siendo mayor la necesidad de acompañar y motivar a la persona en las primeras semanas de ingreso a la residencia, para luego ir disminuyendo el apoyo a medida que la persona vaya adaptándose de forma paulatina. En casos de adultos mayores que estén viviendo el duelo por pérdida de su cónyuge o que presenten demencia o DCL, es aún más importante la intensidad y frecuencia con que debe realizarse la contención emocional que estará estrechamente relacionada con el manejo de síntomas conductuales.

En cuanto a los síntomas conductuales (Glitin, L., Kales, H. & Lyketsos, C., 2012), descritos anteriormente en la Tabla I, constituyen uno de los mayores desafíos tanto para familiares como para el equipo de salud. La intervención del Terapeuta Ocupacional en este ámbito es fundamental y está dirigida a encontrar el gatillante de la conducta para luego capacitar al personal en cuanto a estrategias específicas de manejo socioambiental (Acosta et al, 2011). Para esto, se cuenta con el instrumento denominado “Pauta Conductual” (descrita más adelante en Tabla III), en el que las asistentes encargadas de piso deben llevar un registro detallado de la conducta del residente durante 10 días, lo que permite objetivar los síntomas conductuales reportados en cuanto a frecuencia, existencia de patrón en horario de ocurrencia y gatillantes.

Con el tiempo y experiencia adquiridos en la residencia, el equipo de salud ha establecido distintas categorías de manejo socio-ambiental, según la severidad de los síntomas conductuales presentados por la persona y con el fin de otorgar la asistencia adecuada:

- Síntomas conductuales de fácil manejo: Aquellos que con utilización de estrategias simples y poco frecuentes como contención o distracción, logran remitir, tales como: apatía y discurso repetitivo.
- Síntomas conductuales de manejo moderado: Requieren estrategias más complejas y recurrentes como llamar a familiares, distraer en puerta de ingreso para evitar que salga de la residencia, etc. Ejemplo de ellos son: delirios y/o discurso repetitivo acompañado de agitación.
- Síntomas conductuales de difícil manejo: En general son síntomas que ponen en riesgo la integridad de otros residentes, tales como: agresividad, agitación.

Objetivos de Intervención de Terapia Ocupacional

El objetivo general corresponde a generar instancias de participación para los residentes, que sean acordes a sus necesidades.

Para lograr este objetivo es necesario que los residentes:

- Logren mantener habilidades cognitivas remanentes.
- Logren mantener habilidades motoras.
- Logren mantener habilidades de interacción/comunicación.
- Logren mantener estabilidad emocional.
- Logren disminuir síntomas conductuales.

El objetivo transversal, que actúa como eje del programa corresponde a: “Promover el *Envejecimiento Activo* de los residentes”.

Metodología

La experiencia se lleva a cabo a través de un proceso de dos años de duración, a partir de la concientización realizada a los distintos estamentos de la institución, sobre la necesidad de generar instancias de participación segmentadas, según nivel cognitivo y físico y la importancia de la ocupación en el adulto mayor.

Se diseña el Programa de Intervención de Terapia Ocupacional a principios del año 2013, el cual rige todas las decisiones y actividades realizadas en la residencia, dentro del área denominada “Calidad de Vida”.

A partir de este programa, se reordenan y segmentan los talleres existentes según nivel cognitivo y físico. Para el año 2014 la segmentación de talleres se organiza en tres niveles de funcionamiento (alto – moderado – bajo), permitiendo lograr de mejor forma los objetivos establecidos por grupo, en especial para residentes con demencias moderadas-avanzadas, aumentando las oportunidades de participación.

Se incluyen talleres que engloban distintas áreas del hacer e intereses. En la actualidad existen 6 tipos de talleres; Café Literario (charlas intelectuales), Actividad Física, Música para Recordar (reminiscencia), Gimnasia Mental (estimulación cognitiva), Manualidades y Baile Entretenido.

Además de los talleres, se realizan actividades recreativas que tienen como objetivo principal presentar una gama de posibilidades a los residentes, estimular la socialización y aumentar la motivación determinando metas específicas. Algunas de ellas son: Bingo, Campeonato de Rayuela, Campeonato de Dominó, Salidas Grupales, Liturgia, Misas, Presentación de Coro, Cine, Actividad Cultural (óperas, ballet y conciertos), Rezar Cantando, Karaoke, Cena Bailable, Almuerzos Temáticos, Día del Libro y Exposición de Viajes que han realizado los propios residentes. La mayoría de estas actividades recreativas están abiertas para residentes de todo nivel cognitivo, siendo apoyados por asistentes quienes lo requieran.

Las personas con DCL tienen la oportunidad de participar en todas las actividades que tengan un nivel de dificultad alto – moderado. Asimismo, las personas con demencia en etapa leve – moderada pueden participar de los mismos talleres de nivel de dificultad medio y las personas con demencia avanzada en talleres de nivel de dificultad bajo.

La metodología utilizada dentro de cada taller es de tipo grupal, dinámico y participativo. Los residentes se sientan alrededor de la mesa, lo que permite contacto visual de forma permanente. La mayoría de las veces los ejercicios se realizan de forma oral e individual, en ronda, lo que determina que el resto esté atento a la respuesta del compañero, aumentando el nivel de interacción. Cuando se realizan ejercicios en conjunto (en papel), se da un tiempo para revisión de respuestas y comentarios.

En general, se utilizan materiales básicos y económicos para la mayoría de los talleres, exceptuando el taller de manualidades que requiere materiales específicos dependiendo de la técnica a trabajar. El 70% de los ejercicios realizados en el taller de gimnasia mental son orales y no requieren gran implementación. En el taller de actividad física y baile entretenido se utilizan elementos básicos como sillas, música, pelotas de plástico, bastones de PVC, colchonetas, mancuernas y bandas elásticas.

La mayoría de los talleres correspondientes al nivel cognitivo bajo se realizan en el hall de un piso protegido para personas con demencias moderadas-avanzadas. En el último año se evidencia que este piso se ha transformado en un lugar que los residentes reconocen como propio y donde se sienten seguros. Cuando son llevados a otros lugares, debido a su acentuada desorientación temporo-espacial, presentan síntomas conductuales y emocionales.

Métodos de Evaluación

Debido a que el enfoque de la intervención expuesta es preventivo, compensatorio y grupal, no existen indicadores específicos que midan el cumplimiento de los objetivos establecidos en torno al ámbito cognitivo, ya que el rendimiento cognitivo de cada residente y su eventual deterioro dependerá de antecedentes mórbidos, tipo de demencia, nivel de deterioro y factores intrínsecos.

Sin embargo, los indicadores que se han establecido y que determinan si un residente presenta un envejecimiento activo son:

Tabla 2. Resumen Indicadores de Evaluación

Objetivo General	Indicadores	Verificadores
Promover el envejecimiento activo de residentes con DCL y Demencia.	<p>1. Nivel de Participación en Talleres:</p> <p>Que el/la residente participe al menos de 1 taller semanal, de forma frecuente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro diario de asistencia a talleres. • Aplicación de encuesta anual diseñada por Depto. de Terapia Ocupacional sobre talleres y actividades recreativas implementados en la residencia. • Retroalimentación diaria de residentes sobre conformidad con respecto a talleres y actividades. • Retroalimentación de apoderados. • Informe anual en donde se analizan indicadores de participación en talleres. • Encuesta aplicada por empresa externa que evalúa el nivel de satisfacción de los residentes en las distintas áreas de la residencia.
	<p>2. Socialización:</p> <p>Que el/la residente logre establecer vínculos significativos o sociabilice con otros residentes durante el día, en instancias formales o informales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación diaria de dinámicas sociales que se dan en talleres, actividades e instancias no formales. • Sistema de registro diario del estado de salud del residente.
	<p>3. Síntomas Conductuales:</p> <p>Que el/la residente no presente síntomas conductuales o en el caso de presentar, sean de fácil manejo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de registro diario del estado de salud del residente. • Retroalimentación en reuniones de Equipo de Salud. • Pauta conductual.

Etapas de Intervención

a. Evaluación de Ingreso

El proceso de intervención comienza antes del ingreso del residente, en que miembros del equipo de salud (médico, enfermera y terapeuta ocupacional) realizan una evaluación integral de la persona que incluye, entre otros, la aplicación de instrumentos estandarizados (Katz, Mini Mental, Test del Reloj y Pfeiffer) y no estandarizados (Pauta de entrevista inicial de terapia ocupacional y enfermería).

A través de la evaluación se determina si la persona puede ingresar o no a la residencia. Dentro de los criterios de exclusión están: personas menores de 60 años y personas que, debido a su alto nivel de dependencia, requieran de una asistente exclusiva. Asimismo, la evaluación de ingreso permite pesquisar necesidades de asistencia en AVD básicas y, específicamente, en el área de Terapia Ocupacional, permite determinar nivel cognitivo, motor y social para luego derivar a talleres pertinentes.

En cuanto a los métodos de evaluación, por normativa, los ELEAM deben utilizar como instrumento de evaluación el Índice de Katz para evaluar funcionalidad. Sin embargo, este instrumento tiene un pobre nivel de especificidad, determinando sólo dos indicadores; independiente-dependiente, lo que en la práctica no es aplicable ya que existe una importante gama de estados entre independencia y dependencia de una persona. Debido a esto, en la residencia se aplica además un sistema diseñado con los aportes del Equipo de Salud, que evalúa el nivel de asistencia requerido por la persona, dividido en supervisión (observación) o asistencia (de contacto), en cada una de las AVD básicas, lo que deriva en un plan de asistencia específico relacionado con un costo mensual (a mayor necesidad de asistencia, mayor costo). El sistema incluye la evaluación de conducta y estado emocional, especificando la existencia de síntomas conductuales y si son de fácil o difícil manejo socio-ambiental.

En caso de existir un ingreso, el equipo determina en qué plan de asistencia ingresa:

- Plan A: Independencia total en AVD básicas.
- Plan B: Semi-dependencia en AVD básicas (requiere recordatorios y supervisión en algunas AVD). Por lo general, ingresan a este plan personas que presentan DCL.
- Plan C: Dependencia parcial en AVD básicas (requiere asistencia de contacto en algunas AVD). Por lo general, ingresan a este plan personas con demencia leve-moderada.
- Plan D: Dependencia total en AVD básicas. Por lo general, ingresan a este plan personas con demencia avanzada.

b. Proceso de Inducción y Adaptación

Una vez que el nuevo residente ingresa y en base a los antecedentes pesquisados en la evaluación, el Terapeuta Ocupacional selecciona los talleres adecuados según intereses, roles, nivel cognitivo, motor, comunicación/interacción, conductual y emocional.

Al segundo día de su ingreso se registra esta información en una carpeta que se mantiene en la estación de asistencia del piso correspondiente y se visita al residente explicándole su rol en la institución y las actividades a las que puede asistir. La carpeta es revisada de forma diaria por las asistentes de piso, quienes son responsables de avisar y, en muchos casos, motivar a los residentes sobre talleres y actividades. Esto es fundamental en caso de residentes que presentan DCL o demencias. Si no se logra la adherencia a talleres en los primeros meses interviene el terapeuta ocupacional, quien entrevista a la persona para indagar en las posibles causas.

En las primeras semanas de ingreso se evalúa la participación del nuevo residente en talleres y actividades recreativas. Se determina si el nivel de talleres es correcto según sus habilidades y si logra socializar con otros residentes de forma adecuada. Además existe una estrecha comunicación con apoderados, quienes muchas veces están estresados y temerosos por institucionalizar a su familiar, por lo que requieren de orientación y contención por parte del equipo.

c. Proceso de Seguimiento

Se realiza una re-evaluación luego del tercer mes de ingreso del residente y se envía un informe redactado por el Terapeuta Ocupacional a los apoderados. Este informe describe cómo ha sido el proceso de adaptación de la persona desde su ingreso, incluyendo habilidades cognitivas, conducta, asistencia diaria, ciclo sueño-vigilia, nivel de participación y socialización.

Paralelamente, tanto asistentes como otros miembros del equipo, realizan un seguimiento diario de cada residente, efectuando un registro de situaciones de salud relevantes que ocurran. Este registro se divide en categorías (estable, leve, moderado, urgente), lo que determina el tiempo de reacción que debe tener el equipo. Se realiza un seguimiento semanal de casos en reunión multidisciplinaria.

En casos de demencias con síntomas conductuales, el terapeuta ocupacional aplica la pauta conductual y determina estrategias socio-ambientales a aplicar.

La observación del desempeño del residente en los distintos talleres y el nivel de participación en ellos, constituye un potente indicador del estado de salud de la persona. A través de éste es posible determinar si existe aumento de deterioro, aparición de síntomas conductuales y de trastornos anímicos, desmotivación, cuadro agudo y/o disminución de funcionalidad. Cuando un residente reduce su asistencia a talleres de forma abrupta, el Terapeuta Ocupacional lo expone como caso en la reunión de equipo en donde se determinan posibles causas y estrategias a seguir.

Toda la información recabada es enviada por el médico de la residencia al médico tratante, quien en muchas ocasiones debe optimizar medicamentos, lo que en la mayoría de los casos, en conjunto con las estrategias socio-ambientales aplicadas, mejoran notablemente los síntomas conductuales y, con ello, la calidad de vida del residente.

Estudio de Caso

La Sra. Loreto (nombre ficticio) presenta una demencia moderada con síntomas conductuales de fácil manejo. Siempre fue una mujer tranquila, dueña de casa, madre de 6 hijos, muy tímida e introvertida. Le gustan las manualidades, la música, el cine, la actividad física, el baile entretenido, conversar con otros, leer noticias, las flores y el jardín. Cuando joven cocía y diseñaba vestidos. El motivo de ingreso a la residencia se debe a que vivía en su casa con cuidadora diurna y nocturna, pero existían muchas barreras arquitectónicas y, además, se encontraba muy sola y sin ningún tipo de estimulación.

Ingresa a la residencia en marzo de 2014, decisión determinada por sus hijos debido a que no presenta juicio conservado. Al momento de la evaluación, sus hijos se muestran muy complicados y dudosos por la situación, en parte por institucionalizar a su madre y en parte porque todavía no aceptan el deterioro cognitivo que ha tenido en los últimos años.

Debido a esto, retrasan su ingreso varios meses. Una vez que ingresa se activan todos los protocolos establecidos en la residencia. Las primeras semanas la Sra. Loreto se encuentra muy desorientada, ansiosa y angustiada. Aparecen síntomas conductuales, por lo que el Terapeuta Ocupacional aplica una pauta conductual. Luego de su análisis determina que son síntomas de fácil manejo: deambulación, discurso repetitivo, guarda su ropa en bolsas todas las noches refiriendo que debe volver a su casa, se molesta en las tardes porque quiere acostarse temprano pero no la dejan porque debe bajar a cenar más tarde, quiere ponerse la misma ropa todo los días. El terapeuta ocupacional orienta al personal y al equipo en cuanto a estrategias de manejo socio-ambiental y hace énfasis en su posible exacerbación producto del incipiente proceso de adaptación por el que está atravesando.

Las primeras semanas rechaza ir a los talleres, se muestra temerosa y ansiosa. Refiere que no puede asistir ya que “tiene cosas que hacer” o “debe ir a visitar a..”. Para revertir esta situación, el Terapeuta Ocupacional realiza encuentros con ella antes de cada taller, para estrechar el vínculo y persuadir a la residente para que participe de la actividad. Paralelamente, enfatiza la importancia de motivar y recordar los talleres al personal que la asiste.

A fin del primer mes de ingreso, gracias al apoyo del área de asistencia, comienza a asistir a los talleres y se observa más orientada en espacios comunes. En un principio se muestra tímida en el taller de gimnasia mental, su participación es escasa y sus habilidades sociales pobres, aparentando tener mayor deterioro que el determinado en la evaluación. En los talleres el Terapeuta Ocupacional centra su atención en la Sra. Loreto, procurando presentarla al grupo en reiteradas ocasiones y otorgando refuerzos positivos cada vez que participa, sin importar si sus respuestas son correctas o incorrectas.

Con el tiempo obtiene mayor confianza, logrando realizar el 70% de los ejercicios propuestos en el taller correspondiente a nivel medio. Cada vez que realiza un ejercicio se observa contenta y orgullosa de sus respuestas, lo que la valida a nivel de grupo. Tanto en el taller de gimnasia mental como en otros talleres se observa más comunicativa con otros residentes, riéndose incluso de situaciones que ocurren en el grupo (algún comentario cómico relatado por otro residente o una respuesta de alguno de los participantes que causa risas a todo el grupo).

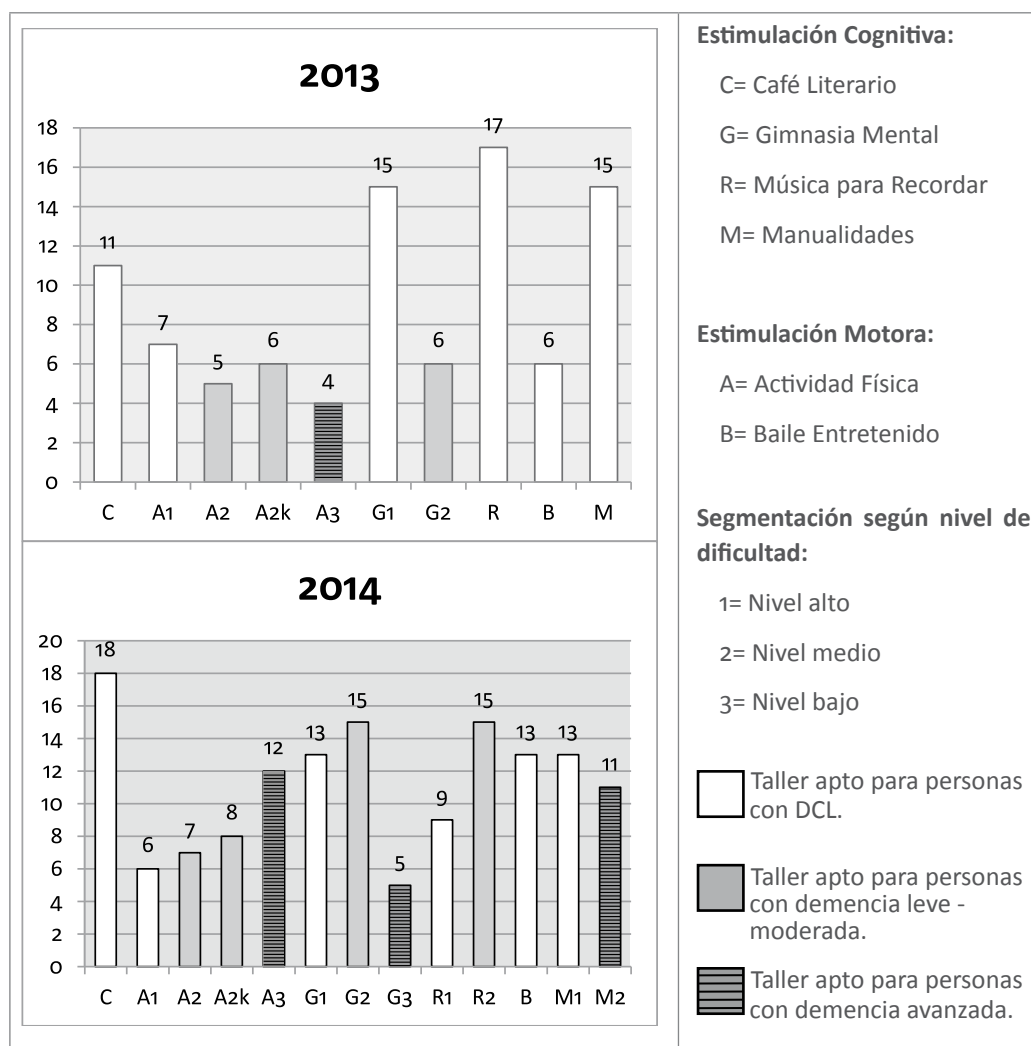
Al tercer mes de ingreso, algunos de los síntomas conductuales disminuyen y otros desaparecen. Luego del informe de terapia ocupacional enviado, los apoderados refieren sentirse muy contentos por la decisión tomada ya que ven que su madre está en excelentes condiciones, mucho mejor de lo que estaba en su casa, en especial porque se encuentra estimulada y acompañada. Además refieren que ha aumentado de peso.

En la actualidad la Sra. Loreto se ha adaptado a todas las rutinas de la residencia, al personal y a los residentes. Persisten sólo algunos síntomas conductuales que son de fácil manejo. Participa de forma frecuente en talleres y actividades recreativas adecuadas a sus necesidades.

Resultados e Impacto del Programa de Terapia Ocupacional

Luego de la implementación del Programa de Terapia Ocupacional, en el mes de abril del año 2014 se observa un aumento de la oferta de talleres en donde se imparten actividades adaptadas para personas con demencias leves, moderadas y avanzadas en comparación con en el año 2013, lo que se traduce en un aumento de oportunidades de participación para esta población objetivo.

Gráfico 1. Promedio de residentes que asisten a cada taller en el mes.

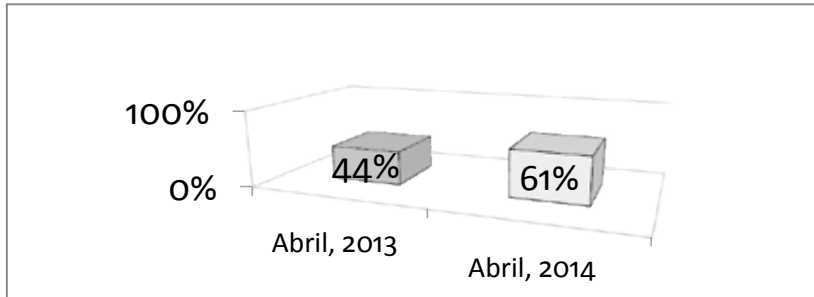


Debido a esta estrategia se observa un aumento del 20% en el nivel de participación de personas con DCL y demencias.⁵

⁵ Nivel de participación definido como: "Aquellos residentes que participan al menos de un taller semanal, de forma frecuente".

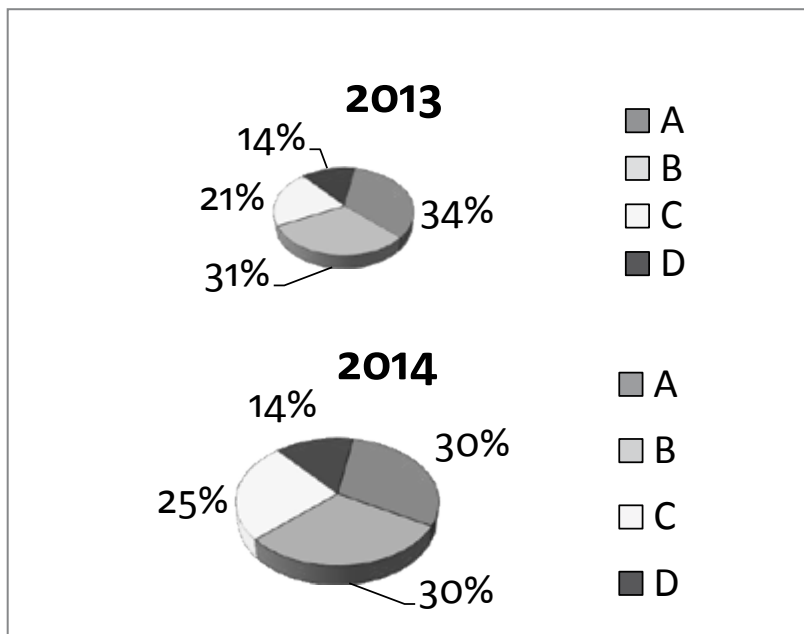
Gráfico 2. Distribución de participación de personas que presentan DCL o demencia

Nivel de Participación de personas que presentan DCL o Demencia



Complementando lo anterior, se observa un aumento en la participación de residentes plan B (correlacionado con personas con DCL que requieren asistencia en recordatorios y supervisión de AVD básicas) y C (correlacionado con personas que presentan demencia leve-moderada que requieren asistencia en AVD básicas), de un 52% en el 2013 con respecto a un 55% en el 2014.

Gráfico 3. Participación en talleres según plan de asistencia por año



La segmentación de los talleres ha permitido aumentar las oportunidades de participación, en especial de residentes con demencias leves, moderadas y avanzadas.

Al constituir grupos con habilidades similares, los objetivos de cada taller se cumplen de mejor forma y los residentes se sienten validados. Un ejemplo de esto es que en el taller de gimnasia mental medio todos los participantes reconocen sin temor que tienen dificultades de memoria y orientación, ya que ven que sus compañeros también los tienen y no se sienten frustrados ni avergonzados.

La metodología participativa y dinámica de los talleres ha tenido un impacto positivo en la motivación y adherencia de los residentes con DCL y demencias. La mayoría refiere disfrutar de las actividades y refiere querer volver. Esto se ha medido en términos cualitativos y, de forma informal, a través de la recepción de comentarios realizados por los mismos residentes tales como: "...¿cuándo volveremos a tener clases?...", "...me encanta este taller porque se me pasa el tiempo volando...", "...¿qué taller me toca hoy?...", y apoderados: "...la residencia tiene vida...", comentarios que grafican la significancia que han adquirido los talleres y actividades recreativas para los participantes y familiares, en muchos casos otorgándoles un sentido incluso para levantarse por las mañanas.

Se observa, además, que residentes que hace un año no participaban en ninguna actividad han comenzado a hacerlo, mejorando su estado anímico (se observa disminución en retraimiento social, labilidad emocional y aumento en motivación e iniciativa por involucrarse en actividades). Dentro de los factores de motivación más poderosos que se han identificado, se encuentra la validación de talleres a través de los mismos residentes, siendo ellos quienes comentan o invitan a sus compañeros a participar. Cuando la recomendación viene de un par adquiere mayor significancia para la persona, aumentando la adherencia.

Los talleres de gimnasia mental, actividad física y manualidades han tenido un rol protagónico en cuanto a mantener e incluso mejorar habilidades cognitivas y en disminuir síntomas conductuales (disminución de reportes diarios, percepción de residentes, asistentes y apoderados). Se observa una mejoría en las respuestas de residentes en Terapia de Orientación a la Realidad realizada dos veces por semana. Asimismo, se observa aumento en la desorientación temporo-espacial cuando no se han realizado estos talleres producto de días festivos o cuando los residentes no asisten por diversas razones.

Un fenómeno interesante que se ha dado en el último año es que tanto residentes autovalentes como residentes con DCL o demencias, se reúnen de forma espontánea por las tardes a jugar dominó y/o cartas. En parte, esto se produce debido a los vínculos generados en los talleres y en instancias de sociabilización informales. Este constituye el resultado de uno de los objetivos principales del Programa de Terapia Ocupacional: "Mantener habilidades de comunicación/interacción", mejorando a su vez el estado anímico y el autoestima de los residentes.

Al incorporar nuevos talleres y actividades recreativas que abarcan distintas áreas e intereses, han aumentado las opciones de participación de los residentes, por lo que ha elevado el nivel participación global. Es así como residentes que no se sentían motivados por la actividad física o gimnasia mental, comenzaron a participar cuando se incorporó baile entretenido a la programación. Asimismo residentes que no les gustaba participar en talleres, se sintieron motivados con el Campeonato de Rayuela, con el Bingo, con el taller Rezar Cantando o con otras actividades recreativas.

En cuanto a los síntomas conductuales en personas con demencia, se observa que, en la mayoría de los casos, la oportuna identificación de gatillantes a través de la pauta conductual e implementación de estrategias socio-ambientales, junto con la optimización de fármacos por parte del médico tratante, ha ayudado a disminuir los síntomas conductuales y mejorar el manejo por parte del equipo, optimizando a su vez la calidad de vida de los residentes y familiares. Asimismo, en el último año se observa una mejoría en cuanto al conocimiento del proceso y de la identificación de síntomas conductuales por parte del personal, disminuyendo los prejuicios en torno a ellos y la sobrecarga del cuidador.

Reflexiones y Desafíos para la Terapia Ocupacional

Una de las razones del éxito del Programa de Terapia Ocupacional ha sido la concientización de los distintos estamentos de la institución y de los apoderados/familiares en cuanto a la importancia de los talleres y actividades recreativas.

Se ha dejado atrás la visión del Terapeuta Ocupacional que realiza “actividades entrenadas” (que pueden ser realizadas por cualquier monitor o profesor), versus la visión del profesional que sistematiza, evalúa y alinea todas las actividades impartidas en la residencia en base a objetivos claves que apuntan a mejorar la calidad de vida de los residentes y de sus familiares, y a preservar su autonomía el máximo tiempo posible.

El análisis de la participación de los residentes en el programa de actividades ha constituido un importante indicador de salud y herramienta para pesquisar y prevenir deterioro, determinando que el Terapeuta Ocupacional tenga un rol preponderante en el equipo. Elemento fundamental ha sido el trabajo en equipo, la comunicación estrecha y retroalimentación con otras áreas, en especial con el personal de asistencia y apoderados.

La capacitación de las distintas áreas ha cobrado un lugar importante para cambiar la visión del personal con respecto a la vejez. Capacitación en cuanto al manejo de demencias, el proceso de envejecimiento, los mitos y estigmas entorno a la vejez, la no segregación e infantilización del adulto mayor, han sido claves para lograr la correcta coordinación e implementación del programa. Este aspecto se ha vuelto un desafío debido a la alta rotación del personal, en especial de asistencia, por lo que se ha hecho necesaria una capacitación continua y persistente.

Dentro de los desafíos para la Terapia Ocupacional, trabajar en una residencia privada implica la existencia de un alto nivel de exigencia por parte de residentes y de sus familiares, ya que al pagar por un servicio exigen lo mejor de éste. Esta exigencia determina que el Departamento de Terapia Ocupacional esté en constante evaluación, poniendo atención a las necesidades que los mismos residentes y familiares expresan.

El enfoque de intervención grupal presupone no poder dedicar mucha atención y tiempo a cada residente de forma individual, en especial en el último periodo en donde han aumentado el número de residentes que participan en talleres. Debido a esto, en la actualidad está protocolizado entregar un informe de Terapia Ocupacional al tercer mes de ingreso del residente, lo que determina una brecha en la retroalimentación entregada al apoderado y el seguimiento del estado de salud. Para el año 2015 existe el desafío de enviar reportes de asistencia a talleres en donde se especifique el porcentaje de asistencia que el residente ha tenido en los últimos tres meses junto con el análisis correspondiente, determinando el nivel de participación que tiene la persona y sus causas. A partir de este reporte se podrán pesquisar necesidades, lo que permitirá implementar estrategias oportunas para motivar a aquellas personas que presentan un bajo nivel de participación.

Por otro lado, el trabajo en una residencia de adultos mayores es dinámico, debido a que con frecuencia ocurren fallecimientos, ingresan nuevos residentes y existen cambios en la funcionalidad producto de enfermedades, episodios agudos o aumento del deterioro en patologías degenerativas. Como el envejecimiento es un proceso progresivo, las necesidades individuales y grupales de los residentes cambian rápidamente, por lo que las distintas áreas deben adecuarse a las nuevas necesidades que van surgiendo. Esto se evidencia con mayor agudeza en el grupo de residentes que presentan DCL y demencias, ya que en algunos casos la progresión de la enfermedad es fulminante.

Actualmente en la residencia existe un alto porcentaje de personas que presentan DCL y demencias, lo que presupone que en el futuro el equipo deberá estar preparado para manejar un mayor volumen de personas mayores que genera gran demanda de atención por parte del personal y familiares, debido a la disminución progresiva de funcionalidad y aparición de síntomas conductuales.

En cuanto a métodos de evaluación específicos, el desafío es diseñar y aplicar instrumentos que permitan valorar los avances antes descritos de forma objetiva e individualizada, validando la eficacia de las intervenciones realizadas desde la Terapia Ocupacional.

Sin duda las condiciones en donde se ha aplicado el programa antes descrito facilitan el cumplimiento de los objetivos planteados, debido a la existencia de recursos tanto materiales como humanos. Sin embargo, el éxito del programa y los consecuentes beneficios observados en los residentes vinculados a él radica en que:

- Existen actividades diseñadas a partir de objetivos y segmentadas según las necesidades de cada persona.
- Está basado en la concientización de todos los actores involucrados, incluidos residentes, en cuanto a la importancia de un envejecimiento activo y a la disminución del estigma y autoestigma relacionados con la vejez, el DCL y la demencia.

- El Terapeuta Ocupacional concibe la participación social como un pilar transversal del plan de intervención y hace clara la distinción entre objetivos de intervención correspondientes a una residencia (mantención y compensación de habilidades) y a una clínica (rehabilitación de habilidades), utilizando modelos de intervención apropiados.

En conclusión, esta experiencia podría ser replicada en residencias para personas mayores de diversos estratos sociales, adaptando los recursos, talleres y actividades al nivel educacional de los residentes y familiares.

La promoción por parte del Estado de contratación de equipos multidisciplinares especializados en geriatría cobra gran importancia para mejorar la percepción negativa que se tiene hoy de la institucionalización, acercando la atención de calidad al nivel terciario no sólo en términos sanitarios, sino que en términos de participación y validación social para personas mayores con DCL y demencias.

En la medida que se logre mejorar la calidad y cantidad de ELEAM, tanto públicos como privados, que contemplen y valoren los beneficios de la participación social e involucramiento de sus usuarios en actividades significativas, los familiares de personas que sufren esta condición contarían con nuevas opciones de apoyo para sobrellevar la multiplicidad de problemas relacionados con esta enfermedad, mejorando la calidad de vida de ambos

Anexo 1

Pauta Conductual			
Nombre:		Hab:	
Llenar Periodo:			
Fecha y Hora	Conducta Observada	Gatillante (¿Qué Situación O Estímulo Produce La Conducta?)	Firma (Asistente A Cargo)

Anexo 2

Entrevista Inicial - Terapia Ocupacional		
Fecha Evaluación:		
Nombre:		
Edad:	Habitación:	Plan de Asistencia:
Dg:		
Nivel Cognitivo: Alto - Medio - Bajo		
Nivel Motor: Alto - Medio - Bajo		
Nivel Comunicación/Interacción: Alto - Medio - Bajo		
Motivo de Ingreso:		
Red de Apoyo Social		
Familia:		Amigos:
Participación en Clubs:		
Profesión/Oficio:		
Percepción Necesidad de Asistencia:		
Necesidad de Asistencia Real:		
Antecedentes de Caídas/Tipo Marcha:		
Ayudas Técnicas/Adaptaciones:		
Estado Emocional/Personalidad:		
Conducta:		
Intereses:		

Referencias

- Acosta, D., Brusco, L.I., Fuentes, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R., Trujillo, Z. & Ventura, R.L. (2011). "La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana". Editorial Médica Panamericana.
- Adimark (2002). "Mapa Socioeconómico de Chile: Nivel socioeconómico de los hogares del país basado en datos del CENSO".
- Alberca, R. (2002). "Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos". Editorial Médica Panamericana.
- Calvo, F., Bernardino (3 y 4 de Octubre, 2013). "La Importancia de Abordar el Estrés del Cuidador Permanente". Seminario Internacional, desarrollo de servicios sociales para personas mayores. PUC y SENAMA.
- Crepeau, E. B., Cohn, E.S., Schell, B.A. Willard & Spackman, Terapia Ocupacional (10ª ed). Editorial Médica Panamericana.
- Corporación Alzheimer Chile, Alzheimer IberoAmérica, y Alzheimer's Disease International (Octubre, 2012). "VI Congreso Iberoamericano de Alzheimer".
- Fernández-Ballesteros, R. Moya Fresneda, R. Iñiguez Martínez, J. Dolores & Zamarrón, M (1999). "¿Qué es la psicología de la vejez?". Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Gajardo, J. (5 de Mayo del 2014). Charla "Estigma en Adultos Mayores con Demencia: de la Teoría a la Política Pública". Seminario "Estigma hacia la enfermedad mental: un desafío para la Salud Pública", Escuela Salud Pública Universidad de Chile.
- Glitin, L. (2015). "Support the Person with Dementia: The Role of Meaningful Activities". Course: "Living with Dementia: Impact on individuals, Caregiver, Communities and Societies", John Hopkins University.
- Glitin, L. & Hodgson, N. (2015). "Continuum of Needs of Persons with Dementia and Potential Interventions Across the Disease Trajectory". Course: "Living with Dementia: Impact on individuals, Caregiver, Communities and Societies", John Hopkins University.
- Glitin, L., Kales, H. & Lyketsos, C. (2012). "Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview". *JAMA*, 308(19), 2020-2029. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711645/>.
- Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional en Geriatría de la Comisión para el Desarrollo de la T.O. (2005). "Marco de Trabajo Para la Práctica de Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso".
- Gómez, S. (2009). "Marco de Trabajo: Dominio y Proceso. (2nda ed)[s.n].

- Ibarra, A. Meneses, E. & Rojo, M. (2013). "Efectos del ejercicio multimodal en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado: revisión bibliográfica. Escuela de Kinesiología, Universidad de las Américas.
- López, B. (2002). "Terapia Ocupacional en Geriatría:15 casos prácticos". Editorial Médica Panamericana.
- Marín, P. P. "Geriatría y Gerontología". Ediciones Universidad Católica.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2001). "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF". IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2002). "Envejecimiento activo: un marco político". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2):74-105.
- Real Academia Española (2012). "Diccionario de la Lengua Española". (22ª ed).
- Research Foundation State University of New York. Functional Independence Measure (FIM).
- SENAMA, Gobierno de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Caja Los Andes. "Chile y sus Mayores, Resultados segunda encuesta nacional calidad de vida en la vejez 2010".
- Slachevsky, A. & Oyarzo, F. (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina.
- Yang, L. (5 de Mayo del 2014). Charla "Avances en la Evaluación Cultural del Estigma para Promover la Salud Mental Global". Seminario "Estigma hacia la enfermedad mental: un desafío para la Salud Pública", Escuela Salud Pública Universidad de Chile.

Adultos Mayores Acompañando a Otros Adultos Mayores con Demencia Tipo Alzheimer

Una Experiencia Comunitaria desde la Terapia Ocupacional

“Hay grandes hombres que hacen a todos los demás sentirse pequeños, pero la verdadera grandeza consiste en hacer que todos se sientan grandes”

Charles Dickens (1812-1870)



Natalia Pérez Núñez

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Playa Ancha. Diplomada en Gerontología Comunitaria Universidad de Santiago de Chile, Diplomada en Atención Gerontológica Pontificia Universidad Católica de Chile, Diplomada en Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Adulto Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se ha desempeñado como Terapeuta Ocupacional y encargada de centros diurnos y comunitarios para el adulto mayor y actualmente como asesora técnica del área Adulto Mayor de la Fundación Cerro Navia Joven.

natalia.perez.n@gmail.com

Resumen

El envejecimiento de la población es un hecho ineludible. Para el año 2050 se espera que la población mundial mayor de 65 años se triplique respecto de la actualidad y Chile no está ajeno a esta realidad.

La salud, el bienestar y la inclusión social de las personas mayores es un tema que merece especial atención ya que constituye hoy en día un importante desafío debido al aumento de esta población. Es así como existen diferentes instancias de promoción para el envejecimiento activo, rescatando el potencial de las personas mayores. Una de estas experiencias corresponde al Área Adulto Mayor de Fundación Cerro Navia Joven que, a través de sus programas con un enfoque comunitario, cumple estos objetivos, en donde la persona mayor es el centro.

El objetivo de este artículo es dar a conocer una de sus experiencias comunitarias, la que se caracteriza por ser personas mayores voluntarios/as de la comuna, quienes realizan visitas domiciliarias a sus pares en situación de alta dependencia que, en algunos casos, presentan demencia tipo Alzheimer, brindando no sólo apoyo a la persona mayor, sino que también a su cuidador/a informal y logrando, a través de la Terapia Ocupacional, la facilitación de espacios válidos de participación para las personas mayores que permiten contribuir en el desarrollo y bienestar de su comunidad.

Palabras claves: *Cuidador/a informal, demencia tipo Alzheimer, visita domiciliaria, terapia ocupacional, voluntariado*

Abstract

The aging population is an inexorable fact. By the year 2050 it is expected that the people of the world over 65 years old will triple the present numbers, and Chile is no far from this reality.

Health, welfare and social inclusion of older people are issues that deserve special attention as it is today a major challenge due to the increase in this social group. Thus, as there are different ways of promotion for active aging, recovering the potential of older people. One of these experiences, it is the Senior Area of Youth Cerro Navia Foundation, which through its programs with a community focus, achieves these objectives, in which the older person is the center.

The aim of this paper is to present one of their community experiences, which is characterized by elderly volunteers of the county who conduct home visits to their peers in a situation of high dependency, which in some cases have dementia-Alzheimer's type, providing not only support to the older person, but also to the informal caregiver, achieving, through occupational therapy, the facilitation of valid spaces for the participation of older people that can contribute to the development and welfare of their community .

Key words: *Informal caregiver, dementia-Alzheimer's type, home visit, occupational therapy, volunteering.*

Introducción

En el presente trabajo se abordará una experiencia comunitaria de Terapia Ocupacional en el ámbito del trabajo con personas mayores con demencia tipo Alzheimer, bajo la mirada de un enfoque de derechos, en donde la persona es el centro.

El Terapeuta Ocupacional resulta ser un facilitador de este proceso, donde la estrategia es la visita domiciliaria, la cual se realiza con un equipo interdisciplinario, en donde el protagonismo está puesto en una persona mayor, que es de la comunidad y que es voluntario/a. Pero, ¿de dónde surge esta iniciativa en la que personas mayores son quienes visiten a otras personas mayores en situación de alta dependencia?

Para entender esta experiencia, debemos contextualizarnos primero en el aumento significativo de personas mayores en el país, donde la Encuesta CASEN 2014 revela que representan el 15% de la población total de Chile, es decir, 2.687.637, mientras que la proyección INE-CELADE asegura que para el 2020 esta cifra aumentará a 3.264.841.

Otro dato relevante es que para el 2025 se espera que la población sobre 60 años llegue al 20%, superando en porcentaje a la población menor de 15 años. Comunas como la de Cerro Navia incrementarán en proporción estas cifras. A partir de los datos obtenidos del Censo 2012, se estima que en esta comuna la población mayor de 60 años corresponde a 20.546 personas, es decir, el 16% del total (INE, 2012).

Es en Cerro Navia donde, en 1993, nace la Fundación Cerro Navia Joven desde las Comunidades Eclesiales de Base de la zona norponiente de Santiago, con el objetivo de dar respuesta a las múltiples necesidades de niños, jóvenes, adultos y personas mayores del sector. En la actualidad, en la Fundación Cerro Navia Joven trabajan profesionales, educadores comunitarios y voluntarios que se distribuyen en cuatro áreas: educación, discapacidad intelectual, jóvenes y adulto mayor.

El área adulto mayor cuenta con tres programas comunitarios, siendo uno de ellos el programa “Adulto Mayor con Alta Dependencia”, en el cual personas mayores de la comuna realizan visitas domiciliarias a otras personas mayores con alta dependencia y algunas de ellas con Demencia tipo Alzheimer (DTA), para así acompañarlos de manera voluntaria, en forma individual y familiar en su proceso de envejecimiento.

Actualmente participan en este programa 150 personas mayores con alta dependencia, en donde un 21,3% tiene dependencia total, un 18% dependencia grave, un 47,3% dependencia moderada y un 8,7% demencia, entre ellas DTA con mayor prevalencia. Es por esta razón que este artículo estará abocado a dar a conocer la experiencia de trabajar con personas mayores con DTA y sus cuidadores/as informales, en sus domicilios y como el Terapeuta Ocupacional, en el contexto comunitario, es un educador más, en donde no sólo es un organizador sociocomunitario, sino un constructor de redes sociales terapéuticas, un facilitador de los procesos, un gestor comunitario.

Al trabajar en domicilio, no sólo se considera a la persona mayor con DTA, sino a su cuidador/a informal que en nuestra experiencia, en la mayoría de los casos, son personas mayores y mujeres, como también lo expresa la literatura actual. Pero, ¿cómo afecta la demencia a la salud del cuidador/a informal?

Se sabe que la demanda por atención domiciliaria para personas mayores dependientes es una problemática que preocupa cada vez más a los especialistas, especialmente frente al aumento del envejecimiento. Es por esta razón que esta iniciativa del Programa de Alta Dependencia de la Fundación Cerro Navia Joven ha funcionado como modelo para un Proyecto Piloto de Cuidados Domiciliarios que, desde 2014, implementa el Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA) en la Región Metropolitana dentro de la Política de Envejecimiento Activo.

Esta nueva política, basada en los derechos de las personas, indica que estamos ante un cambio en la demanda asistencial y que el cuidado domiciliar de las personas mayores es una necesidad sentida por la comunidad, por lo que uno de sus objetivos es mantener a la persona en su domicilio y en las mejores condiciones posibles.

La atención domiciliaria integra elementos que son producto del cambio en el paradigma filosófico surgido en la Atención Primaria: la Promoción y Prevención en Salud, la educación, la familia como pilar básico en el proceso de salud-enfermedad y la accesibilidad, entre otros (Guía de Operaciones SENAMA, 2014).

Metodología de la Propuesta

La metodología de esta experiencia es de intervención comunitaria donde el protagonismo está puesto en la persona mayor voluntaria/o, que es capacitada/o, reconociendo su experiencia, con acompañamiento constante de parte del equipo y, por ende, del Terapeuta Ocupacional.

En nuestro programa participan 58 voluntarias/os activas/os, todas ellas/os personas mayores de la comuna de Cerro Navia, divididas/os en cinco grupos de voluntariado distribuidos en distintos puntos de la comuna, abarcando diferentes poblaciones.

Los voluntarios reciben capacitación constante y formal, en bases a los principios de la Educación Popular de Paulo Freire, la cual asume que su tarea es contribuir a que los sectores populares se construyan, se fortalezcan y reconozcan su capacidad de protagonismo histórico, de manera que las comunidades pobres y excluidas se conviertan en sujetos de su propia emancipación.

Los fundamentos teóricos de Freire apuntan a la necesidad de devolver la palabra a los oprimidos por la vía de una educación para la liberación centrada en el educando. Por ello para nuestro Programa *todos somos educadores*, donde el punto de partida para el aprendizaje es la experiencia de las personas, grupos y comunidades; los contenidos de la capacitación nacen de las necesidades e intereses de los directamente afectados por alguna condición. Esta metodología está orientada a lograr que las personas mayores sean actores responsables y activos en abordar sus problemas y construir una sociedad que considere sus necesidades, esta es una de nuestras premisas dentro de los distintos procesos de la experiencia desarrollada.

En las visitas domiciliarias, las personas mayores voluntarias van en duplas y son acompañadas/os por un integrante del equipo de profesionales, entre ellos el Terapeuta Ocupacional, apoyando su participación ocupacional a través de la facilitación de actividades de la vida diaria (AVD), actividades de estimulación cognitiva, motora, escucha y contención emocional, intentando brindar un respiro a los/as cuidadores/as informales.

Formación de Voluntarias/os en el Contexto Domiciliario: Bajo el Alero de la Educación Popular

El proceso de formación de voluntarias/os comienza con la base de respetar y considerar la experiencia de cada persona mayor, como un ser único, con historicidad, con sus propias prácticas y con este potencial propio, enriquecido de manera continua con la capacitación constante de parte del equipo.

Como parte de la primera etapa, se debe captar a personas mayores voluntarias de la comunidad, que quieran o que les motive ser voluntarias/os; este es un proceso complejo y constante, basado en las etapas definidas en la literatura sobre el Trabajo Comunitario.

Para convocar, se realiza la difusión en distintos espacios de la comuna; se visitan las ferias libres, parroquias de los diferentes sectores, comunidades de base, clubes de adulto mayor, juntas de vecinos, redes locales como Centros de Salud Familiar CESFAM, Centros Comunitarios de Rehabilitación CCR, Centros Comunitarios de Orientación Familiar CECOF, Ferias de servicios, entre otras instancias comunitarias, invitando y motivando a ser parte de esta experiencia.

Dentro de la capacitación, creemos que las personas mayores ya cuentan con un capital social riquísimo, que debe ser potenciando y aprovechado desde su experiencia. Sin embargo, también consideramos que la capacitación y educación debe ser constante, y enriquecida mutuamente, por lo que dentro del Programa se elaboraron, en conjunto con las personas mayores voluntarias/os, diez módulos de trabajo, diseñados y trabajados durante el año, sustentando en tres principios: *mantener la autonomía, respetar la dignidad y otorgar atención personalizada a la persona mayor.*

Módulo I

1. Integrar al cuidado los principios de autonomía, dignidad y cuidados especializados.
2. Principios bioéticos.
3. Reglas de oro.
4. Protocolo de visitas.
5. Decálogo del Buen Trato.

Módulo II

1. Promover Calidad de Vida y Estilos de Vida Saludable.
2. Alimentación saludable.
3. Actividad física.
4. Socialización e importancia de la participación.
5. Decálogo de envejecimiento saludable.
6. Autocuidado

Módulo III

1. Conocer las características del envejecimiento y las enfermedades más prevalentes en las personas mayores.
2. Envejecimiento
3. Sistemas
4. Cambios emocionales.
5. Problemas psicológicos relacionados con el envejecimiento.

Módulo IV

Conocer los tratamientos farmacológicos en personas mayores.

Módulo V

Conocer los signos vitales, su importancia y medición:

- a. Temperatura
- b. Pulso
- c. Frecuencia respiratoria.
- d. Presión arterial.
- e. Protocolo de urgencias.

Módulo VI

1. Funcionalidad y actividades de la vida diaria.
2. Concepto de funcionalidad.
3. Actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.
4. Concepto de autovalencia v/s dependencia.
5. Concepto de fragilidad en la persona mayor.
6. Síndromes geriátricos más comunes.

Módulo VII

1. Aplicar cuidados de calidad a personas con dependencia.
2. Higiene personal.
3. Prevención de Úlceras por Presión, UPP.
4. Incontinencia

Módulo VIII

1. Conocer la importancia de la estimulación cognitiva y sensorial.
2. Técnicas de estimulación cognitiva.
3. Estimulación sensorial.

Módulo IX

Conocer los comportamientos más comunes de las personas mayores con demencia y sus cuidados.

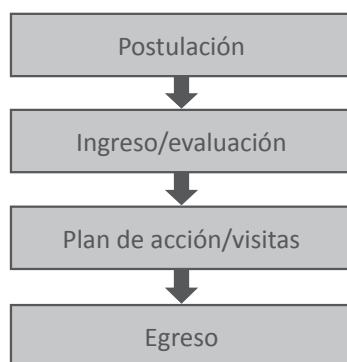
Módulo X

Reconocer y apreciar el trabajo que hace el cuidador y el autocuidado del cuidador para evitar el estrés.

Estos módulos formativos son trabajados en las reuniones de acompañamiento que cada grupo realiza durante la semana y los conocimientos son llevados a la práctica en la visita domiciliaria, por lo que la retroalimentación es fundamental.

Metodología de Ingreso al Programa

La metodología de ingreso de las personas mayores con DTA, la cual consiste en cuatro etapas:



Cabe destacar que en el proceso de postulación, no sólo las redes locales acuden a nosotros para derivarnos personas mayores en situación de alta dependencia y/o Demencia Tipo Alzheimer (DTA) las familias también llegan a buscar ayuda o son las personas mayores voluntarias/os que, al ser parte de la comunidad, conocen la realidad comunal y de sus vecinas/os.

Luego, en la etapa de ingreso/evaluación es el Terapeuta Ocupacional quien realiza la primera visita, en donde es muy difícil elaborar una valoración completa, por lo que se va completando en visitas sucesivas, a medida que se van afianzando las relaciones interpersonales. En esta etapa la información a recabar incluye datos sobre la persona mayor a la que se le presta atención, sobre el cuidador/a informal, grupo familiar, condiciones del domicilio y entorno próximo.

Además se aplica una serie de pruebas estandarizadas, basadas en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para recabar la mayor información posible, completando una ficha de ingreso.

El factor preponderante para que una persona mayor ingrese al programa es la funcionalidad, por lo que debe cumplir, según Índice de Barthel, con dependencia moderada a severa y/o padecer algún tipo de demencia, en este caso las más comunes son las DTA.

Se debe tener en cuenta algunas consideraciones en la evaluación inicial como: Diagnósticos e historia clínica utilizando GDS Reisberg, evaluar la farmacoterapia, la historia ocupacional, las áreas de desempeño ocupacional (AVDb, AVDI, tiempo libre, participación social), las habilidades de desempeño ocupacional (valoración cognitiva, sensorial, emocional, física), los patrones de desempeño ocupacional (rutinas, roles), los contextos de desempeño (físico y social) junto con las preocupaciones y expectativas, así como el impacto del cuidado en el cuidador/a.

Si la persona mayor visitada cumple con los criterios de ingreso, se firma un acuerdo de incorporación al Programa Adulto Mayor con Alta Dependencia y/o a su cuidador/a informal, explicando el formato de visita con énfasis y validación del rol de la persona mayor voluntario/a, apoyado por una técnico en enfermería, un terapeuta ocupacional, un fonoaudiólogo u otro

profesional según se requiera, consensuando los horarios de visita y los objetivos a que apuntará el plan de acción.

Si la persona mayor no cumple con los requisitos de funcionalidad, se deriva a otras instancias, como Programa de Centros Diurnos de la Fundación Cerro Navia Joven u otras redes de la comuna según sea su necesidad. Lo importante, desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, es ser oportuno en las derivaciones, pues en ocasiones las personas mayores no cuentan con los cuidados necesarios y se encuentran en situación de abandono y/o maltrato, por lo que amerita ser eficaz en activar las redes de manera rápida, denunciando si es necesario.

El siguiente paso consiste en informar en la reunión de equipo acerca de la visita realizada a la persona mayor en su domicilio, para así derivar a uno de los cinco grupos de personas mayores voluntarias/os, según la localización.

Es importante señalar que cada grupo de personas mayores voluntarias/os se reúne una vez a la semana, para realizar una retroalimentación acerca de las visitas. Este no es sólo un espacio de autocuidado, contención y aprendizaje mutuo, mediante el enfoque de Educación Popular; es aquí donde se traspasa la información de la persona mayor con DTA que ingresó y que requiere visitas domiciliarias. En conjunto se discutirán los objetivos de trabajo, tomando en cuenta la historia de vida, ocupacional, los intereses y necesidades de cada caso particular.

Como vemos, la estrategia utilizada por el programa son las visitas domiciliarias, las cuales favorecen una acción más eficaz y centrada en la realidad, pues se trata de una oportunidad para conocer la situación concreta desde el ambiente donde viven las personas mayores.

Según Salazar (2008) en el domicilio es donde, a partir de lo que olemos, tocamos, vemos, escuchamos, se puede tener una información más amplia y real de la situación de las familias. Es allí, en la intimidad de su hogar, donde se puede crear un ambiente de confianza que facilite el acompañamiento, pues éste no es fácil de lograr de otra manera.

De acuerdo a Roca y Úbeda, citado en Sánchez (op cit p.195), *“la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas”*, por lo que la visita constituye el instrumento ideal para conocer el medio en el que vive la familia y los elementos que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es el domicilio el lugar donde las personas se alimentan, descansan, ocupan el tiempo de ocio y se relacionan con su núcleo primario.

Entre los objetivos de la visita domiciliaria para el Programa de Alta Dependencia de Fundación Cerro Navia Joven se encuentran:

- Mejorar el estado de salud de la persona mayor en su domicilio.
- Mantener a la persona mayor en su propio medio, proporcionando independencia, autonomía e integración.
- Apoyar al cuidador/a informal en los cuidados diarios y disminuir la sobrecarga.

Son muchas las actividades que se desarrollan durante la visita domiciliaria, dependiendo del contexto de la visita, las necesidades de la persona, el vínculo generado con la persona mayor voluntaria/o. Algunas de ellas son:

- Proporcionar acompañamiento y ayuda en la realización de las Actividades de la Vida Diaria en las que la persona mayor con alta dependencia requiera asistencia.
- Aplicar y educar en técnicas de confort e higiene, como métodos de traslado, cambios de posición de la persona mayor, higiene y baño, vestuario adecuado, entre otras.
- Educar al cuidador informal en técnicas y manejo de administración de alimentos por vía natural; como precauciones al realizar papillas, formas adecuadas de administración oral, entre otras (con apoyo fonoaudiológico).
- Control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca y su correspondiente registro.
- Acciones preventivas de accidentes y educación en primeros auxilios.
- Realización de actividades cognitivas, recreativas y ocupacionales de acuerdo al plan de intervención e intereses de la persona mayor con DTA (comentarios de noticias, sopa de letras, crucigramas, por ejemplo).
- Activar, coordinar y orientar sobre las redes de servicios sociales como centros de salud, juntas de vecinos o clubes de personas mayores.
- Orientar en actividades de autocuidado al cuidador informal como responsabilidad con respecto de su salud, métodos de relajación y actividades de recreación.
- Apoyo espiritual, como acompañamiento espiritual, escucha activa, reflexión, oración, entre otros.
- Apoyo material en algunas ocasiones, pañales, mobiliario, ropa de cama, ayudas técnicas, adaptaciones, etc.
- Actividades recreativas y/o culturales, como lo son paseos y actividades de encuentro entre personas mayores.
- Articulación con otros actores, Centros de Rehabilitación, CESFAM, CECOF, Organizaciones Sociales, etc.

La visita domiciliaria debe realizarse con el acuerdo explícito de las familias; para esto se hace necesario que en la visita inicial se formalice el interés por parte del equipo del Programa en ofrecer esta atención y que la persona mayor y/o su cuidador informal firmen un acuerdo de incorporación. Por lo tanto, no basta realizar una buena planificación de la fecha, hora, y actividades a realizar, sino que hay que asegurarse de que a quién se visite, esté de acuerdo con ser visitado.

Quienes realizan la visita deben revelar, con prudencia, a la persona responsable de tomar decisiones los detalles pertinentes en cuanto a la naturaleza, el propósito del procedimiento, riesgos, beneficios potenciales y cualquier alternativa razonable al tratamiento recomendado y sus consecuencias; el beneficiario debe comprender la información y el consentimiento debe ser voluntario, es decir, sin coacción (Código de ética Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, 1984).

La calidad de la relación profesional y humana que construyan los profesionales, técnicos y voluntarios/as con el cuidador y familia, es una de las herramientas más poderosas al momento de brindar apoyo, lo que es de particular importancia en el caso de los cuidadores/as informales, dado que la relación que se establezca permitirá generar un vínculo que podrá motivar cambios de actitud y conducta hacia el cuidado de la persona mayor y mejoras en el autocuidado. Las relaciones exitosas en las visitas domiciliarias deberán basarse en el respeto mutuo, la confianza, la aceptación, la flexibilidad y la conciencia de las diferencias culturales.

Mediante las visitas domiciliarias, no sólo se brinda apoyo a la persona mayor con DTA, sino también al cuidador informal que, en muchos casos, son personas mayores también y a la persona mayor voluntaria/o. Es por esta razón que hablamos de un triple impacto.

Triple Impacto: Persona Mayor con DTA, Persona Mayor Cuidador/a Informal, Persona Mayor Voluntaria/o

Persona Mayor Voluntaria

Desde la Terapia Ocupacional, el voluntariado se enmarca dentro del área de desempeño del trabajo, entendido como *“todas las actividades productivas remuneradas o no, que proporcionan un servicio o una comodidad que otro necesita o que agrega nuevas habilidades, ideas, conocimiento, objetos o realizaciones a la tradición cultural, y que por tanto mantiene y hace avanzar a la sociedad.”* (Kielhofner, 1998).

Es así como el voluntariado en las personas mayores es una ocupación que se puede utilizar como estrategia de intervención, ya que cumple con los siguientes criterios según Carole J. Simon (et. al 1998); está dirigida a una meta, tiene significado para quien la realiza, requiere de la participación activa del individuo, es un instrumento para la prevención de la disfunción y/o mantenimiento o mejoramiento de la función y calidad de vida, se relaciona con los intereses del sujeto y puede ser adaptable y graduable en cuanto a complejidad y tiempo.

El voluntariado no sólo permite proporcionar un servicio a la comunidad, sino que también promueve la salud mental y física de quien lo desempeña, incluso algunos autores aluden a que puede afectar de manera positiva la longevidad (Harris y Thoresen, 2005; Onyx y Warburton, 2003; Shmorkting, Blumstein y Modan, 2003. Citado por Dávila y Díaz en “Voluntariado y tercera edad”, 2009).

Como señala Eduardo Galeano, «somos lo que hacemos, y sobre todo lo que hacemos para cambiar lo que somos». Esta reflexión puede ser un buen punto de partida para hablar del voluntariado social que realizan las personas mayores en este contexto de trabajo. Una

posible definición del mismo sería: «una actividad consciente, organizada y dirigida, cuya expresa finalidad es actuar sobre el medio social para mantener una situación dada, mejorarla o transformarla, teniendo como objetivo principal ayudar al desfavorecido. Se trata, en efecto, de dirigir hacia una actuación coordinada y responsable el testimonio vivo que supone la actividad de personas como cualquiera de nosotros, que están dispuestas a dedicar unas horas de su tiempo desinteresadamente a quien lo necesita.

Las investigaciones llevadas a cabo en diversas partes del mundo subrayan los efectos positivos que los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad ejercen en la calidad de vida de las personas y, en especial, de las personas mayores. Muchas de estas investigaciones dan cuenta de la importancia de mantenerse activos en la vejez y de los efectos positivos que provoca sobre el bienestar psicológico; se vincula a tener un propósito en la vida y que ésta adquiera significado para uno mismo, asumir desafíos y conseguir metas valiosas.

La participación en un programa de voluntariado genera beneficios a nivel del bienestar psicológico, mediado principalmente por el aumento del capital social (Onyx y Warbuton, 2003 citado en Dávila y Díaz, 2009), es decir, gracias al aumento en el número y calidad de relaciones sociales, a la conformación de lazos afectivos y al apoyo social percibido, los adultos mayores voluntarios salen del aislamiento, mejoran su estado emocional y, *“se distraen de sus propios problemas”* (Midlarsky, 1991 citado en Dávila y Díaz, 2009).

Asimismo, favorece el rol y reconocimiento social. En nuestra sociedad ser productivo y útil es una importante fuente de aprobación social, autoestima e identidad. En este sentido la participación en un voluntariado, considerado como trabajo no remunerado, puede actuar como un factor o una identidad de rol protector en un grupo etario.

El reconocimiento social también se presenta a nivel comunitario, ya que se premia la labor y aporte de los voluntarios cuando los miembros de su comunidad acuden a ellos por sus servicios y conocimientos. De esta forma acrecienta la gratificación emocional, mejora la autoimagen y atenúa ideas de inactividad e inutilidad, además *“aumenta el sentido de significación y valor de la propia vida”* (Midlarsky, 1991; Thoits y Hewitt, 2001 citado en Dávila y Díaz, 2009) e *“incrementa la percepción de autoeficacia y competencia”* (Luhoh y Herzog, 2002; Midlarsky, 1991; Musick y Wilson, 2003 citado en Dávila y Díaz, 2009).

Otro aspecto muy importante es que el voluntariado tiene un espacio de aprendizaje y capacitación permanente, en el que las personas mayores pueden adquirir herramientas necesarias para desempeñarse como facilitadores sociales y sanitarios en el manejo de situaciones individuales, familiares y comunitarias, especialmente en la promoción de la salud de la población mayor. Además, legitima sus conocimientos y experiencias y potencia habilidades personales, sociales, culturales, de comunicación, de integración y de participación comunitaria.

El hecho que quienes visiten a la persona mayor con DTA sean también personas mayores beneficia el desarrollo de un sentido de pertenencia e identidad y favorece la confianza, cercanía y empatía, ya que manejan un trato de paridad y permite una mayor conexión y comprensión de la situación en que viven, compartiendo experiencias pasadas, gustos e intereses.

Cuidador/a Informal

Cuidar a una persona mayor es una tarea compleja, ya que el cuidador debe conocer bien a la persona que cuida, sus características, preferencias y necesidades. Y luego debe realizar las acciones de cuidado, intentando responder a esos requerimientos.

Crespo & López (2007) señalan que cuidar es una labor intensa y constante, en la cual el cuidador organiza su día a día en función de las actividades de cuidado requeridas por su familiar mayor. Es una responsabilidad que muchas veces se prolonga por un largo tiempo, hasta el fallecimiento de la persona mayor.

Zapata y Cols. (2007) definen al cuidador como “la persona que es responsable de atender las necesidades diarias de otra que es incapaz de cuidarse a sí mismo debido a enfermedad o discapacidad”. Ellos son responsables de brindar apoyo físico, emocional y, a menudo, económico. Son descritos como informales por los profesionales, para referirse a los que cuidan de miembros de su familia sin percibir remuneración.

El cuidado informal se caracteriza por ser realizado en su mayoría por mujeres, con nivel de escolaridad diverso, quienes corresponden principalmente a hijas o esposas del receptor de los cuidados. Este cuidado además no es regulado, ni se encuentra sometido a horario ni a remuneración económica (Giraldo y Franco, 2006).

Cabe destacar que el 85,6% de los cuidadores/as de adultos mayores con dependencia en Chile son mujeres, por tanto, es presumible que las hijas cuidan de los padres y las esposas cuidan de los maridos. Es importante destacar que las esposas corresponden también a personas mayores o cercanas a la vejez, razón por la cual asumir el rol de cuidador/a, puede acelerar los deterioros propios del envejecimiento, considerando además que muchas de estas mujeres siguen ejerciendo otros roles domésticos y reproductivos, lo que sumado a su integración cada vez mayor al mercado laboral, supone una altísima carga de trabajo (González y cols. 2009). En nuestra experiencia, la realidad no es diferente. De un total de 96 personas mayores cuidadores, el 68% son mujeres (Memoria Cerro Navia, 2014).

Los cuidadores familiares señalan muchas veces no conocer la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, fatiga física al responder a muchos roles y cansancio emocional, todo lo cual dificulta aún más el cuidado. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse, en algunos momentos, sobrepasados y sometidos. Los riesgos para su salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras por el estigma social y la perspectiva de la pérdida (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005).

Al realizar las visitas domiciliarias, podemos constatar que el beneficio también resulta ser para la persona mayor cuidador/a informal, pues refuerza y valida el cuidado de quien realiza este rol, se le brinda contención emocional, educación, validando su experiencia y su saber.

Desde la mirada de la Terapia Ocupacional, son escasas las iniciativas de este tipo documentadas, destacando las realizadas por Laura Gitlin (Gitlin y otros, 2001, 2005) o por Dooley e Hinojosa (2004), las cuales ofrecen alternativas de intervención para reducir la carga de los cuidadores informales.

El Terapeuta Ocupacional puede orientar a los cuidadores/as sobre conocimientos de las patologías que padece su familiar y la importancia que tienen los distintos niveles de deterioro sobre la conducta de la persona cuidada, también apoya y facilita el fomento de la independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Nuestra experiencia apunta a que el Terapeuta Ocupacional, no sólo debe centrarse en el trabajo con la persona mayor con DTA, sino que junto con la persona mayor voluntaria/o, se brinde respaldo a la persona mayor cuidador/a informal. Estudios de Gitlin y otros (2001) diseñaron una intervención basada en los postulados del Modelo Teórico de la Presión Ambiental de Lawton y Nahemow (1973) con tres objetivos fundamentales: (a) proporcionar educación al cuidador/ informal, (b) entrenar al cuidador/a informal en técnicas de solución de problemas y en habilidades técnicas y (c) realizar modificaciones ambientales simples. A través de esta intervención consiguieron que se redujera el estrés asociado a los comportamientos problemáticos de sus familiares, que mejorara su sensación de bienestar y que disminuyera su percepción de necesidad de ayuda.

Los trabajos de Dooley e Hinojosa (2004), siguiendo los principios de Gitlin y otros (2001), apuntan a una intervención a través de la cual se pretendía intervenir sobre las personas mayores dependientes de tres formas: (a) realizando modificaciones ambientales, (b) entrenando al cuidador/a informal en estrategias dirigidas a fomentar la realización de actividades cotidianas por parte de la persona mayor con DTA y (c) realizando recomendaciones acerca de los recursos comunitarios que podían complementar la asistencia a la persona mayor con DTA. A través de esta intervención obtuvieron resultados positivos sobre la carga del cuidador/a informal y su calidad de vida.

Gitlin y otros (2001, 2005) destacan el papel del Terapeuta Ocupacional como el responsable de introducir al cuidador/a informal en rutinas de resolución de problemas, facilitando la visualización de la importancia del entorno (sobre todo el ambiente domiciliario) ya que es relevante su conocimiento de cara a la valoración de la influencia de éste sobre los comportamientos, pues el hogar es su espacio de vida natural y el contexto en el que se realizan los cuidados durante un tiempo prolongado. Estos autores promueven la realización de estrategias de intervención ambiental que proporcionan beneficios tanto para la persona con DTA como para el cuidador/a informal.

Nuevamente, se recalca la importancia del rol del Terapeuta Ocupacional en contextos comunitarios, en donde la estrategia es la visita domiciliaria por parte de voluntarios adultos mayores. En un estudio de Sanz (et. al 2012) se señala el rol del Terapeuta Ocupacional *“como facilitador de la participación en ocupaciones significativas”* para que, de esta forma, las personas mayores puedan mantener, gracias a un desempeño satisfactorio, su capacidad productiva en labores socialmente valiosas, como lo es el voluntariado.

Persona Mayor con Demencia Tipo Alzheimer

La Demencia es un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y un impacto relevante en la funcionalidad o capacidad de llevar a cabo las actividades diarias que se solía realizar, cuya causa en la vejez es la enfermedad de Alzheimer en un 80% o más de los casos (Gajardo, 2013).

La enfermedad de Alzheimer es la demencia más importante por su frecuencia principalmente. En Chile hay más de 150.000 personas con demencia, de los cuales más del 50% padece enfermedad de Alzheimer (Slachesvski, 2007).

La DTA compromete en su inicio determinadas regiones cerebrales y va progresando de manera característica y predecible, comenzando las primeras manifestaciones con una pérdida de memoria progresiva, en donde la persona empieza a extraviar objetos de manera reiterada, se torna repetitivo, confunde el orden temporal en que se produjeron los eventos, olvida detalles importantes de una conversación reciente, lo que se traduce en que la persona mayor se vea imposibilitada de manera progresiva, de hacerse cargo de sus actividades cotidianas de manera independiente.

Entre los beneficios generales de la visita domiciliaria en personas mayores con DTA se describen los efectos de ésta sobre la capacidad funcional del enfermo, ya que la visita domiciliaria contribuye a otorgarles mayor independencia en áreas relativas al manejo de su tratamiento farmacológico y a los desplazamientos dentro y fuera de su domicilio, cuando éste es posible, favoreciendo su percepción de autocuidado (Vargas-Daza, García-Peña, Reyes-Beaman, 2006).

Los objetivos de intervención de Terapia Ocupacional en personas mayores con DTA en domicilio apuntan a mantener la capacidad funcional persona, promover la participación en actividades que optimicen la salud física y mental y facilitar las actividades de cuidado. (AOTA, 1994).

Tabla 1 : Cuadro resumen de estrategias terapéuticas, según etapa de demencia según GDS Reisberg, T.O. JM Aravena, 2011.

GDS 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento y estimulación cognitiva con énfasis en memoria. • Mantener y promover la independencia en el desempeño de las AVD. • Incentivar y crear espacios de participación social y actividades de tiempo libre. • Educación a familia y cuidador acerca de la enfermedad, sus consecuencias y evolución.
GDS 3,4,5	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación cognitiva cotidiana. • Entrenamiento en AVD. • Adaptación cognitiva y funcional, con énfasis en ayudas cognitivas. • Técnicas y estrategias de manejo de Síntomas Psicológicos y Conductuales de Demencia. • Establecimiento de rutinas del usuario y del cuidador. • Activación y organización de redes sociales (familia).
GDS 6,7	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones ambientales físicas y cognitivas. • Entrega de técnicas y estrategias para el cuidado del usuario, con el fin de disminuir carga del cuidador. • Educación y soporte emocional a la familia y cuidador. • Prevención de consecuencias de dismovilidad.

Otras técnicas usadas en el contexto domiciliario con buenos resultados son las terapias no farmacológicas, las cuales integran toda una serie de técnicas orientadas a estimular o potenciar el sistema cognitivo de la persona. Una de esas técnicas es la estimulación cognitiva que tiene como base científica el concepto de neuroplasticidad o reserva cognitiva, entendida como respuesta del cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y reestablecer o compensar en alguna medida su equilibrio alterado (Geschwind,1985).

Nuestro rol como Terapeuta Ocupacional es poder acompañar y facilitar a la persona mayor voluntario/a en estas técnicas, utilizando diversos materiales y aprovechando el ambiente y entorno, por lo que se adaptan las actividades según los objetivos de trabajo acordados.

En el cuadro siguiente se sintetizan algunos de los recursos más usados en domicilio, en conjunto con la persona mayor voluntaria/o, considerando la historicidad de la persona mayor con DTA, sus ocupaciones anteriores e intereses actuales:

Técnica	Definición/Objetivos	Actividades Posibles
<p>Estimulación Cognitiva</p>	<p>Rehabilitación-estimulación de diferentes áreas cognitivas, no centrándose sólo en aquellas deterioradas sino trabajando también aquellas otras preservadas o relativamente preservadas. (García, 2002)</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar estado de vigilia. • Mejorar capacidad de atención • Aumentar respuestas e iniciativa diaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Baterías de entrenamiento cognitivo. • Lectura y discusión de noticias o programas de televisión. • Uso de software de estimulación cognitiva. • Actividades cognitivas orientadas a la realidad cotidiana (nº personas en la sala, color de los objetos, para que sirve cada utensilio, etc.) • Actividades de tiempo libre y juegos: dominó, rompecabezas, ajedrez, dama, ludo, bingo, lotería, juegos de mesa.
<p>Terapia de Orientación a la Realidad</p>	<p>Técnica/ aproximación de presentación multimodal (verbal, visual, escrita, etc.) para reforzar la información básica de la persona (Folsom,1930)</p> <p>TOR 24 hrs.</p> <p>Orientación informal.</p> <p>Reorientación constante durante la visita (información básica).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero de orientación (reloj, calendario, estación del año, lugar). • Tablero de noticias. • Planificación de celebraciones importantes. • Comentarios de actualidad

Terapia de Validación	“La aceptación de las personas ancianas desorientadas que ahora viven en el pasado ayudándoles a reasumir su vida”. (Feil, 1980)	Principios (Feil, 1993): <ol style="list-style-type: none"> 1. Centrarse en la persona. 2. Utilizar palabras objetivas agradables (quién, cómo, cuándo, qué, dónde). Evitar el “por qué”. 3. Parafrasear discurso de la persona. 4. Pedir a la persona que piense en el ejemplo más extremo de su queja. 5. Imaginar lo opuesto. 6. Recordar el pasado. 7. Mantener contacto visual cercano y genuino. 8. Utilizar ambigüedades como “ellos”, “ella”, “eso” etc. Para responder cuando utiliza palabras que no aparecen en el diccionario o cuando no se le entiende. 9. Utilizar tono de voz claro y afectuoso.
Terapia de Reminiscencia	Una técnica y una actividad de comunicación que se centra en la memoria intacta o los recuerdos del paciente y constituye una forma placentera de debate o charla para cuidadores y usuarios (Butler, 1963).	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografías • Música • Texturas • Baúl de los recuerdos
Estimulación de independencia en vida diaria	Actividad enfocada a promover la ejecución independiente de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (Durante, 2003).	
Entrenamiento de actividades de la vida diaria	Actividades enfocadas a recuperar y mantener la mayor independencia posible en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (Durante, 2003).	

<p>Psicomotricidad</p>	<p>Es la relación entre la función motriz y la capacidad psíquica que enmarca la parte socio-afectiva del usuario que lo lleva a establecer su comportamiento y sentimientos hacia el mundo que lo rodea (Jara, 2007).</p>	<p>Actividades buscan promover la conciencia corporal del usuario a través de movimientos en el espacio y tiempo.</p> <p>Se enfoca en coordinación motora gruesa y fina, praxias, ritmo, secuenciación, entre otros.</p>
<p>Estructuración de rutinas y hábitos</p>	<p>Las rutinas y estructuras fijas de comportamiento facilitan el buen funcionamiento cotidiano en personas afectadas de déficits en la memoria. Los cambios desestructuran y confunden a las personas con deterioro (García, 2002).</p> <p>Crear hábitos favorece el recuerdo porque automatiza ciertas actividades que facilita el recuerdo. Por ejemplo, tener el hábito de mirar la agenda cuando nos levantamos o lavarnos los dientes por la mañana (García, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calendario semanal o mensual con eventos y tareas diarias. • Agenda de mano. • Escribir notas efectivas y lista de tareas pendientes. • Libro de memoria (anotar nombres de familiares y actividades realizadas o que se realizarán). • Estructuración de rutina del cuidador y familia (disponibilidad horaria, delegación de funciones diarias y semanales).
<p>Adaptación física y cognitiva del ambiente</p>	<p>Actividad enfocada a generar diversas adaptaciones en el entorno del usuario, con el fin de aumentar el dominio relativo sobre el ambiente y mejorar su calidad de vida. (Polonio, 2002)</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir demandas cognitivas y funcionales del ambiente. 2. Reducir riesgos. 3. Promover y mantener la independencia del usuario en vida diaria. 4. Optimizar SPCD. 5. Reducir demandas hacia el cuidador. 	<p>Adaptación Funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasamanos a 90 cm del suelo. • Buena iluminación. • Situar el baño cerca de habitación y sala de estar. • Fijar muebles, suprimir lo innecesario. • Suprimir objetos de riesgo (cuchillos, etc). <p>Adaptación Cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir nuevos descubrimientos. • Quitar puertas innecesarias para el usuario. • Poner nombres en las puertas, símbolos y flechas direccionales. • Pintar la habitación de colores suaves. • Poner fotos de familiares con sus nombres en la habitación. • Ubicar los objetos siempre en el mismo lugar.

T.O Natalia Pérez (2014)

Principios Orientadores en el Contexto Comunitario

Los principios orientadores que dan validez y consistencia a nuestra experiencia se centran en la forma de ver al sujeto desde un enfoque de Derechos Humanos. Destaca el Art. 25 de la Declaración Universal de DD.HH. que asegura “el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar” (Organización de Naciones Unidas, 1948). El sentido de bienestar se entenderá como “la sinergia y balance entre necesidades personales, relacionales y colectivas” (Prilleltensky, 2004).

Como elemento central se utiliza el concepto de Justicia Ocupacional proveniente de la Ciencia de la Ocupación, el cual se considerará desde “la yuxtaposición de la ocupación como determinante de salud y calidad de vida (bienestar) y la justicia en cuanto al derecho, responsabilidad y libertades de facilitación de estas necesidades ocupacionales de forma satisfactoria y según las características personales de cada sujeto, entendiéndolo desde la premisa de que los seres humanos serían seres ocupacionales, por lo tanto tienen el derecho a participar de dichas ocupaciones lo cual evidenciaría el ideal de Justicia Ocupacional” (Townsend & Wilcock, 2002).

Se suman además los siguientes principios que fortalecen nuestro quehacer:

Carta de San José

La “Carta de San José” se refiere a los Derechos de los Adultos Mayores de América Latina y el Caribe, enfatizando en:

- Crear y garantizar los servicios sociales necesarios para brindar cuidado a los adultos mayores en consideración de sus necesidades y características específicas, promoviendo su independencia, autonomía y dignidad.
- Desarrollar la atención a domicilio como forma complementaria de la institucionalización, promoviendo que los adultos mayores puedan permanecer en sus propios hogares y mantener su independencia, teniendo en cuenta las posibilidades de los diferentes países.

Principios Bioéticos

Nuestra acción se orienta por los cuatro principios definidos por Beauchamp y Childress en 1974:

1.- Principio de Autonomía

Expresa la capacidad de la persona para tomar decisiones y la aceptación y respeto por parte de quien brinda un servicio de salud, de sus valores, modos de vivir y deseos. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacerse la elección.

2.- Principio de Beneficencia

Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios, considerándose que las intervenciones técnicas profesionales deben buscar hacer el bien en tanto mejora de la calidad de vida.

3.- Principio de no maleficencia

Implica abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana, ya que refiere respeto a la integridad física y/o psicológica de las personas.

4.- Principio de justicia

Este principio enuncia la obligación del profesional de un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza de la persona a ser atendida. Plantea la obligación de tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad.

Atención Centrada en la Persona

El proceso de envejecimiento, al ser particular, debe ser comprendido como tal; cuando una persona requiere atención, ésta debe estar centrada en la persona, lo que implica posicionarla en el centro de la atención, fomentando su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo.

Este tipo de atención busca maximizar los beneficios terapéuticos y promover la máxima independencia y control de la vida posible, todo enmarcado en la atención integral y la calidad de vida de los individuos (Martínez, T., 2011).

Se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: a) el bienestar físico y emocional, b) el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación a la vida cotidiana, c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y de la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, f) el fomento de la inclusión social o g) el respeto a la edad adulta (Martínez, T., 2011, pág. 22).

Revisión de un Plan de Acción en Domicilio

Antecedentes Generales

Nombre adulta mayor: M.M

- Edad actual: 73 años
- Estado civil: Casada
- Reside en comuna de Cerro Navia junto a su esposo
- Ocupación previa: Trabajadora en fábrica de telar
- Cuidador: Esposo
- Ocupación actual: Dueño de casa

Antecedentes, Signos Clínicos y Diagnósticos Médicos

Adulta mayor diagnosticada con DTA de 15 años de evolución. Los síntomas comienzan con pérdida leve de memoria, especialmente de información aprendida de forma reciente y luego se desencadena en una serie de dificultades en el lenguaje escrito y hablado (olvido de palabras, problemas de comprensión y para mantener una conversación), posteriormente surgen problemas en el razonamiento y en la realización de tareas cotidianas. Además se observaron durante un tiempo cambios en el humor y personalidad de M.M, presentando conductas de ansiedad, agitación y de violencia hacia sus familiares (comportamiento inexistente en la actualidad).

La adulta mayor se encuentra, según la escala de deterioro global, en GDS – 7 (déficit cognitivo muy grave); no presenta lenguaje, emite gruñidos, muecas y sonrisas y, en ocasiones, pronuncia palabras perseverantes descontextualizadas, su cuidador refiere que responde a su nombre. Presenta vagabundeo, camina sin sentido por los pasillos y alrededor de las cosas. No presenta contacto ocular, ni sigue instrucciones simples.

Actualmente, el único medicamento que ingiere es amitriptilina.

Descripción del caso

Área de ocupación: En lo que respecta a la evaluación de las AVDB, se aplica índice de Barthel, en donde obtiene 10/100:

- **Alimentación:** Puede comer con las manos alimentos más o menos informales como galletas o frutas, aunque requiere máxima asistencia y supervisión directa; es capaz de utilizar cuchara para comer, sin embargo, su cuidador refiere que realiza esta

actividad sin una calidad adecuada, ensuciando a su alrededor, por lo que prefiere asistirla; ingiere líquidos con bombilla tomando el tazón de forma independiente.

- **Vestuario e Higiene Personal:** Asistida por cuidador, coopera moviendo distintas partes del cuerpo para facilitar la realización de estas actividades. En relación a la actividad de bañarse el cuidador refiere que no presenta dificultades para asistirla; prepara previamente todos los elementos a utilizar y M.M se mantiene tranquila durante el desarrollo, es una actividad que realiza de pie y generalmente ella “ayuda” fregando partes de su cuerpo, lo que permite inferir que de cierta forma está conectada con la actividad.
- **Continencia y uso de WC:** Sin control de esfínteres. Uso diurno y nocturno de pañales. En ocasiones, no usa pañales durante el día y su cuidador la lleva al baño cada 1 o 2 horas, precisando ayuda para acceder al W.C. y utilizarlo.
- **Movilidad:** Independiente para realizar transferencias desde cama o sillón, así como para desplazarse dentro de su domicilio, sin embargo, en general se caracteriza por un vagabundeo sin sentido con una marcha inestable.

Patrones de Desempeño Ocupacional

- **Hábitos:** Presenta malos hábitos alimenticios, su dieta diaria se caracteriza por un alto consumo de azúcares.
- **Rutinas:** Presenta una rutina estructurada por los horarios de alimentación y durante las tardes disfruta, junto a su esposo, de paseos por la comunidad, en silla de rueda propulsada por él. Asimismo, los fines de semana reciben visitas de familiares o van de paseo a parques o fuera de la ciudad.
- **Roles:** sin roles definidos. Los intereses pasados de la adulta mayor se orientaban principalmente a salir con amigas, salir a bailar y escuchar música.

Cuidador Informal

Su esposo se dedica tiempo completo al cuidado, destaca por su preocupación y dedicación a ella en relación a sus horarios de alimentación, actividades de higiene y aseo y actividades recreativas fuera de su hogar. En ocasiones, se observa sobreprotección.

La actividad de cuidar para el cuidador nace de la buena voluntad, del amor y no sólo de la obligación. Es por eso que la actividad se lleva a cabo con diligencia y no es vivenciada como una carga ni un sacrificio. Tras la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit obtiene 35 puntos lo que permite concluir que no percibe la labor que realiza como una sobrecarga. Presenta buenos recursos en relación a su autoorganización, habilidades propias y apoyo familiar.

El tiempo del cuidador a solas es escaso -durante la noche (cuando la adulta mayor duerme)- momento en que disfruta de algún programa televisivo o se sienta en el antejardín a pensar y relajarse.

Actualmente presenta una rutina estructurada y centrada en su esposa, con horarios definidos y variada en actividades. En general, se observa un equilibrio en la realización de sus actividades con su estado emocional y con un sentimiento de bienestar. Sin embargo, cabe preguntarse qué pasará cuando las condiciones cambien, ya sea debido a una caída o a una mayor progresión de la enfermedad, por ejemplo. Si bien esta proyección, actualmente, es un temor para el cuidador se puede visualizar que él buscará nuevas estrategias debido a la alta capacidad de adaptarse que presenta, no obstante, es importante acompañar, apoyar y educar al cuidador en este sentido.

Contexto Domiciliario

El contexto domiciliario se observa estructurado y ordenado, proporcionando un espacio seguro para la deambulación. Presenta adecuada ventilación e iluminación natural y artificial y no presenta alfombras ni obstáculos en los pasillos. Existe un mínimo desnivel al salir al patio. El baño no tiene tina y presenta piso antideslizante. En relación a la descripción anterior es posible afirmar que el contexto no aumenta el riesgo de una caída.

Red de Apoyo Social

La Pareja no presenta vínculos cercanos con amigos ni vecinos, su apoyo familiar proviene de los hijos de la adulta mayor quienes los visitan todas las semanas, aportan con ayuda económica y cuidan de ella cuando su cuidador debe salir. Además son las personas a quien él acudiría en caso de alguna emergencia. En general mantienen una buena relación y una comunicación abierta con ellos.

Modelo de Intervención

Según el Modelo Cognitivo de Allen, se categoriza la situación en el nivel 2: Acciones posturales, lo cual determinará la forma de abordar este caso bajo los conceptos de señales propioceptivas, imitación de algunos movimientos y manejo del entorno físico y social. Además, se considerarán elementos de los *Cuidados Paliativos* para abordar la intervención, específicamente, mediante la **aplicación de medidas de confort, brindando estímulos sensoriales, perceptuales, motrices y cognitivos apropiados** e incorporando al cuidador **para garantizar el bienestar psicológico y social del adulto mayor** y su entorno. Además se centra la atención en prevenir complicaciones como úlceras, caídas, síndrome de inmovilización, entre otros.

Plan de intervención

Objetivos Generales

- Promover el máximo desempeño funcional de la persona mayor.
- Educar al cuidador y favorecer su bienestar.

Objetivos Específicos Persona Mayor:

- Favorecer conexión con su entorno en la realización de actividades.
- Mejorar hábitos de alimentación.
- Prevenir deterioro físico y rigidez articular.
- Prevenir caídas.

Objetivos específicos cuidador:

- Favorecer comunicación e interacción social durante la visita.
- Enseñar y reforzar estrategias y técnicas de abordaje de su familiar, actividades y entorno.

Estrategias de intervención

- Estimulación sensorial para favorecer su conexión con el ambiente.
- Modificación de actividades de la vida diaria básicas de alimentación.
- Terapia de reminiscencia.
- Ejercicios simples y juegos motrices con diversos implementos.
- Consejos a cuidador sobre:
 - No sobreasistir a la persona mayor aprovechando al máximo las capacidades residuales.
 - Planificación anticipada de cómo se enfrentará la necesidad progresiva de asistencia.
 - Ambiente seguro y prevención de accidentes.

- Hacer partícipe a la adulta mayor de conversaciones familiares, así como enunciar los pasos de una determinada tarea, mientras se va desarrollando, como forma de integrarla a la actividad.
- Gestión del tiempo, ya que es una forma de cuidar de sí mismo, principalmente de su salud. Muchas veces ejecutar con eficiencia su labor de cuidar, le deja muy poco tiempo para él. Por lo que es importante dedicar tiempo para su autocuidado, ya sea mediante un periodo de descanso o realización de actividades de tiempo libre que sean satisfactorias y placenteras.
- Ejercicios de relajación con cuidador.
- Qué hacer en caso de emergencia (Plan de acci

Programación las Actividades por Sesión en el Domicilio

Sesión	Actividad	Descripción y Observaciones
1	<p>Primera visita. Mediante observación se evalúa el contexto, conductas, vínculo con cuidador y la intervención de las voluntarias en el caso.</p> <p>Se realiza entrevista al cuidador sobre realización de AVD, rutina, antecedentes médicos, fármacos, intereses, antecedentes de caídas, entre otros.</p>	<p>El cuidador, en general, presenta buena acogida y disposición para responder las inquietudes.</p> <p>Se observa dificultad en la realización de la intervención por parte de las voluntarias debido, principalmente, al requerimiento de un manejo más especializado. Por ello se visualiza la necesidad de entregar información y herramientas a las voluntarias para abordar este tipo de patologías.</p>
2	<p>Se realiza estimulación sensorial mediante distintas texturas (virutilla, saco con alpiste, pelota con textura)</p>	<p>Al presentar el saco con alpiste lo toma con sus manos y comienza a introducirle los dedos, sorprende dicha acción porque generalmente los objetos que se le presentan los lleva a su boca. Demuestra interés en la pelota, la toma y camina con ella por distintas partes de su hogar, se enoja cuando se le pide y sonríe cuando se le devuelve. La virutilla se le ubica en un lugar que habitúa tocar y la rechaza completamente, incluso deja de tocar aquel sector del sillón por unos momentos.</p> <p>Se deja como tarea al cuidador buscar fotos y videos de la vida de la adulta mayor.</p>

3	<p>Se aplica Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y realiza observación del contexto domiciliario con la valoración de un check list.</p> <p>Junto a cuidador se revisa material de fotos y videos.</p>	<p>A la adulta mayor no le hizo sentido los videos y las fotos, sin embargo fue un espacio de recuerdo y conexión con el cuidador quien disfrutó mirar el video acompañado y compartir experiencias y recuerdos, abriendo un espacio rico de conversación y visualizando la necesidad de continuar con estos tiempos donde el cuidador pueda desconectarse y distraerse conversando y disfrutando en compañía con otras personas.</p>
4	<p>Despedida. Se entregan consejos y recomendaciones al cuidador.</p>	<p>Se explica la importancia de fomentar al máximo la funcionalidad de la adulta mayor brindando espacios de realizar actividades, como alimentación, de forma independiente.</p> <p>Importancia de realizar junto a ella ejercicios de movilidad diariamente.</p> <p>Debido a inquietud del cuidador por saber qué hacer cuando la adulta mayor deje de caminar, se entregan algunos consejos para enfrentar un cambio de las condiciones actuales de la mejor manera posible, así como para prevenir rigidez y úlceras por presión.</p>

T.O Natalia Pérez (2013) y T.O Natalia Bustamante (2012).

Recomendaciones

Se recomienda continuar con visitas orientadas a entregar apoyo e información al cuidador. Temas a profundizar son: ejercicios de movilidad de miembro superior e inferior, prevención de úlceras por presión (cambios de posicionamiento) y técnicas o ejercicios de relajación.



Ilustración 1: Persona mayor voluntaria realizando movilización pasiva a persona mayor con DTA en domicilio (fotografía con consentimiento informado).



Ilustración 2: Persona mayor voluntaria, realizando apoyo en AVDB como en lavado de pelo (Fotografía con consentimiento informado).

Acciones para Realizar en Personas Mayores con DTA en Domicilios

Etapa	¿Qué Observo?	¿Qué Puedo Hacer?
Fase inicial	<p>Problemas de memoria para los eventos recientes. Dificultad para aprender cosas nuevas y concentrarse</p> <p>Dificultad para reconocer donde está.</p> <p>Problemas para manejar las finanzas o viajar solo a lugares nuevos.</p> <p>Problemas para relacionarse con otros.</p> <p>Cambio del humor: apatía, indiferencia, pérdida de iniciativa.</p> <p>Lenguaje y habilidades motoras conservadas.</p>	<p>Estimulación cognitiva con énfasis en función de memoria (<i>Baterías de entrenamiento cognitivo, lectura y discusión de noticias o programas de televisión.</i>)</p> <p>Técnicas orientadas a la realidad (<i>panel con calendario, reloj, estación del año, lugar en el que están</i>)</p> <p>Fomentar la independencia en el desempeño de las AVD, participación social y actividades de tiempo libre y juegos (<i>Domino, rompe cabezas, ajedrez, dama, ludo, bingo, lotería, juegos de mesa.</i>)</p> <p>Ejercicios físicos mediante dinámicas.</p>

<p>Fase media</p>	<p>La pérdida de la memoria es más profunda, incapaz de reconocer a los familiares más cercanos. La persona solamente retiene información muy bien aprendida.</p> <p>Desorientación en el tiempo y el lugar, no sabe si es de día o de noche e incluso se pierde dentro de la casa.</p> <p>Poca o ninguna función independiente en la casa, la persona solamente puede hacer tareas simples y tiene muy pocos intereses.</p> <p>Puede presentar ansiedad, alucinaciones o insomnio.</p>	<p>Ejercicios cognitivos orientados a la realidad cotidiana (<i>nº personas en la sala, color de los objetos, para que sirve cada utensilio, etc.</i>).</p> <p>Estimulación sensorial (<i>estímulos auditivos, gustativos, olfativos, táctiles, preguntar: qué le recuerda</i>).</p> <p>Modificaciones ambientales (<i>ayudas cognitivas como poner nombre de los lugares de la casa o a los objetos o poner fotos de familiares con sus nombres en la habitación</i>).</p> <p>Reminiscencia: compartir recuerdos del pasado (<i>fotografías, música, baúl de los recuerdos</i>).</p>
<p>Fase avanzada</p>	<p>La pérdida de la memoria es grave.</p> <p>Problemas para hablar y comunicarse.</p> <p>Presenta incontinencia.</p> <p>Requiere ayuda con todas las tareas de la vida cotidiana y requiere ayuda con el cuidado personal.</p> <p>A menudo pierden las habilidades psicomotrices, por ejemplo la habilidad de caminar.</p> <p>Situación terminal de la enfermedad: postrados en cama.</p> <p>Tendencia a la rigidez en flexión (posición curvada).</p>	<p>Estimulación sensorial (estímulos auditivos, gustativos, olfativos, táctiles).</p> <p>Reminiscencia (fotografías, música, baúl de los recuerdos).</p> <p>Prevenir rigidez e inmovilidad y sus consecuencias (movimientos activos o pasivos. Ejercicios simples con pelotas, música, cintas).</p> <p>Psicoeducación y soporte emocional a la familia y cuidador (educar acerca de la enfermedad, realizar actividades lúdicas y de relajación).</p> <p>Entrega de técnicas y estrategias al cuidador para no generar carga (cómo mover al adulto mayor: Cambios de posición, posturas correctas en postrados, organizar rutinas, dónde puede acudir a pedir ayuda).</p>

Desafíos de Terapia Ocupacional

Distintas investigaciones corroboran la efectividad de intervenir desde la Terapia Ocupacional con personas mayores que presentan demencia en estadios iniciales-moderados para mejorar el nivel de ejecución en tareas cotidianas en sus domicilios (Spijker A, Vernooij-Dassen M, Vasse E, Adang E, Wollersheim H, Grol R, Verhey.

Aunque estas intervenciones se realizan generalmente en el ámbito institucional, la mayoría de personas mayores con DTA en estadio leve-moderado, viven en su domicilio o en

el de algún familiar con la inevitable necesidad de supervisión para las tareas más cotidianas. Dicha supervisión supone para la persona mayor cuidador/a informal un sobre-esfuerzo que le lleva a dejar de lado su vida social, inquietudes, aficiones, menguando su calidad de vida así como la calidad del trato para con la persona con demencia.

Es necesario que el sector salud tome conciencia del grave problema de salud pública que representa la demencia tipo Alzheimer, asimismo, del severo costo socioeconómico que significa para la familia, pues aún cuando la familia sigue siendo un gran apoyo en nuestro medio, su estructura está experimentando cambios drásticos en la medida que la mujer se incorpora al ámbito del trabajo (puesto que ella sigue siendo el pilar en el cuidado). Además las familias extendidas son cada vez menos frecuentes, por lo que las redes de apoyo son más endebles, situaciones que hacen que el cuidado de la persona mayor con DTA sea más difícil. Es evidente que deberán diseñarse programas de capacitación para cuidadores de personas mayores DTA, puesto que éstos son escasos en nuestro medio, por lo que la oferta profesional de cuidadores en domicilio es muy baja.

La atención en el domicilio de la persona mayor con DTA constituye una oportunidad para efectuar una valoración integral de éste; el Terapeuta Ocupacional debe tener la habilidad para extraer el máximo de información posible de la visita domiciliaria. Sin embargo, éste se debe adaptar a las necesidades especiales de la atención domiciliaria, la cual exige características particulares como independencia, flexibilidad, adaptabilidad y creatividad son algunos de los componentes básicos.

Las políticas públicas debieran crear el escenario para mejorar las condiciones en las que se envejece, así como apoyar a las familias como un actor estratégico en el marco de un sistema integrado de cuidados.

Las familias en situación de vulnerabilidad social requieren especial atención, ya que asumen las funciones de cuidado de los mayores desde una situación de desventaja e inequidad. Por ello, los apoyos sociales formales que se destinan a estas familias van en el sentido de la justicia social.

En Chile, si bien ha existido un avance en torno al tema del envejecimiento, se debe señalar que dichos avances están aún enfocados principalmente al ámbito cuantitativo, es decir, al logro del aumento de la esperanza de vida. No obstante, en el ámbito cualitativo es donde deben enfocarse los esfuerzos, con el propósito de lograr que los adultos mayores de hoy y del futuro puedan vivir un envejecimiento satisfactorio y activo.

Los procesos educativos dirigidos a los familiares de cuidadores de personas mayores con DTA debieran ser complementarios a otras medidas de apoyo instrumental, emocional y material. Desde una perspectiva preventiva los procesos de formación respecto a estilos de vida saludable debieran estar presentes a lo largo de la vida de las personas, así como iniciativas que promuevan la inclusión y la valoración sociocultural de las personas mayores.

Otro factor a considerar en estas reflexiones finales es la evaluación de la satisfacción de las personas mayores con DTA y sus cuidadores, ya que ésta se asocia de manera positiva 189-197.



Normas de Publicación de Revista Contexto

Revista ContextTO realiza una invitación anual abierta a terapeutas ocupacionales chilenos y extranjeros a publicar la sistematización de sus prácticas, referidas a temas específicos, a fin de que sea considerada para su publicación.

El Comité Editorial resolverá acerca de su publicación, reservándose el derecho de solicitar modificaciones al autor o de rechazar la publicación. El material enviado no será devuelto.

- I. Los trabajos deben ser inéditos, salvo excepciones calificadas por el Comité Editorial. La responsabilidad por sus contenidos corresponderá al autor.
- II. Serán publicadas únicamente sistematizaciones originadas en el campo de acción de su autor.
- III. Deberá protegerse el anonimato de pacientes/usuarios cuyos casos sean presentados. En cuanto al uso de fotografías que expongan la identidad de las personas involucradas, estas deberán contar con el debido consentimiento informado.
- IV. Los trabajos debe presentarse en formato tamaño carta, con letra Calibrí, tamaño 12, espaciado simple. En total no debe exceder las 40 páginas.
- V. La estructura del trabajo será la siguiente:
 - a. A modo de Título; el nombre del trabajo. Debe informar sobre el contenido central de la publicación. Debe presentarse en castellano e inglés.
 - b. El nombre completo del o la autora, seguido por una breve reseña de su trayectoria profesional y académica (títulos, postgrados, especializaciones, cargos institucionales, etc). Acompañar de correo electrónico. No debe exceder de 7 líneas.
 - c. A continuación se presentará un resumen en castellano e inglés (abstract), de no más de 250 palabras cada uno. Éste deberá describir los propósitos del trabajo, sus principales resultados y conclusiones más relevantes. No debe contener abreviaturas no estandarizadas.
 - d. Cada resumen debe finalizar con tres a cinco palabras clave, en castellano e inglés (key words) respectivamente.
 - e. A continuación se presentará el contexto en el que la experiencia se desarrolla (ubicación geográfica, tipo de población beneficiaria, programas y servicios ofrecidos, tipo y carácter de la institución, su misión y valores, datos estadísticos relevantes, etc).
 - f. Se seguirá con un acápite que detalla el programa o acción de Terapia Ocupacional que se presenta, que deberá contener -como mínimo- los contenidos siguientes:

- Fundamentos del programa o acción; marco conceptual que orienta la práctica de TO.
 - Métodos, instrumentos y procedimientos de evaluación utilizados (idealmente presentar los instrumentos en extenso, respetando autorías).
 - Objetivos del programa o acción.
 - Descripción de las modalidades de intervención utilizadas. Herramientas, métodos y procedimientos de intervención utilizados.
 - Fases o etapas en el progreso de la intervención.
 - Proceso de alta y seguimiento.
- g. Se presentará a continuación un Estudio de Caso, a modo de ejemplificación del programa o acción presentado.
- h. En el capítulo Resultados e Impactos se deberá mostrar, de manera objetiva, los logros conseguidos y hallazgos no esperados. Los datos se pueden exponer en tablas o figuras. Se debe destacar las observaciones importantes.
- i. La parte final; Reflexiones y Desafíos para la Terapia Ocupacional debe destacar la importancia de resultados y hallazgos para la disciplina, las proyecciones del tema, las preguntas que quedan planteadas, las conclusiones que el autor propone, los alcances y limitaciones del programa o acción, alcances éticos, de salud pública, etc, etc.
- j. Las referencias bibliográficas deben limitarse a las citadas en el texto. Se presentarán en formato internacional APA, en orden alfabético. La rigurosidad de las citas será responsabilidad del autor.
- VI. Las tablas y gráficos deben acompañarse de un título claro y si es necesario, de una leyenda explicativa. Usar sólo color blancos y negro.
- VII. Las fotografías e imágenes deben acompañarse de un título claro y si es necesario, de una leyenda explicativa.
- VIII. Fotografías, imágenes y citas textuales deben acompañarse del debido consentimiento informado. Además debe protegerse la identidad y datos personales de las personas que aparecen en la publicación.
- IX. Todo material recibido para su publicación será aprobado sólo si cumple con las exigencias descritas.

- X. Una vez aprobado o rechazado, será comunicado al autor. Si se acepta para su publicación pasa a ser material de propiedad de Revista ContexTO.
- XI. El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de realizar modificaciones menores al trabajo, que no afecten sus contenidos sustanciales.
- XII. Los trabajos se deben enviar a la Editora de revista ContexTO, TO. Alicia Valdés Rojas a: mvaldesr@ucentral.cl



ContexTO
T E R A P I A O C U P A C I O N A L

Escuela de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud



UNIVERSIDAD
CENTRAL

UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE