



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL COMO  
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN ADULTO MAYOR  
CON DEMENCIA**

**Memoria para optar al Título de Terapeuta Ocupacional**

Profesora Guía : Terapeuta Ocupacional, Verónica Guerra Ibacache

Profesor Guía Metodológico: Antropólogo, Guillermo Molina Holmes

**Alumnos: Lorena Alejandra Aguirre Rocca**

**Valentina Alejandra Medel Valdes**

**Ivania Del Carmen Morales Gonzalez**

Santiago, Chile

2018

© Lorena Aguirre Rocca, Valentina Medel Valdes e Ivania Morales González.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica de documento.

## HOJA DE CALIFICACIÓN

En Santiago, el.....de.....del....., los abajo firmantes dejan constancia que las alumnas Lorena Aguirre Rocca, Valentina Medel Valdes e Ivania Morales Gonzalez de la carrera Terapia Ocupacional han aprobado la tesis para optar por el Título de Terapeuta Ocupacional con grado académico de Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, con una nota de .....

---

Nombre y firma de profesor evaluador

---

Nombre y firma de profesor evaluador

## DEDICATORIA

*Para cada una de nuestras familias,  
en especial nuestros hijos, que apoyaron  
y fueron parte de nuestro proceso de formación.*

*También para los adultos mayores,  
quienes fueron nuestra principal inspiración  
para el desarrollo de esta investigación.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra tutora Verónica Guerra Terapeuta Ocupacional, por su guía y apoyo constante durante el proceso de esta investigación.

A nuestro guía metodológico Guillermo Molina , Docente de la Universidad San Sebastián, por su disponibilidad, guía y colaboración para la elaboración de esta tesis.

Finalmente al docente Eduardo Gatica por su orientación , colaboración y facilitación de material para realizar nuestra investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>
CALIFICACIÓN DE LA TESIS	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
TABLA DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS	VIII
RESUMEN	X
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	4
1.1 Formulación del problema	4
1.2 Justificación e importancia de la investigación	5
1.3 Delimitación	6
1.4 Limitaciones	7
1.5 Estado del Arte	7
1.6 Pregunta de investigación	11
1.7 Objetivos de investigación	11
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	12
2.1 Terapia Ocupacional	12
2.2 Síndromes Geriátricos	14
2.3 Envejecimiento	15
2.4 Demencia	16
2.4.1 Clasificación Demencia DSM V	20
2.4.2 Clasificación Demencia CIE-10	29
2.4.3 Factores de Riesgo	32
2.5 Tratamiento No Farmacológico	33
2.6 Marcos /Modelos de Referencia	33
2.6.1 Modelo Ocupación Humana	33

2.6.2 Modelo Persona Ambiente Ocupación	35
2.6.3 Modelo Canadiense del Desempeño	36
2.6.4 Modelo Ecológico del Desarrollo Humano	37
2.6.5 Modelo de Redes	38
2.6.6 Marco de Referencia Rehabilitador	39
2.6.7 Marco de Referencia Biomecánico	39
2.6.8 Enfoque Cognitivo Conductual	40
2.6.9 Modelo Integración Sensorial	41
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	<b>42</b>
3.1 Metodología elegida	42
3.2 Paradigmas y Perspectivas Filosóficas	42
3.3 Diseño de la investigación	43
3.4 Descripción de Técnicas e Instrumentos	43
3.4.1 Excel	43
3.5 Resultados de la Metodología	44
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>51</b>
4.1 Resultados de la investigación	51
4.1.1 Resultado de las Pautas de Evaluación a Nivel Nacional	51
4.1.2 Resultados de Modelos Propios de Terapia Ocupacional	52
4.1.3 Resultados de Estrategias de Intervención.	53
4.1.4 Cuadro Resumen Nacional	55
4.1.5 Resultados Pautas de Evaluación Extranjero	55
4.1.6 Resultados de Modelos Propios Extranjero	57
4.1.7 Resultado Estrategias de Intervención	58
4.1.8 Cuadro Resumen	60
4.2 Resultados comparativo Extranjero/Nacional	61
4.2.1 Pautas de Evaluación Extranjero/Nacional	61
4.2.2 Modelos de intervención Extranjero/Nacional	63
4.2.3 Estrategias de intervención Extranjero/Nacional	64
4.3 Discusión de Resultados	66
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>73</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO</b>	<b>83</b>

## ÍNDICE DE TABLA Y CUADROS

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>	
Gráfico N° 1	Proyección de demencia en Chile	18
Gráfico N° 2	Tipos de Demencia	19
Gráfico N° 3	Metodología Nacionales	45
Gráfico N° 4	Tipo de estudios Nacionales	46
Gráfico N° 5	Metodología del Extranjero	47
Gráfico N° 6	Tipo de Estudio Extranjero	48
Gráfico N° 7	Metodología Utilizada Chile y Extranjero	49
Gráfico N° 8	Tipo de Estudio Chile y Extranjero	50
Gráfico N° 9	Frecuencia de Pautas	52
Gráfico N° 10	Modelos Propios de Terapia Ocupacional	53
Gráfico N° 11	Estrategias de Intervención	54
Gráfico N° 12	Pauta de Evaluación de TO, Extranjero	56
Gráfico N° 13	Modelos de Intervención utilizados por Terapia Ocupacional Extranjero	58
Gráfico N° 14	Estrategias de Intervención	60
Gráfico N° 15	Pautas de Evaluación Chile/Extranjero	62
Gráfico N° 16	Modelos de Intervención de TO de Textos Nacionales/Extranjero	64
Gráfico N° 17	Estrategias de Intervención de TO Nacional/Extranjero	66
Gráfico N° 18	Recurrencia Resultados Chile	68
Gráfico N° 19	Recurrencia Resultados Extranjero	69
Gráfico N° 20	Prevalencia distribución Geográfica Extranjero	71
Gráfico N° 21	Recurrencia Tipo de Textos	72
Tabla N° 1	Frecuencia de Adultos Mayores con Demencia Con los años	18
Tabla N° 2	Prevalencia Mundial	18

Tabla N° 3	Tipos de Demencia y su Etiología	19
Tabla N° 4	Criterios Diagnósticos DSM V	21
Tabla N° 5	Metodología utilizada en Chile	44
Tabla N° 6	Tipo de Estudio utilizado Chile	45
Tabla N° 7	Metodología en Textos Extranjeros	46
Tabla N° 8	Tipo de Estudio utilizado Extranjero	47
Tabla N° 9	Metodología Utilizada en Chile / Extranjero	48
Tabla N° 10	Tipo de Estudio Chile/Extranjero	49
Tabla N° 11	Pautas de Evaluación Nacionales	51
Tabla N°12	Modelos Propios de TO a Nivel Nacional	52
Tabla N° 13	Estrategias de intervención a Nivel Nacional	54
Tabla N° 14	Cuadro Resumen Nacional	55
Tabla N° 15	Pautas de Evaluación Extranjero	56
Tabla N° 16	Modelos Propios de TO Extranjero	57
Tabla N° 17	Estrategias de intervención utilizadas en el Extranjero	59
Tabla N° 18	Cuadro Resumen Extranjero	60
Tabla N° 19	Comparación Pautas Evaluación Nacional/Extranjero	62
Tabla N°20	Modelos de Intervención de Terapia Ocupacional Nacional/Extranjero	63
Tabla N° 21	Estrategias de Intervención Nacional/Extranjero	65
Tabla N° 22	Recurrencia de Resultados en Textos Nacionales	67
Tabla N° 23	Recurrencia de Resultados Extranjero	68
Tabla N° 24	Recurrencia Beneficios en Chile	70
Tabla N° 25	Recurrencia Beneficios en Extranjero	70
Tabla N° 26	Recurrencia de Distribución Geográfica en Extranjero	71
Tabla N° 27	Recurrencia tipos de Textos Chile y Extranjero	72

## RESUMEN:

La demencia puede considerarse una enfermedad crónica no transmisible, que se asocia a la discapacidad, dependencia y morbimortalidad. La Organización Mundial de la Salud, 2017 (OMS) lo cuantifica mundialmente en número de años de vida perdidos, siendo la discapacidad y la demencia responsables de 1,4% de años perdidos por cada mil personas en el año 2012. En Chile, el estudio de carga de enfermedad de MINSAL (2007) muestra que las demencias figuran en el lugar 18 de las enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en la población general y en el tercer lugar en los mayores de 65 (Ministerio de Salud, 2008). La Terapia Ocupacional desde sus inicios, ha sido una disciplina utilizada como tratamiento no farmacológico orientada a incrementar la independencia funcional, potenciar el desarrollo y prevenir la discapacidad, mediante el uso terapéutico de actividades u ocupaciones significativas para las personas. La demencia tiene un impacto individual y social relacionado con discapacidad, dependencia, necesidad de apoyo diario y exclusión de participación, problemas de interés para los terapeutas ocupacionales (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2016). Por lo que se puede determinar beneficios proporcionados desde Terapia Ocupacional no solo a las personas afectadas con demencia, sino que también a sus familiares, utilizando estrategias que impacten de forma positiva en la calidad de vida tanto de la persona con demencia, como de sus cuidadores.

El objetivo principal de la investigación es “Evidenciar los posibles beneficios de la terapia ocupacional como tratamiento no farmacológico en adulto mayor con demencia de acuerdo con la literatura disponible”.

Este trabajo utiliza como criterio metodológico el Muestreo Teórico, y en base a esto la investigación se sustentó de un enfoque de tipo cualitativo, exploratorio. Se realizó una revisión bibliográfica y posteriormente un análisis descriptivo de los beneficios de la Terapia Ocupacional como tratamiento no farmacológico en adulto mayor con demencia. Para la recolección de datos se

registró en una matriz la literatura, seleccionando los textos que proporcionaron información sobre los beneficios de la Terapia Ocupacional, identificando las técnicas y estrategias empleadas para la intervención, modelos más utilizados y los beneficios y limitaciones descritos.

Dentro de los resultados con mayor recurrencia se destacan el uso de la Terapia Ocupacional como terapia no farmacológica para las personas mayores con demencia y sus cuidadores y/o familiares y las mejoras significativas de quienes reciben el tratamiento de terapia ocupacional en comparación a las que no han recibido.

Como conclusión dentro de la revisión efectuada en los distintos textos, se logra evidenciar las limitaciones y dificultades que representa la sintomatología presente en las demencias y como repercute en la calidad de vida de quienes la padecen, y el impacto en su entorno próximo. La Terapia Ocupacional ofrece beneficios como una opción de tratamiento no farmacológica en pacientes con demencias, impactando favorablemente en los pacientes que la poseen y en sus cuidadores.

Se realiza una exhaustiva revisión de documentos nacionales y extranjeros en los cuales nos permiten identificar, los beneficios y la importancia del rol que cumple la Terapia Ocupacional en los adultos mayores que padecen demencia y en su entorno familiar, a su vez se logra visualizar, la utilización de la ocupación como una herramienta que puede entregar formas ocupacionales y estilos de vida que nos permite mejorar su autonomía, independencia y participación en actividades de la vida diaria de estos pacientes con demencia. Asimismo se entrega información de estrategias utilizadas en los procesos de intervención, observando la mayor prevalencia tanto en las pautas de evaluaciones y modelos de intervención más utilizados por los Terapeutas Ocupacionales para la atención a dicha población.

**Palabras Claves: Demencias, Adulto mayor, Terapia Ocupacional, Beneficios, Tratamiento no farmacológico.**

## **ABSTRACT:**

Dementia can be considered a chronic noncommunicable disease, which is associated with disability, dependence and morbidity and mortality. The World Health Organization, 2017 (WHO) quantifies worldwide the number of years of life lost, with disability and dementia responsible for 1.4% of years lost per thousand people in 2012. In Chile, the The disease burden study of MINSAL (2007) shows that dementias appear in the 18th place of diseases that cause loss of healthy life years (AVISA) in the general population and in the third place in those over 65 (Ministry of Health). Health, 2008). Occupational Therapy since its inception, has been a discipline used as a non-pharmacological treatment aimed at increasing functional independence, promoting development and preventing disability, through the therapeutic use of activities or significant occupations for people. Dementia has an individual and social impact related to disability, dependence, need for daily support and exclusion of participation, problems of interest for occupational therapists (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurosurgery of Chile, 2016). So you can determine benefits provided from Occupational Therapy not only to people affected with dementia, but also to their families, using strategies that have a positive impact on the quality of life of both the person with dementia and their caregivers

The main objective of the research is "To demonstrate the possible benefits of occupational therapy as a non-pharmacological treatment in elderly people with dementia according to the available literature".

This work uses as a methodological criterion the Theoretical Sampling, and based on this the research was based on a qualitative, exploratory approach. A literature review and a descriptive analysis of the benefits of Occupational Therapy as a non-pharmacological treatment in elderly people with dementia was conducted. For data collection, the literature was recorded in a matrix, selecting the texts that provided information on the benefits of Occupational Therapy, identifying the techniques and strategies used for the intervention, most commonly used models and the benefits and limitations described.

Among the results with greater recurrence are the use of Occupational Therapy as non-pharmacological therapy for elderly people with dementia and their caregivers and / or family members and the significant improvements of those receiving occupational therapy treatment compared to those who do not. They have received.

As a conclusion within the review carried out in the different texts, it is possible to demonstrate the limitations and difficulties represented by the symptoms present in the dementias and how it affects the quality of life of those who suffer from it, and the impact on their immediate environment. Occupational Therapy offers benefits as a non-pharmacological treatment option in patients with dementias, impacting favorably on patients who have it and their caregivers. An exhaustive review of national and foreign documents is made in which they allow us to identify, the benefits and the importance of the role that Occupational Therapy fulfills in elderly people suffering from dementia and in their family environment, in turn it is possible to visualize, the Use of occupation as a tool that can deliver occupational forms and lifestyles that allows us to improve their autonomy, independence and participation in activities of daily living of these patients with dementia.

Likewise, information on strategies used in the intervention processes is presented, observing the higher prevalence in the evaluation guidelines and intervention models most used by Occupational Therapists to care for this population.

**Keywords: Dementia, Elderly, Occupational Therapy, Benefits, Non-pharmacological treatment.**



## INTRODUCCIÓN

Chile, es un país que se encuentra en crecimiento progresivo de la población de la tercera edad, evidenciado en un periodo de envejecimiento acelerado, según los datos reflejados en el Instituto Nacional de Estadística, Censo 2017 lo que se genera por un aumento progresivo en la esperanza de vida y por las bajas tasas de natalidad en la población.

El envejecimiento demográfico de las poblaciones es un logro social, aunque su acelerado aumento e intensidad puede resultar problemático, por la necesidad de hacer frente a las consecuencias que implica dicho proceso y las necesidades propias de éste.

El envejecimiento implica cambios en la composición morfológica de las personas (células, tejidos, órganos, etc.), cambios asociados a la funcionalidad de los sistemas corporales, pérdida de la capacidad adaptativa ante situaciones de estrés y pérdida de la capacidad de recuperación.

El envejecimiento normal *“es aquel que se produce sin que se den patologías mentales o biológicas (Baltes y Baltes 1990). Por el contrario, el envejecimiento patológico se caracterizaría por venir marcado por patologías médicas y distintos síndromes de enfermedades físicas y mentales.”* Estas patologías pueden impedir a la persona poder desarrollar sus actividades de la vida diaria de manera óptima.

El envejecimiento saludable, implica un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que repercute en el bienestar en la vejez.

La Terapia Ocupacional desde sus inicios, 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 significativas para las personas.

Del mismo modo, siempre y cuando sea necesario, utiliza adaptaciones en las tareas o el entorno para lograr que un individuo alcance la máxima independencia y calidad de vida (Alegre, 2010, p. 11).

En esta investigación la intervención se basa en el uso de terapias no farmacológicas (TNF's), utilizadas para enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades afectadas que frenan la independencia ocupacional. Por lo que dentro de lo que comprenden las demencias, es importante para el trabajo desde la Terapia Ocupacional, que la persona que se encuentre cursando demencia, pueda mantener sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, en su participación social y otras áreas del desempeño, con el fin de mantener la independencia funcional en dichas áreas. Es de interés para la Terapia Ocupacional, trabajar con adultos mayores, puesto que la población chilena va en aumento, y con ello, la vejez es un proceso que es inevitable, considerando además que la esperanza de vida es algo que va en aumento, por ende, favorecer la máxima independencia a este grupo etario enriquecerá de forma significativa la calidad de vida de estos.

La Demencia puede considerarse una enfermedad crónica no transmisible, La OMS lo cuantifica mundialmente en número de años de vida perdidos, siendo la discapacidad y la demencia responsables de 1,4% de años perdidos por cada mil personas en el año 2012. *“A nivel global corresponden a las enfermedades con el mayor incremento como causa de pérdida de años de vida saludable. En Chile constituye la 6ª causa específica de muerte con 3.432 defunciones anuales. Se estima actualmente en Chile, que el 1,06% de la población total país presenta algún tipo de demencia. El Estudio Nacional de la Dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, en el año 2009, da cuenta que el 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las*

*personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años". ( Plan Nacional de Demencia, Minsal 2017).*

En esta Revisión Bibliográfica se dará a conocer los diferentes modelos de intervención utilizados como guía para la práctica profesional en el tratamiento no farmacológico en pacientes con demencias, que permitió identificar los diversos enfoques de trabajos impuestos desde la Terapia Ocupacional para el trabajo con adulto mayor, la forma de trabajo que implica cada modelo y las consideraciones relevantes para el desarrollo efectivo dentro del área. Además, se podrá establecer las diferentes pautas de evaluación y estrategias de intervención utilizadas desde Terapia Ocupacional como tratamiento no farmacológico en personas con Demencia tanto en Chile como en el extranjero; adicionalmente, el estudio nos permitirá identificar si existen beneficios asociados a la Terapia ocupacional como tratamiento no farmacológico, identificar dichos beneficios y aportar al campo de trabajo, y establecer el aporte que posee la Terapia Ocupacional tanto en la mantención y manejo de pacientes con demencia, sus entornos y el trabajo con las redes , logrando establecer el rol que posee la profesión en el trabajo con adulto mayor con demencia. El desarrollo de este estudio, nos permitirá abrir un campo de trabajo, ligado al envejecimiento progresivo y al aumento de enfermedades como la demencia, que afecta de manera significativa la calidad de vida tanto de quien la padece, como de su entorno próximo, y considerando que la población en Chile, posee una tendencia marcada al envejecimiento, la detección precoz y el acompañamiento en conjunto con las Terapias Farmacológicas, configuran un panorama positivo para el grupo de adulto mayor con demencia y la mantención de sus habilidades, actividades cotidianas y la participación social de este.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

### 1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Plan Nacional de Demencia, Minsal (2017) refiere que Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional, presentando un acelerado aumento en la proporción de personas mayores con respecto al total de la población. Actualmente es el segundo país más envejecido de Latinoamérica y su población de personas mayores se ha duplicado en los últimos 20 años.

Si bien el envejecimiento de la población es un indicador de desarrollo que refleja el mejoramiento de las condiciones de vida que permiten que los chilenos puedan vivir más, urge comenzar hoy a preparar al país para hacerse cargo del desafío que significa esta nueva realidad demográfica, abordando adecuadamente el envejecimiento con una perspectiva de futuro.

*“El envejecimiento de los Chilenos y el aumento de la población de 80 años, podría generar un incremento de esta condición en el corto y mediano plazo. Sobre todo, considerando que en el año 2023 existirá en Chile el mismo número de personas mayores de 65 años que niños de 0 a 14 años. El Ministerio de Salud, estima que el 2025 las personas con demencia aumentarán a 317 mil, mientras que en el 2050 serán 600 mil”.*

*Según la organización mundial de la salud (OMS). “A nivel mundial, la demencia afecta a 47, 5 millones de personas, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos y se estima que alrededor del 60 % viven en países de ingresos bajos y medios. Por estas razones es considerada una prioridad, tomando en cuenta su progresión y rápido aumento de casos, además se ha*

*convertido en una prioridad en salud pública y llama a la sensibilización frente a la enfermedad, y al establecimiento de iniciativas destinadas a promover la reducción del riesgo de demencias dado que esta se ha convertido en una de las principales causas de dependencia entre las personas mayores en el mundo, teniendo un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias, las comunidades y la sociedad en general.*

Por estas razones antes mencionadas es de suma importancia contar con la intervención de diferentes profesionales, siendo uno de estos el Terapeuta Ocupacional, ya que la Terapia Ocupacional (TO) es una profesión del área de la salud que busca promover el bienestar y mejorar los niveles de salud por medio de la ocupación. Como modalidad de apoyo no farmacológico, suele estar presente en las recomendaciones para el abordaje de las demencias, dado que estas tienen un impacto individual y social relacionado con discapacidad, dependencia, necesidad de apoyo diario y exclusión de participación, problemas de interés para los terapeutas ocupacionales, y para lo cual tienen como propósito primario la promoción a la participación en actividades de la vida diaria como estrategia de ajuste para la persona y su entorno, sin embargo, muchas personas no saben qué es exactamente la Terapia Ocupacional o mejor dicho no saben lo que se puede hacer desde la Terapia Ocupacional por las diferentes personas que sufren de Demencia y por sus familiares y/o cuidadores.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación surge del interés de conocer la intervención del Terapeuta Ocupacional y las diferentes estrategias utilizadas como tratamiento no farmacológico y como estas generan beneficios en los adultos mayores con Demencia y en sus familiares y/o cuidadores .

Cobra relevancia la investigación dado que la población Adulto mayor tanto en Chile como en el Extranjero ha ido en aumento , al igual que su esperanza de vida, y los diferentes factores de riesgo que aumentan las probabilidades de padecer un Deterioro Cognitivo o una Demencia; dentro de los factores de riesgo se encuentran los modificables (hipertensión, colesterol elevado, diabetes, tabaco, sedentarismo) y los no modificables (edad avanzada, género femenino, antecedentes familiares).

El Terapeuta Ocupacional tiene dos objetivos primordiales, por un lado, el enlentecer el deterioro cognitivo y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que dificultan la autonomía de la persona, con el fin de mantener el máximo nivel de funcionalidad a lo largo de los diferentes estadios de la enfermedad y por otro lado aumentar la calidad de vida y el bienestar personal tanto del paciente que sufre demencia como de sus cuidadores. Todo esto lleva a una continua graduación y adaptación de las actividades y del entorno.

La importancia de este estudio radica en que aportará datos sobre la intervención de los terapeutas ocupacionales y cómo estas aportan estrategias y son beneficiosas para los adultos mayores con demencia y sus cuidadores y/o familiares.

La información y los resultados obtenidos en este estudio servirán para ser utilizados en otros estudios y/o para formar nuevas investigaciones en relación con esta problemática.

### **1.3 DELIMITACIÓN**

Para lograr establecer el tipo de estudio a realizar y organizar la información encontrada en los diferentes textos, se desarrolló una matriz clasificatoria de los textos nacionales y de los textos realizados en el extranjero, en la cual se evidencia un resumen y lo más característico de los 27 textos encontrados, entre los cuales 10 corresponden a textos Nacionales y 17 textos del Extranjero, siendo la mayoría de estos en inglés.

#### **1.4 LIMITACIONES**

- La investigación se pudo llevar a cabo solo con revisión bibliográfica, dado la escasez de tiempo para poder ejecutar un análisis más exhaustivo y con un grupo de estudio.
- Escasa información y estudios bibliográficos, en relación con los beneficios desde la intervención de la Terapia Ocupacional en Adultos Mayores con Demencia a Nivel Nacional y en el extranjero.
- Mayor bibliográfica encontrada en el Extranjero y escrita en inglés.
- Escasez de estudios cuantitativos encontrados a nivel Nacional y del Extranjero por lo que se evidencian escasos estudios e investigaciones que aborden la temática investigada.

#### **1.5 ESTADO DEL ARTE**

En el proceso de revisión bibliográfica se encontraron diferentes textos Nacionales y del Extranjero, para los cuales se consideraron principalmente los textos pertenecientes a los años 2006 al 2017. los cuales se analizaron teniendo en cuenta como criterio de inclusión que suministran información específica sobre los beneficios de la terapia ocupacional o las estrategias no farmacológicas en pacientes con demencia. Dentro de los que se encuentran Papers, artículos de revistas científicas y extractos de libros relacionados al tema. se encontraron textos de los diferentes continentes ya sea Europa, América del Sur, América del Norte y Asia.

Angélica María Monsalve Robayo, Valerie Korenfeld Kaplan, Andrea Guarín Caro, Lina María Buitrago Narváez, (Año 2013), realizaron un estudio que buscaba presentar los resultados obtenidos en un programa de rehabilitación cognitiva basado en integración sensorial. Para lo anterior se utilizaron herramientas de evaluación validadas que midieran el impacto del deterioro en los dominios cognitivos antes y después de la participación en el programa. El uso de este enfoque permite la disminución de comportamientos disruptivos

o agresivos y se mejora el desempeño en actividades de la vida diaria, siempre y cuando la eficacia de la intervención está dada por el funcionamiento social y el comportamiento orientado a la tarea. Es evidente la escasa publicación comportamiento orientado a la tarea.

Jean Gajardo J. y José Miguel Aravena C., 2016 Realizaron un estudio que buscaba promover el manejo de los síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales, promover la participación de las PcDem en actividades de la vida diaria. Dentro de los beneficios descritos se logra identificar que la terapia ocupacional no sólo interviene en la persona con el diagnóstico, sino que también en sus cuidadores familiares, proyectando como principal resultado el aumento de la calidad de vida de la diada persona con demencia-cuidador, además de adaptación del ambiente, el diseño y supervisión de actividades adecuadas a las capacidades, intereses e historia de la persona con demencia, y la capacitación del cuidador.

Esperanza Araya Orellana, 2016 realizó un estudio buscando describir 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. Dentro de los beneficios descritos, destacan la mantención de la funcionalidad de los usuarios : AVDB se mantienen y la pérdida de AVDI es mínima. Prevención de caídas, disminución de estrés.

Minango Méndez, Víctor Hugo; Mosquera Rivera, María Cristina 2017, realizaron un estudio teniendo como objetivo mantener la memoria a corto plazo en pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapa leve mediante la aplicación de actividades bimanuales y dinámicas grupales, que ayudan a estimular la memoria e incrementar el autoestima, bienestar, satisfacción y felicidad. Dentro de los beneficios descritos, destaca que el T.O no realiza un tratamiento farmacológico, para ello utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona con enfermedad de Alzheimer a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas

cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración, mediante una serie de técnicas, estrategias y actividades en su trabajo en función de su grado o afectación.

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra, Raquel Guerrero, Pilar Duran, Cristina Rubio, María Azcona entre otros, 2013, realizaron una investigación descriptiva, presentando como objetivo diferentes técnicas de intervenciones de los terapeutas ocupacionales en personas con demencia, obteniendo como beneficios que La Terapia Ocupacional para personas con demencia consiste en una combinación de modificaciones ambientales, productos de apoyo, estrategias de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades y educación, y entrenamiento a cuidadores o proveedores de cuidados.

Díaz Pérez Alba, 2016, realizó un estudio experimental que tuvo como objetivo demostrar la utilidad de la Terapia Ocupacional en las demencias para frenar el progreso de esta enfermedad, se ejecutó un proyecto de investigación que utiliza técnicas de psicoeducación desde el comienzo laboral en la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Zaragoza. Dentro de las terapias no farmacológicas utilizadas desde Terapia Ocupacional, generalmente se clasifican en: apoyos a las familias, programas de orientación a la realidad, programas y actividades de estimulación, tratamientos ambientales, intervenciones conductuales; los cuales pueden mejorar la calidad de vida de las personas.

Monsalve Robano, Angélica María & Rozo Reyes, Claudia Marcela 2007, realizaron un estudio cuyo objetivo fue realizar una aproximación teórica al uso de un enfoque terapéutico, centrado en la integración sensorial como medio para generar conductas adaptativas en la población sujeto de atención, dentro de los beneficios descritos La terapia de integración sensorial usualmente involucra el movimiento de todo el cuerpo para obtener una respuesta adaptativa total. Dentro de los beneficios descritos, destaca que el uso de la integración sensorial contribuye a la facilitación o inhibición de respuestas motoras y de comportamiento, que puede centrarse en disminuir la irritabilidad

y la agitación; en facilitar las praxias; en promover el reconocimiento visual; en favorecer la conciencia del yo físico y psíquico; en estimular la orientación espacial y temporal; en facilitar los procesos de planeación, secuenciación y organización para el movimiento, y en fomentar la evocación de recuerdos y la comunicación entre el terapeuta y el paciente.

Diana Lourido Castiñeiras, Febrero 2016, realizó un estudio que buscaba determinar los posibles beneficios de la creación y la participación en un coro intergeneracional formado por personas con demencia y sus familias, dirigido a mejorar su calidad de vida. Dentro de los beneficios descritos, se considera que las actividades de ocio, incluyéndose el ocio musical, pueden contribuir a incrementar la reserva cognitiva que permite mejorar la funcionalidad cerebral frente a ciertas patologías. Además, se pueden estimular capacidades como la memoria, la expresión oral o la atención (potencia habilidades remanentes).

Andrés Losada, María Márquez-González, Cecilia Peñacob, Dolores Gallagher-Thompson y Bob G. Knight año 2007, realizaron un estudio descriptivo para dar a conocer un estudio de los mecanismos implicados en el malestar de los cuidadores familiares de personas en situación de dependencia y la elaboración de programas eficaces para minimizar tal malestar atendiendo sus demandas y necesidades, en el Servicio de Psicología de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid se está llevando a cabo el proyecto Cuidar. Dentro de los beneficios descritos se identifica que La intervención de T.O, busca entrenar a los cuidadores en habilidades para maximizar un comportamiento autónomo por parte de su familiar (evitar el exceso de dependencia) y en habilidades para proporcionar los cuidados de una forma que disminuya el riesgo de problemas de salud física para los cuidadores (por ejemplo, higiene postural y realización de transferencias).

Myrra J M Vernooij-Dassen, Marjolein Thijssen, Joost Dekker, Willibrord H L Hoefnagels, Marcel G, M Olde Rikkert, 2006, realizaron una investigación que buscaba determinar la efectividad de la comunidad terapia ocupacional sobre el funcionamiento diario de pacientes con demencia y el sentido de

competencia de sus cuidadores. Dentro de los beneficios descritos, destacan que se debe recomendar la terapia ocupacional comunitaria tanto para los pacientes con demencia como para sus cuidadores, porque mejora el estado de ánimo, la calidad de vida y el estado de salud y la sensación de control de los cuidadores sobre la vida. Los efectos fueron todavía presentes en el seguimiento

### **1.6 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen evidencias sobre los beneficios de la Terapia Ocupacional como tratamiento no farmacológico en pacientes con Demencia en la literatura académica disponible?

### **1.7 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

El Objetivo General:

Evidenciar los posibles beneficios de la Terapia Ocupacional como tratamiento no farmacológico en adulto mayor con demencia de acuerdo con la literatura disponible.

Objetivos Específicos:

1. Fichar y seleccionar literatura disponible para preparar trabajo clasificatorio por código.
2. Realizar taxonomía de las estrategias de intervención del Terapeuta Ocupacional en tratamiento no farmacológico en adulto mayor con demencia
3. Reconocer teorías y modelos de intervención más utilizados dentro de la bibliografía existente sobre el tratamiento no farmacológico para pacientes con demencia desde la Terapia Ocupacional.
4. Identificar beneficios del tratamiento no farmacológico en adultos mayores con demencia descritos en la literatura ingresada, desde la terapia ocupacional.
5. Impacto descrito en la literatura revisada desde la intervención de Terapia Ocupacional como tratamiento no farmacológico en adultos mayores con demencia.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

#### **2.1 TERAPIA OCUPACIONAL**

Silvia Gómez Lillo (2008) citada en el Marco de Trabajo de la AOTA, refiere la contribución de la Terapia Ocupacional como:

*“La aplicación de valores centrales, conocimientos y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieran y necesiten hacer de forma que apoyen la salud y la participación”.*(Ávila et. al 2011)

Los terapeutas ocupacionales utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones significativas, y el contexto para diseñar planes de intervención de carácter profesional que facilitan el cambio o crecimiento en las características del cliente (funciones corporales, estructuras corporales, valores, creencias, y la espiritualidad) y habilidades (motoras, de procesamiento y de interacción social) necesarios para la participación exitosa. Los terapeutas ocupacionales tienen que ver con el resultado final de la participación, permitiéndole a través de las adaptaciones y modificaciones del medio ambiente o de los objetos en el entorno cuando sea necesario. Los servicios de terapia ocupacional se proveen para la habilitación, rehabilitación y promoción de la salud y el bienestar para los clientes con discapacidad y sin discapacidad.

Estos servicios incluyen la adquisición y preservación de la identidad profesional para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, deficiencia, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de la participación. (AOTA, 2011)

El marco del trabajo está dividido en dos secciones: El dominio(1) el cual resume el alcance de la profesión y las áreas en las cuales sus miembros tienen establecido un cuerpo de conocimiento y experiencia y el proceso(2) dinámico centrado en el cliente y la ocupación utilizado en la prestación de los servicios de terapia ocupacional. El dominio y proceso de terapia ocupacional dirige a los profesionales de terapia ocupacional a enfocarse en el desempeño en las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica del cliente, contexto, el ambiente y las ocupaciones del cliente.(Christiansen y Baum, 1997; Christiansen, Baum y Bass-Hagen , 2005, Ley, Bum y Dunn, 2005). Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y Proceso (2da Edición.)

*“La Terapia Ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo tal que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de nuestros adultos mayores. Centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrar la sociedad”.*(Terapia Ocupacional en el adulto mayor. Universidad de Chile).

La terapia ocupacional tiene dos objetivos primordiales, por un lado, el de enlentecer el deterioro cognitivo y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que dificultan la autonomía de la persona; y por otro lado aumentar la calidad de vida y el bienestar personal tanto de la persona que sufre demencia como la del cuidador.

El terapeuta ocupacional comienza su intervención con una evaluación exhaustiva de la persona con demencia, valorando las áreas ocupacionales , los componentes ocupacionales y los contextos ocupacionales.

- **Áreas de ocupación:** Varios tipos de actividades de la vida en las que la gente se ocupa, incluidas las AVDB, AVDI, educación, trabajo, juego, tiempo libre y ocio, participación social , descanso y sueño.

- **Capacidades o habilidades del desempeño:** son características de lo que uno hace en contraste con las capacidades corporales, son unidades pequeñas del desempeño, dependen no solo de las características de la persona sino también de las demandas de la actividad y del medio ambiente.
- **Contextos y medio ambiente:** Se refiere a una variedad de condiciones interrelacionadas, pertenecientes al cliente o a su alrededor, y que influyen en su desempeño. Estos ambientes son cultural, personal, físico, social, temporal y virtual.

La intervención del Terapeuta Ocupacional se inicia con una evaluación exhaustiva de la situación personal de cada individuo y de su entorno, a su vez el Terapeuta Ocupacional basa su intervención en métodos propios de la disciplina, es decir, basados en la Ocupación, e incorpora marcos de referencia en la intervención con Personas con Demencia.

El Terapeuta Ocupacional centra su intervención 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) , 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.

## **2.2 SÍNDROMES GERIÁTRICOS**

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, 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.

De todos éstos, el que ha suscitado mayor atención de parte de los organismos sociosanitarios 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 Organización Mundial de la Salud (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.

### **2.3 ENVEJECIMIENTO**

Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN (2011). Refiere que el “Envejecimiento es un proceso continuo, irreversible, intrínseco y universal en donde existe una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, en los adultos sanos muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a situaciones nuevas o estresantes se observa la pérdida de reserva funcional, esto es debido a una reducción de la flexibilidad de los mecanismos que regulan el equilibrio para mantener constante el medio interno, por lo tanto el adulto mayor tiene menor respuesta o capacidad reactiva a las exigencias del entorno”.

En las últimas décadas, Chile ha entrado en el proceso de la transición demográfica, proceso propio de los países en vías de desarrollo. Con ello, el número de adultos mayores aumenta, viven más años, y la población joven disminuye. ( Programa Nacional del Adulto Mayor, Minsal, 2014)

En Chile hay una población de 17.574.003, siendo un total de 8.601.989 hombres y 8.972.014 mujeres. Según el censo del 2017 de cada 100 personas en Chile, 48,9% son hombres y 51,1% son mujeres, donde el porcentaje de personas mayores de 60 años ha ido aumentando paulatinamente, a la vez que

el número de menores de 15 años disminuye.(Minsal. Plan Nacional de Demencia 2017)

La esperanza de vida se define como el número potencial de años que pueden esperar vivir las personas. El aumento de la esperanza de vida es consecuencia de las mejoras sanitarias y de las condiciones de vida de la población, donde la mayoría de las personas envejecen más capacitadas y sanas, con buenos niveles de percepción de salud y que quieren mantener su bienestar, dignidad y autonomía por el mayor tiempo posible.

la demencia es una enfermedad que involucra altos costos directos e indirectos. Los costos directos corresponden a los gastos médicos y costos sociales. Los costos indirectos corresponden al gasto asociado a los cuidados brindados a las personas con demencias por cuidadores no remunerados, usualmente familiares.

## **2.4 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) y la capacidad para realizar las actividades cotidianas, que repercuten negativamente, tanto en la autonomía como en la independencia de quien la presenta, ya que ambas disminuyen.

A nivel mundial, el número total de casos nuevos de demencia de cada año es de 9,9 millones, lo que equivale a un nuevo caso cada tres segundos. Se calcula que el caso de personas con demencia aumentará a 75 millones en 2030 y 132 millones en 2050(OMS, Abril 2017).

En Chile, se estima que el 1% de la población total país presenta algún tipo de demencia, centrándose fuertemente en las edades más avanzadas de la vida. La encuesta Nacional de Salud 2009-2010 reportó que el 10,4 % de los adultos mayores presenta un deterioro cognitivo . La mayor prevalencia de demencia se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural. La demencia se asocia a discapacidad, dependencia y morbimortalidad. (MINSAL, Plan Nacional de Demencia, 2017)

Las demencias son más habituales en las personas mayores, pero pueden afectar a personas jóvenes. Las causas más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer y las enfermedades cerebro vasculares. Desde un enfoque de derechos y de acuerdo con lo que plantean los organismos internacionales (OMS, 2012; OEA, 2015; OPS, 2013; ONU, 2006; ADI, 2012), las personas con algún tipo de demencia y sus familias deben tener acceso a un apoyo personalizado, continuo y coordinado, que involucre servicios sociales y atención de salud, respetando su dignidad, promoviendo su participación y su calidad de vida.

En Chile, el estudio de carga de enfermedad de MINSAL (2007) muestra que las demencias figuran en el lugar 18 de las enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en la población general y en el tercer lugar en los mayores de 65 (Ministerio de Salud, 2008). A nivel global corresponden a las enfermedades con el mayor incremento como causa de pérdida de años de vida saludable (alrededor de 200% entre 1990 y 2010) (Murray et al., 2012) y como causa de muerte prematura, pasando del lugar 49 en 1990 al lugar 17 en el 2010, lo que representa un incremento del 394% de años de vida perdidos por muerte prematura (Lozano et al., 2012).

Según el Ministerio de Salud (Minsal), en Chile constituye la 6° causa específica de muerte, con 3.432 defunciones anuales a causa de esta enfermedad. En la actualidad, 200 mil personas padecen alguna demencia, siendo la principal de ellas el Alzheimer. Esta cifra se triplicaría para la mitad de siglo, momento en que los afectados superarían los 626 mil .

Gráfico N° 1. Proyección de población con Demencia en Chile



Fuente: SENAMA, Servicio Nacional Del Adulto Mayor

Tabla N°1, Frecuencia de Adulto Mayor con Demencia con los años

Personas con Demencia	Años
180.000	2016
200.000	2017
261.576	2020
317.921	2025
378.524	2030
442.840	2035
512.238	2040
577.348	2045
626.637	2050

Fuente: Corporación Profesional Alzheimer y Otras Demencias (COPRAD) 2012, Instituto Nacional de estadística (INE)

Tabla N°2 , Prevalencia Mundial

5-8%	65-70 años
15-20%	+ 75 años
25-50%	+ 85 años

Fuente: Corporación Profesional Alzheimer y Otras Demencias (COPRAD) 2012, Instituto Nacional de estadística

( INE)

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

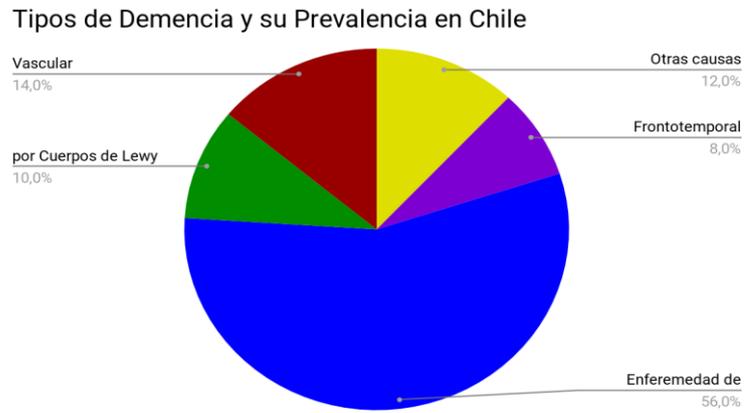
Tabla N°3 , Tipos de Demencia y su Etiología

<b>Tipo de Demencia</b>	<b>Características</b>
Alzheimer	Trastorno progresivo de la memoria reciente, seguido de un déficit de otras funciones cognitivas (lenguajes, razonamiento, viso construcción), 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, déficits 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, viso construcción, capacidad de razonamiento y resolución de problemas, además de síntomas psiquiátricos como delirio y/o alucinaciones visuales.

Fuente: Propuesta para la acción en Terapia Ocupacional. TO en personas mayores con demencia. Universidad Central.

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 56,6%. El gráfico 2 muestra la prevalencia de los distintos tipos de demencia.(SENAMA, 2009).

Gráfico N° 2. Tipos de Demencia



FUENTE: Plan Nacional de demencia. Corporación Nacional de Alzheimer y otras Demencias.

## 2.4.1 CLASIFICACIÓN DE DEMENCIA SEGÚN EL DSM V

### Tabla N°4. Criterios Diagnósticos. Manual Diagnóstico de Salud Mental

( FUENTE: Psiquiatría., A. A. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Londres, Inglaterra: Psychiatric Publishing).

Dominio Cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplo de evaluaciones
<p>Atención compleja (atención continua, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesado).</p>	<p>Mayor: Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos (TV, radio, conversaciones); cualquier cosa que suceda en su entorno lo distrae fácilmente. Incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. Tiene dificultades para retener información nueva, como recordar números de teléfonos o direcciones que le acaban de dar, o explicar lo que acaba de decir. Incapaz de hacer cálculos mentales. Invierte más tiempo del habitual en pensar, se le han de simplificar los componentes por procesar, a unos o pocos.</p> <p>Leve: Tarda más que antes en hacer las tareas normales. Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes. Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas (radio, TV, otras conversaciones, teléfono móvil, conducir).</p>	<p><i>Atención continua:</i> Mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo (p. ej. Pulsando un botón cada vez que oye una señal acústica o durante un periodo de tiempo).</p> <p><i>Atención selectiva:</i> Mantiene la atención a pesar de los estímulos externos y los factores de distracción: Debe escuchar cifras y letras que se le leen, pero se le pide que cuente sólo las letras.</p> <p><i>Atención dividida:</i> Realizar dos tareas al mismo tiempo: Dar golpecitos rápidos a la vez que se aprende una narración que se lee. La velocidad de procesado de cualquier tarea se puede cuantificar cronometrándola (p.ej., tiempo para agrupar bloques de un tipo determinado, tiempo para asociar símbolos con números, velocidad de respuesta, como la velocidad con que se cuenta o en series de tres velocidades).</p>

<p>Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta de retroalimentación o corrección de errores, inhibición/ hábitos predominantes, flexibilidad mental).</p>	<p><i>Mayor:</i> Abandona proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea cada vez. Tiene que fiarse de otros para planificar las actividades instrumentales de la vida cotidiana, o tomar decisiones.</p> <p><i>Leve:</i> Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. Tiene varias dificultades con la multitarea o dificultades para retomar una tarea interrumpida por una visita o una llamada telefónica. Se queja por una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificarse y tomar decisiones. A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o las disfruta poco a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones.</p>	<p><i>Planificación:</i> Puede encontrar la salida de un laberinto, interpretar una secuencia de imágenes o una disposición de objetos.</p> <p><i>Toma de decisiones:</i> Realización de tareas que valoran el proceso de decisión ante alternativas diversas (p. ej., apuestas simuladas).</p> <p><i>Memoria de trabajo:</i> Capacidad para retener la información durante un periodo de tiempo breve y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o de palabras hacia atrás).</p> <p><i>Retroalimentación/utilización de los errores:</i> Capacidad de aprovechar la retroalimentación para deducir las reglas para resolver un problema.</p> <p><i>Inhibición o hábitos predominantes:</i> Capacidad para escoger una solución más compleja y que requiere más esfuerzo para ser correcta (p.ej., mirar en la dirección contraria a la que indica una flecha, decir el color de las letras de una palabra en lugar de la propia palabra).</p> <p><i>Flexibilidad mental o cognitiva:</i> Capacidad para alternar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de números a letras, de respuesta verbal a pulsar una tecla, de sumar números a ordenarlos, de ordenar objetos por tamaño a ordenarlos por color).</p>
---	---	---

<p>Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluidos el recuerdo libre, el recuerdo evocado y la memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica, autobiográfica], aprendizaje implícito.</p>	<p><i>Mayor:</i> Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo.</p> <p><i>Leve:</i> Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de las listas o el calendario. Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer los personajes de la película o de la novela. Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de que facturas ya están pagadas.</p> <p>Nota: Excepto en las formas graves de trastorno neurocognitivo marcado, las memorias semántica, autobiográfica e implícita se conservan relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.</p>	<p><i>Memoria inmediata:</i> Capacidad para repetir una serie de palabras o de números. Nota: A veces la memoria inmediata se incluye en la "memoria de trabajo" (véase "Función ejecutiva").</p> <p><i>Memoria reciente:</i> Valora el proceso de codificación de información nueva (p. ej., listas de palabras, una narración breve o un diagrama). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden comprobar son: 1) el recuerdo libre (se le pide a la persona que recuerde el máximo número posible de palabras, diagramas o elementos de una narración, 2) el recuerdo evocado (el examinador ayuda a recordar ofreciendo pistas como "Señala los productos alimenticios de la lista", "Nombra a todos los niños de la narración" y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta cosas concretas, p. ej., "¿Estaba la palabra 'manzana' en la lista?" O "¿Has visto este diagrama o este dibujo?". Otros aspectos de la memoria que pueden evaluarse son la memoria semántica (recuerdos de episodios personales o de personas) y el aprendizaje implícito (de procesamientos, aprendizaje inconsciente de habilidades).</p>
<p>Lenguaje (lenguaje expresivo [incluye nombrar cosas, encontrar palabras, nombrar palabras, encontrar la fluidez, gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo)</p>	<p><i>Mayor:</i> Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos generales como "eso" o "ya sabes a lo que me refiero" y prefiere los pronombres personales a los nombres. Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. Puede mostrar tanto un uso idiosincrásico de las palabras, como errores gramaticales, lenguaje espontáneo o economía del habla. Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática, que acostumbran a preceder al mutismo.</p> <p><i>Leve:</i> Tiene claras dificultades para encontrar las palabras. A veces sustituye los términos generales por otros específicos. A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas. Los errores gramaticales consisten en omisiones sutiles o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etcétera.</p>	<p><i>Lenguaje expresivo:</i> Nombres confrontados (identificación de objetos o imágenes), fluidez (p. ej. Citar el máximo número posible de elementos de una categoría semántica [p. ej.: palabras que empiecen por F] en un minuto).</p> <p><i>Gramática y sintaxis</i> (Omisiones o uso incorrecto de artículos, preposiciones y verbos auxiliares, etc.): Los errores observados, durante las pruebas de nombres y fluidez, se comparan con los valores normales para valorar la frecuencia de los errores y compararla con los lapsus linguales.</p> <p><i>Lenguaje receptivo:</i> Comprensión (definición de palabras y enseñar objetos con estímulos animados e inanimados): Realizar acciones o actividades según órdenes verbales.</p>
<p>Habilidades perceptuales motoras (incluye las habilidades denominadas con los términos percepción visual, habilidades viso constructivas, perceptuales motoras, praxis y gnosis)</p>	<p><i>Mayor:</i> Tiene dificultades significativas con las actividades que le eran familiares (utilizar herramientas, conducir), desenvolverse en entornos familiares, a menudo más confuso en penumbra, cuando las sombras y la luz escasa alteran la percepción.</p> <p><i>Leve:</i> Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. Utiliza notas, o sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. Es menos preciso al aparcar. Tiene</p>	<p><i>Percepción visual:</i> Se puede recurrir a tareas de bisección con líneas, para detectar defectos visuales básicos o falta de atención. Tareas de percepción sin movilidad (como el reconocimiento facial), que requieran la identificación o la coincidencia de imágenes; mejor si no pueden expresarse verbalmente (p.ej., las imágenes no son objetos); algunas requieren la decisión de si una figura puede ser "real" o no en función de las dimensiones.</p>

	que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales como carpintería, montar cosas, coser o hacer punto.	<p><i>Habilidades visuoconstructivas:</i> Construcción de elementos que requieran una coordinación entre las manos y la vista, como dibujar, copiar o hacer construcciones de bloques.</p> <p><i>Habilidades perceptuales motoras:</i> Integrar la percepción con un movimiento que tenga una finalidad (p.ej., insertar bloques en un tablero de formas sin ayudas visuales, insertar rápidamente unos palitos en un tablero perforado).</p> <p><i>Praxis:</i> Integridad de movimientos aprendidos como la capacidad de imitar gestos (decir adiós) o el uso de objetos a demanda (“muéstrame cómo usarías un martillo”).</p> <p><i>Gnosis:</i> Integridad perceptual de la conciencia y el reconocimiento, como el reconocimiento de caras o colores.</p>
Reconocimiento social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	<p><i>Mayor:</i> Comportamiento claramente alejados de lo socialmente aceptable, muestra insensibilidad ante normas sociales de corrección en el vestir o en temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o, aunque se lo digan directamente. Intenciones y comportamiento sin tener en cuenta a la familia ni a los amigos. Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (p.ej., uso de vestimenta inadecuada para el tiempo o situación social). Habitualmente presta poca atención a estos cambios.</p> <p><i>Leve:</i> Presenta cambios sutiles de comportamiento o de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversión o introversión, menor inhibición o apatía o nerviosismo sutiles o episódicos</p>	<p>Reconocimiento de emociones: Reconocimiento de la emoción en imágenes de caras que representan diversas emociones tanto positivas como negativas.</p> <p>Teoría de la mente: Capacidad para considerar el estado mental de otra persona (pensamientos, deseos, intenciones) o su experiencia; fichas con preguntas para obtener información sobre el estado mental del individuo retratado, como por ejemplo “¿Dónde buscará la niña el bolso perdido? o “¿Por qué está triste el niño?”.</p>

- **Trastorno neurocognitivo mayor**

**A.** Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

- B.** Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
- C.** Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D.** Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

- **Trastorno neurocognitivo leve**

- A.** Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
  1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva
  2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B.** Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C.** Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D.** Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

## **Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

### **Para el trastorno neurocognitivo mayor:**

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
  - A.** Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
  - B.** Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas
  - C.** Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

### **Para un trastorno neurocognitivo leve:**

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.

2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
  3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
- D La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

### **Trastorno neurocognitivo Frontotemporal mayor o leve**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. Aparece (1) o (2):
  1. Variante de comportamiento:
    - **Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:**
    - Desinhibición del comportamiento.
    - Apatía o inercia.
    - Pérdida de simpatía o empatía.
    - Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
    - Hiperrealidad y cambios dietéticos.
    - Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.
  2. Variante de lenguaje:
    - Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.
- D Ausencia relativa de las funciones perceptual, motora, de aprendizaje y memoria.
- E La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

### **Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
- C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy.
- D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

### **Trastorno neurocognitivo Vascular mayor o leve**

- A.** Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B.** La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
  - 1. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
  - 2. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
- C** Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.
- D** Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

### **Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral**

- A.** Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B.** Existen evidencias de un traumatismo cerebral, es decir impacto en la cabeza o algún otro mecanismo de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:
  - 1. Pérdida de consciencia.
  - 2. Amnesia postraumática.

3. Desorientación y confusión.
  4. Signos neurológicos (p. ej., diagnóstico por la imagen neurológica que demuestra la lesión, convulsiones de nueva aparición, marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, reducción de los campos visuales, anosmia, hemiparesia).
- C** El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de producirse un traumatismo cerebral o inmediatamente después de recuperar la consciencia y persiste pasado el periodo agudo postraumático.

## **2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEMENCIA CIE-10.**

### **Criterios generales para la Demencia**

Síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores (ej., memoria, pensamiento, orientación). La consciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

### **Pautas para el diagnóstico**

#### **G1. Existen pruebas para:**

1. Deterioro de la memoria sobre todo para el aprendizaje de información nueva, aunque también puede afectarse la evocación de información previamente aprendida.
2. Déficit en otras habilidades cognoscitivas, caracterizado por un deterioro en el juicio y pensamiento (ej. planificación y organización) y en el procesamiento general de la información

**G2.** Conciencia del entorno (ausencia de obnubilación de la consciencia durante un período lo suficientemente largo, que permita la inequívoca demostración de los síntomas del criterio G1). Si se presentan episodios de delirium superpuestos, el diagnóstico debe ser aplazado

**G3.** Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta al menos por uno de los siguientes:

1. Labilidad emocional

2. Irritabilidad
3. Apatía
4. Embrutecimiento en el comportamiento social

**G4.** Los síntomas del criterio G1 deben haberse presentado al menos durante 6 meses.

Tipos de demencia

- **Demencia en la Enfermedad de Alzheimer**

Enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con unos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. Inicios insidiosos y desarrollo lento, pero progresivo.

A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4)

B. No existen pruebas en la historia clínica, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia (ej. enfermedad cerebrovascular, parkinson, infección por VIH), de un trastorno sistémico (ej. hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) o de abuso de alcohol o sustancias.

**Subtipo:**

- De inicio precoz: A los 65 años o antes. Con un curso de deterioro relativamente rápido y con múltiples y marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores
- Multiinfarto: Inicio gradual (entre 3 y 6 meses) precedido de varios episodios isquémicos menores
- De inicio tardío: Después de los 65 años. Con una progresión lenta y con deterioro de la memoria como rasgo principal
- Atípica o mixta: Con importantes rasgos atípicos o que cumplen criterios para ambos tipos (inicio precoz y tardío). También demencias mixtas vascular y de Alzheimer
- Sin especificación

- **Demencia Vascular**

Es el resultado de la infartación del tejido cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños, pero sus efectos son acumulativos. El inicio suele ser en edades avanzadas.

**G1. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4)**

**G2. Los déficits de las funciones corticales superiores se distribuyen de forma desigual, con algunas funciones afectadas y otras relativamente no afectadas.**

**G3. Hay pruebas clínicas de lesión cerebral local, que se manifiesta por al menos una de las siguientes:**

1. Debilidad espástica unilateral de los miembros
2. Aumento unilateral de los reflejos osteotendinosos
3. Un reflejo plantar extensor
4. Parálisis pseudobulbar

**G4. Hay pruebas en la historia clínica, exploraciones o test, de una enfermedad cerebrovascular significativa, la cual puede juzgarse, de forma razonable**

**Subtipos:**

- De inicio agudo: Se desarrolla rápidamente (normalmente en 1 mes, pero no en más de 3 meses) tras una serie de ictus o, raramente, tras un único infarto extenso
- Multiinfarto: Inicio gradual (entre 3 y 6 meses) precedido de varios episodios isquémicos menores
- Subcortical: Antecedente de hipertensión arterial. Hay pruebas de enfermedad vascular localizada en zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, con preservación de la corteza cerebral
- Mixta cortical y subcortical
- Otra demencia vascular
- Sin especificación

● **Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar**

Se clasifican aquí los casos de demencia debido, o presuntamente debidos, a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad cerebrovascular. Pueden comenzar en cualquier periodo de la vida, aunque raramente en edades avanzadas.

● **Demencia en la enfermedad de Pick**

Progresiva de inicio en la edad media. Caracterizada por cambios de carácter y deterioro social precoces y lentamente progresivos, seguidos de un deterioro de las funciones de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, fenómenos extrapiramidales.

● **Demencia en la enfermedad de Huntington**

Se presenta formando parte de una degeneración diseminada del tejido cerebral. La enfermedad se transmite por un único gen autosómico

dominante. La sintomatología suele aparecer en la tercera y cuarta décadas. La progresión es lenta y lleva a la muerte en 10 a 15 años.

- **Demencia en la enfermedad de Parkinson**

Aparece en el curso de una enfermedad de Parkinson claramente establecida. No se han demostrado rasgos clínicos distintivos.

### **2.4.3 FACTORES DE RIESGO:**

Existen factores de riesgo no modificables y modificables. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en el caso de los desórdenes cognitivos de las personas mayores, cada etiología de la demencia se relaciona con sus propios factores de riesgo y factores protectores.

Los factores de riesgo no modificables son la edad (con respecto a la edad, una mayor proporción de demencia se expresa en personas de 60 años y más) la historia familiar de demencias similares, o alteraciones genéticas; dentro de los factores modificables que también contribuyen a una mayor vulnerabilidad destacando aquellas condiciones propias del síndrome metabólico (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia), el tabaquismo, baja escolaridad, estilo de vida poco saludable (sedentarismo, privación de sueño, estrés y trastornos de salud mental no tratados) que sí podrían ser modificados y por consiguiente, cuando son intervenidos oportunamente podrían atenuar el riesgo de una demencia. (SENAMA, 2009).

Como contraparte se han reconocido algunos *factores protectores*, que se asocian con menor riesgo de desarrollar demencia. Entre estos son relevantes el control de los factores de riesgo antes mencionados y la mantención de un estilo de vida saludable a través de la implementación de estrategias preventivas, las cuales combinadas con otras intervenciones y enfocadas en los factores de riesgo, tienen mayor probabilidad de ser efectivas. Dado que actualmente no existe una cura para la demencia.

Dentro de las estrategias preventivas entra la intervención del *Terapeuta Ocupacional* como tratamiento no farmacológico, complementado con el tratamiento farmacológico y la intervención de otros profesionales.

## **2.5 TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS (TNF)**

Se entiende por *Terapias no farmacológicas (TNF)* “Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada por el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (Olazarán et al..., 2010).

Por lo general las terapias no farmacológicas en el tratamiento de la demencia se centran en procurar una mejora en la calidad de vida del paciente y en su capacidad de autonomía, una preservación de las funciones mentales durante el mayor tiempo posible, se utilizan para enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades afectadas que frenan la independencia ocupacional.

*Las TNF comenzaron a aplicarse de forma sistemática en las demencias por parte de varios grupos de profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) en un intento de paliar los efectos de estos procesos, a falta de tratamientos curativos. El primer estudio publicado aparece bajo el título de “Tratamiento experimental de la confusión senil persistente”*

*Hoy en día llamaríamos a dicha intervención terapia ocupacional completa, dirigida a mejorar las actividades sociales y doméstica (Cosin et al., 1958)*

## **2.6 MARCOS/ MODELOS DE REFERENCIA**

### **2.6.1 MODELO OCUPACIÓN HUMANA**

Se utiliza este Modelo, debido a la influencia que tiene el ambiente (físico y social) en la ocupación. 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.

En el trabajo en Adulto mayor con demencia, el Terapeuta Ocupacional basa su intervención en el análisis de la persona con toda su globalidad, para posteriormente observar cuál es la relación existente en las pérdidas físicas y cognitivas con las limitaciones funcionales, detectando igualmente, los posibles factores ambientales que puedan estar influyendo en todo este proceso. Para justificar la intervención, es importante establecer los modelos planteados para

el trabajo del Terapeuta Ocupacional y la forma de intervención mediada por los distintos modelos basados en la Ocupación.

Según Crepeau, E., Willard, H., Cohn, E., Spackman, C. (2005). Este modelo intenta explicar de qué manera la Ocupación es motivada, adopta patrones y es realizada. Considera 3 componentes que van interrelacionados con el ambiente: La volición, la habituación y la capacidad de desempeño.

La volición se define como nos encontramos energizados por un impulso universal hacia la acción, cada individuo desea hacer las cosas que valora, se siente competente para hacerlo y en ello encuentran satisfacción. Dentro del componente volitivo, se encuentra tres subcomponentes:

- **Causalidad personal:** Sentido de eficiencia o capacidad personal (define para qué somos buenos, nuestras habilidades, capacidad o destrezas).
- **Valores:** Importancia o valor que se le otorga a lo que uno hace.
- **Intereses:** Goce o satisfacción que experimenta la persona al hacer las cosas.

La habituación comprende un patrón semi autónomo de comportamiento; está organizado en concordancia con nuestros hábitos temporales, físicos y sociales familiares.

Los hábitos son tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares. Los roles internalizados, son la incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionado de actitudes y comportamientos.

La Capacidad de desempeño es definida como la capacidad para hacer cosas provistas por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente. Es importante considerar las estructuras corporales y funciones corporales que permiten el despliegue de habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción.

El Ambiente, que está definido como conjunto de personas, lugares, objetos y circunstancias que nos rodean. El ambiente posee funciones que permiten estimular a través de proveer potenciales de comportamiento, libertades de

acción y oportunidades; y de tensionar a través de las demandas y expectativas de comportamiento ocupacional.

Dentro de las ventajas que posee el modelo se encuentra que posee pautas propias estandarizadas que permiten que se pueda cuantificar y organizar la información obtenida, por ende, permite desarrollar un plan de acción de acuerdo a los estándares propuestos por este.

### **2.6.2 MODELO PERSONA AMBIENTE OCUPACIÓN**

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. 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.

El modelo considera a la persona como un ser dinámico, en continuo desarrollo e interacción con el medio ambiente. Establece que tanto el ambiente, como el comportamiento cambian. Los ambientes pueden favorecer o limitar el desempeño ocupacional, en consecuencia, es más fácil modificar o cambiar el ambiente que a la persona.

Se puede observar a través de este modelo, que, la modificación de uno de los elementos implica la modificación de los otros dos y por consiguiente la modificación del desempeño ocupacional de la persona.

La ocupación de la persona está dada por: Tareas, actividades y la ocupación propiamente tal, que constituye todas aquellas acciones significativas que realiza la persona.

Las ventajas del modelo corresponden a la flexibilidad de éste, con respecto a la realización de la terapia, es decir, se pueden realizar múltiples formas de terapia frente a una disfuncionalidad.

Las desventajas del modelo corresponden a lo nuevo que es y por esta razón las terapias no tienen técnicas o métodos específicos, de los cuales el profesional pueda sustentarse, sin embargo, el modelo está debidamente aprobado por la CIF.

### 2.6.3 MODELO CANADIENSE DEL DESEMPEÑO

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.

Se basa en una perspectiva centrada en el cliente, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. Al hablar de cliente se refiere tanto a personas a escala individual como a grupos, empresas o comunidades.

El C.M.O.P ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente, y que puedan participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona.

El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en busca de cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.

No es un proceso estático sino dinámico, así viene reflejado en su representación, entre la persona, el medio y las ocupaciones.

Se aplica tanto a personas como a grupos o comunidades. hay tres interlocutores fundamentales: persona, ocupación y medio

**Ocupación:** Emanan del concepto general de ocuparse a uno mismo y de ejercer control en la vida propia.

**Persona:** Es vista de forma Holística. Es un punto de vista de las personas como seres completos, integrados por mente cuerpo y espíritu.

**Medioambiente:** La persona y su desempeño ocupacional jamás se pueden considerar de forma aislada de su medio. Los ambientes institucionales, sociales, físicos y culturales poseen una gran influencia en las personas .

**Desempeño Ocupacional:** Resultado de la interacción entre las personas, su medio y la ocupación. Es la capacidad de elegir y realizar actividades significativas, culturalmente adecuadas, para un apropiado cuidado personal y

goce de vida, dentro de la comunidad. La persona y el medio son interdependientes, debe existir armonía entre ambos.

#### **2.6.4 MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO**

Comprendemos el desarrollo ecológico humano como el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto a este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen con otros entornos y por los contextos más grandes en los que se ven involucrados estos entornos.

Esta perspectiva es considerada visionaria al plantear la concepción de la persona, ambiente y la interacción que existe entre ambas, por lo que el desarrollo se entiende como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe el ambiente y se relaciona con él.

Este modelo entiende como ambiente ecológico al conjunto de estructuras seriadas, donde cada uno cabe dentro de la siguiente, donde en el nivel más interno encontramos al entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo (Por ejemplo: la casa); el segundo nivel nos permite observar las relaciones e interacciones que los sistemas componentes del entorno inmediato pueden desarrollar (Por ejemplo: el desarrollo de la lectura de un niño depende de la interacción entre el sistema escolar y el hogar).

El tercer nivel da cuenta de la comprensión de la hipótesis que el autor plantea, la cual indica que el desarrollo de las personas está intrínsecamente asociados a los hechos que ocurren en su entorno, donde las personas no necesariamente están presentes (Por ejemplo: condiciones sociales).

Por último, debemos comprender que estos tres sistemas vistos se encuentran relacionados a partir de un ambiente ecológico mayor, el cual comprende las relaciones culturales, lo que permite visualizar una estructura de ordenamiento y organización de las sociedades, y cómo los factores asociados a este entorno impactan en el resto de los sistemas (Por ejemplo: crisis económica) (FTDE, 2013). Un elemento de alta importancia acerca de este modelo es que no establece relaciones lineales, sino más bien en torno a relaciones sistémicas.

Este modelo plantea que los problemas se mantienen cuando el entorno social no dispone de los recursos necesarios, por lo cual la intervención debiera focalizarse más en los entornos que en las personas, y desarrollarse desde los objetivos y valores de los entornos.

Un instrumento de evaluación que permite realizar un análisis ecológico corresponde al Ecomapa de Redes, ya que éste permitiría graficar el establecimiento de relaciones entre el contexto familiar y los sistemas que envuelven el desarrollo social de éstos; la diferencia que se establece con la orientación de redes es que esta última se orienta desde el sujeto índice de intervención y sus relaciones.

### **2.6.5 MODELO DE REDES**

El modelo de redes sociales surge y se desarrolla como una aplicación de la teoría de la comunicación al entramado de interacciones que se generan alrededor de las personas. En cuanto a los aspectos teóricos, no existe aún una teoría unificada de redes sociales, pero sí existen una serie de modelos locales que se elaboran según la naturaleza del problema a abordar, basados en orientaciones teóricas y epistemológicas distintas.

La red es el correlato psicosocial de la modernidad. La red social ya no habla de territorio, de identidad o historia, habla de intercambio de recursos, de apoyo recíproco, de contacto social, de ganancia social, de influencia.

Las intervenciones planificadas diseñadas a partir de este enfoque conectan la vida privada de la persona con sus amigos, familia, compañeros de trabajo y con actores sociales pertenecientes a instituciones y organizaciones, configurando así un espacio amplio de circulación constructiva del apoyo social.

Este modelo plantea que la existencia social humana se desarrolla en tres matrices fundamentales: matriz comunitaria, matriz reticular y matriz institucional. De la articulación, adecuación y equilibrio entre las tres matrices depende en gran medida las características de los procesos y estados de integración social de las personas.

### **2.6.6 MARCO DE REFERENCIA REHABILITADOR**

Adopta la filosofía de la Rehabilitación, que enfatiza las capacidades del individuo; por lo tanto, se centra en los métodos compensatorios. A pesar del deterioro, los cambios en los métodos de trabajo, dispositivos de asistencia y modificaciones ambientales nos aseguran un mejor desempeño en las actividades diarias.

#### **Premisas**

1. Una patología crónica, si bien puede comprometer en forma significativa el desempeño, no lo hace en su totalidad, por lo tanto, encontraremos en las personas capacidades residuales o remanentes posibles de utilizar y optimizar.
2. Una persona que reduce su desempeño verá disminuida su independencia funcional.
3. Con estrategias y técnicas de compensación un individuo puede recobrar su independencia.
4. El nivel de motivación afecta el logro de la independencia.
5. Los ambientes en los cuales se desempeña una persona tienen una gran influencia en su motivación por la independencia.
6. Los métodos para compensar se pueden generar mediante la reorganización de actividades o con la adaptación de técnicas, equipos o del ambiente.
7. Cuando las personas logran desempeñarse con estos métodos compensatorios, alcanzarán independencia.
8. El proceso de compensación para alcanzar independencia implica procesos de enseñanza-aprendizaje y de adaptación física y emocional, que finalmente aportarán a la calidad de vida de la persona y de su entorno.
9. Aplicable en personas con secuela de patología crónica como, por ejemplo: amputaciones, plejías, enfermedad reumática, cardiovascular o respiratoria, enfermedad de Parkinson, lupus eritematoso, entre otras.

### **2.6.7 MARCO DE REFERENCIA BIOMECÁNICO** (Fuente: Modelos de intervención para Terapeutas Ocupaciones, Universidad Mayor)

Su foco se encuentra en la capacidad motora del sujeto. Nace desde una perspectiva reduccionista. Pretende orientar la mejora del componente motor alterado por un proceso de enfermedad, de manera que el sujeto pueda

alcanzar un nivel de función que le permita retomar sus áreas del desempeño ocupacional en las condiciones óptimas.

#### Fundamentos y Principios Básicos

Apoyado en un metamodelo reduccionista, contempla interacciones entre la fisiología neuromuscular, la anatomía del aparato locomotor, las leyes de palanca, la acción de la gravedad y de la resistencia.

Posee 4 supuestos básicos:

1. La actividad con objetivo pueden utilizarse para mejorar el rango de movimiento, la fuerza y la resistencia: se considera fundamental el análisis de la actividad respecto los segmentos que participan, los tipos de actividad muscular y los patrones motores requeridos para desempeñar.
2. El objetivo de recuperar el rango de movimiento, la fuerza y la resistencia, es que el individuo, gracias a la mejoría de estos parámetros, recupere automáticamente la función.
3. Existe un equilibrio entre reposo y esfuerzo requerido: al inicio de un proceso recuperativo el reposo será más prolongado, sin embargo, en la medida que se va recuperando función, se va incrementando el esfuerzo.
4. Se requiere indemnidad del SNC, ya que la capacidad para controlar los movimientos debe permanecer intacta.

Este modelo se utiliza en personas que por un proceso de enfermedad ven alterados los componentes de rango de movimiento, fuerza y resistencia. Ejemplo: Personas con fracturas, amputaciones, lesiones de nervios periféricos, quemaduras, artrosis de mano, artritis reumatoidea, alteraciones cardio-respiratorias, entre otras alteraciones traumatológicas.

#### 2.6.8 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Corriente desarrollada desde la Psicología Experimental que intenta descubrir qué procesos del pensamiento tienen lugar en la mente. No se conforma con analizar el comportamiento desde la simple conexión estímulo-respuesta, sino que intenta comprender cómo la mente procesa la información.

##### **Pilares:**

- **Aprendizaje clásico:** Los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente.

- **Aprendizaje operante:** Proceso en el cual los comportamientos se mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen.
- **Aprendizaje social de Bandura:** Énfasis que la imitación juega en el aprendizaje. El aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que, de la observación de otras personas, así como de la información recibida por símbolos verbales o visuales
- **Aprendizaje Cognitivo:** Basado en la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y en la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Se hace hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque admiten que no toda la vida emocional se puede explicar desde el pensamiento. El pensamiento del sujeto refleja su sistema de creencias, su modelo de interpretación del mundo.

#### **2.6.9 INTEGRACIÓN SENSORIAL**

Se refiere tanto a un proceso neurofisiológico como a una teoría de relación entre la organización neural del procesamiento y el comportamiento sensorial. Ayres (1989), terapeuta ocupacional que desarrolló esta teoría, definió la integración sensorial como: el proceso neurológico que organiza la sensación de nuestro propio cuerpo y desde el ambiente y hace posible usar eficazmente el cuerpo dentro del ambiente. Los aspectos espacial y temporal de las aferencias de diferentes modalidades sensoriales son interpretados, asociados y unificados. La integración es el procesamiento de la información.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 METODOLOGÍA ELEGIDA**

Para el logro de los objetivos se llevó a cabo un muestreo teórico de literatura disciplinar relevante y una búsqueda dirigida en las siguientes bases de datos de publicaciones científicas: Pub-Mes , SciElo, Google Scholar, utilizando los términos “Terapia Ocupacional y demencia”, “Occupational Therapy and Dementia” , “Terapia Ocupacional y Alzheimer”, “Occupational Therapy and Alzheimer”, entre otros. Además, se llevó a cabo una revisión dentro de la base de datos y libros electrónicos de la Universidad San Sebastián.

Esta investigación se sustentó de un enfoque de tipo cualitativo , exploratorio, correlacional.

El enfoque cualitativo se basó en revisión sistemática y/o metaanálisis, ensayos clínicos, estudios de evaluación con o sin grupos de comparación, directamente relacionadas con los beneficios de la Terapia Ocupacional en adulto mayor con demencia.

También se incluyó un tipo de estudio exploratorio, correlacional, ya que el objetivo a investigar es poco abordado y estudiado en Chile, para obtener información más profunda y precisa del tema a investigar.

#### **3.2 PARADIGMAS Y PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS**

La metodología de tipo cualitativa es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, referida a lo particular.

El estudio exploratorio son investigaciones que pretenden darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad.

Este tipo de investigación se realiza cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido y cuando más aún, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### **3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo de investigación utiliza como criterio metodológico el Muestreo Teórico, el cual no utiliza un número que fije la muestra de antemano, pues continuamente los datos analizados se van sumando o restando a la muestra, en la medida que la investigación o el análisis se van desarrollando de acuerdo con la pregunta de investigación. Para este muestreo se utilizan palabras claves como “terapia ocupacional y demencia”, o “terapia ocupacional y tratamiento no farmacológico en demencia”.

*“El muestreo teórico es la recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide qué datos recoger después y donde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge . Este proceso de recogida de datos está controlando por la teoría emergente”* (Glaces & Strauss, 1967:45, fide. Flick, 2007: 78)

### **3.4 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3.4.1 Excel**

*“Excel es una aplicación para crear hojas de cálculo que está dividida en filas y columnas, al cruce de estas se denomina celdas sobre las cuales se almacena información (letras o números) que podemos usar para realizar operaciones, tales como sumas, restas, multiplicaciones , divisiones, cálculos”* (Curso Excel Básico).

En esta investigación se utilizó para ingresar datos obtenidos de los análisis de los diferentes documentos revisados, con el fin de establecer una base de datos amplios, además se utilizó para realizar gráficos estadísticos sobre los datos.

### 3.5 RESULTADOS DE METODOLOGÍA

De los artículos encontrados, se identifican diversas metodologías de investigación, de las cuales destacan:

Se incluyeron investigaciones que evaluaron únicamente intervenciones realizadas por terapeutas ocupacionales excluyendo intervenciones desarrolladas por otros profesionales.

En el proceso de revisión bibliográfica se encontraron un total de 10 documentos realizados en Chile y 27 documentos desarrollados en el extranjero, de un universo de 153 textos.

Para lograr establecer el tipo de estudio a realizar, se desarrolló una matriz clasificatoria de los textos nacionales y de los textos realizados en el extranjero, obteniendo los siguientes resultados:

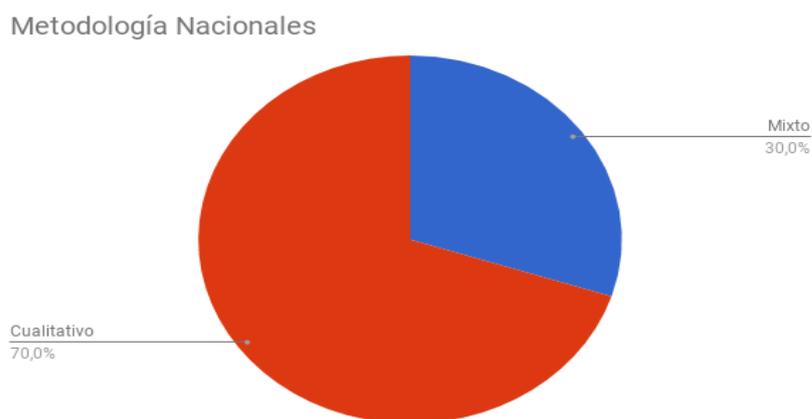
TABLA N°5 .Metodología utilizada en Chile.

<b>Metodología</b>	<b>Cantidad de Documentos</b>
<b>Mixto</b>	<b>3</b>
<b>Cualitativo</b>	<b>7</b>
<b>Cuantitativo</b>	<b>0</b>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, metodologías utilizadas en documentos nacionales.

Dentro de los 10 textos de Terapia Ocupacional y Demencia a nivel Nacional se evidencia una mayor prevalencia de metodología Cualitativa siendo utilizada en 7 textos y la segunda más utilizada es la metodología de tipo Mixta , utilizándose en 3 textos Nacionales.

Gráfico N°3: Porcentaje de metodología utilizada en textos Nacionales.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Por otro lado, se logró identificar la prevalencia en el tipo de estudio realizado en los textos nacionales:

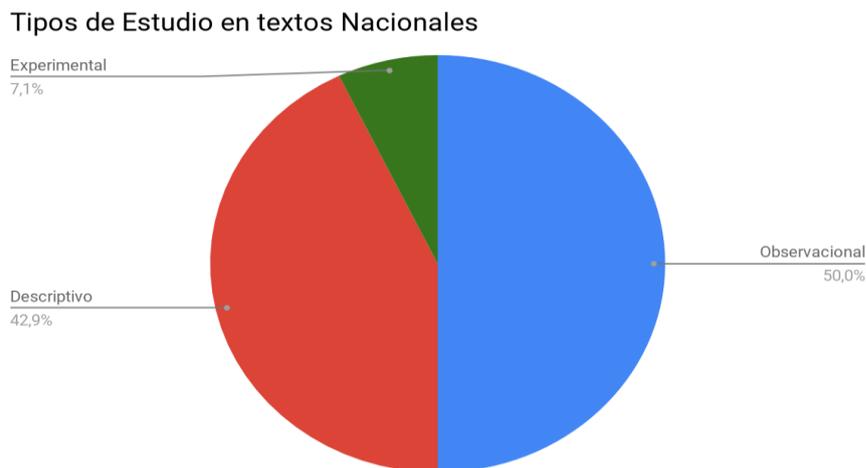
TABLA N°6. Tipo de estudio utilizado en Chile

<b>Tipos de Estudio</b>	<b>Cantidad en textos</b>
<b>Observacional</b>	<b>7</b>
<b>Descriptivo</b>	<b>6</b>
<b>Experimental</b>	<b>1</b>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, metodologías utilizadas en documentos nacionales.

En Chile se evidencia una mayor utilización del tipo de estudio observacional utilizando en 7 textos, el segundo tipo de estudio más utilizado es el descriptivo y el menos utilizado es el de tipo experimental, viéndose utilizado solo en 1 texto Nacional.

Gráfico N°4. Tipo de Estudio utilizado a Nivel Nacional



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

A continuación, se evidencia la metodología y los tipos de estudio utilizados en los textos del Extranjero.

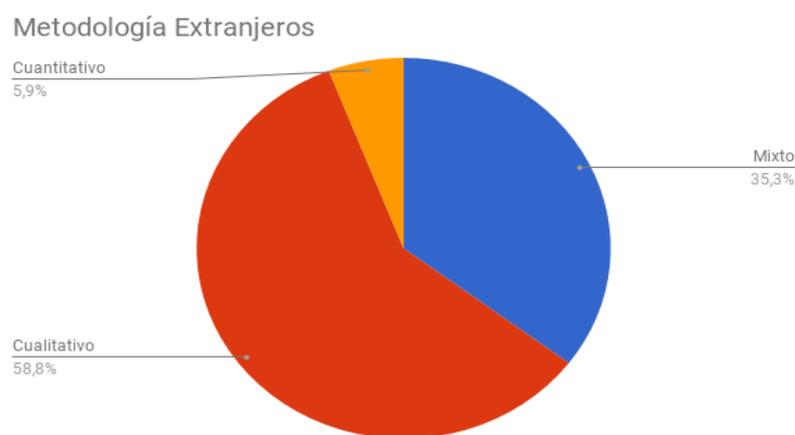
TABLA N°7 Metodología en Textos Extranjeros

Metodología	Cantidad de Documentos
Mixto	6
Cualitativo	10
Cuantitativo	1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, metodologías utilizadas en documentos internacionales.

La metodología más utilizada en terapia ocupacional y demencia en el extranjero es la cualitativa con 10 textos, posterior se encuentra la metodología mixta con 6 textos y la menos utilizada es la de tipo cuantitativa utilizándose en solo 1 texto.

## GRÁFICO N°5. Metodología del Extranjero



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

TABLA N°8. Tipo de estudio utilizado en el Extranjero

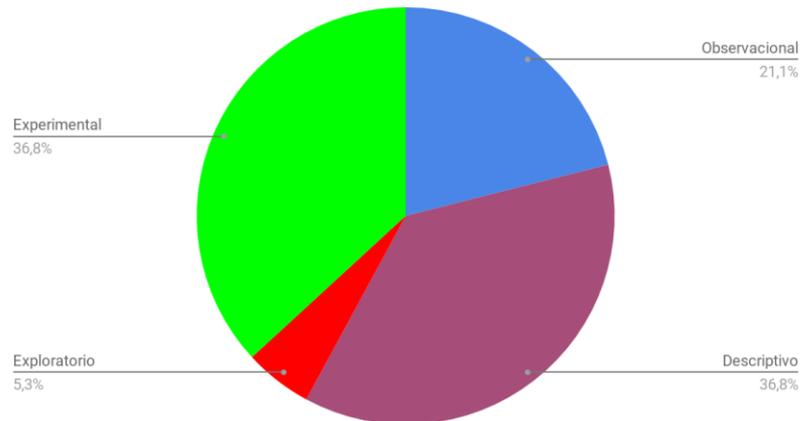
<b>Tipos de Estudios</b>	<b>Cantidad de Textos</b>
<b>Observacional</b>	<b>4</b>
<b>Descriptivos</b>	<b>7</b>
<b>Exploratorio</b>	<b>1</b>
<b>Experimental</b>	<b>7</b>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Los tipos de estudio más utilizados en el extranjero son los de tipo descriptivo y experimental, encontrándose en 7 textos, el segundo estudio que más se utilizó fue el de tipo observacional, utilizado en 4 textos, y por último el menos utilizado fue el estudio de tipo exploratorio, evidenciado en sólo en 1 texto.

## GRÁFICO N°7. Tipo de Estudio Extranjero

Tipos de estudios en textos Extranjeros



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

### 3.1 SÍNTESIS DE DATOS NACIONALES /EXTRANJEROS

Al analizar los 27 textos se evidencia que hay una mayor prevalencia de metodología cualitativa con un total de 17 textos de Chile y el extranjero, siendo la segunda prevalencia la metodología mixta con un total de 9 textos, y la de menor prevalencia la metodología cuantitativa utilizándose sólo en 1 texto en el extranjero. Además, se evidencia que los tipos de estudio que más se utilizan tanto en Chile como en el extranjero son el experimental, descriptivo y el observacional y el de menor prevalencia es el exploratorio siendo solo 1 en el extranjero.

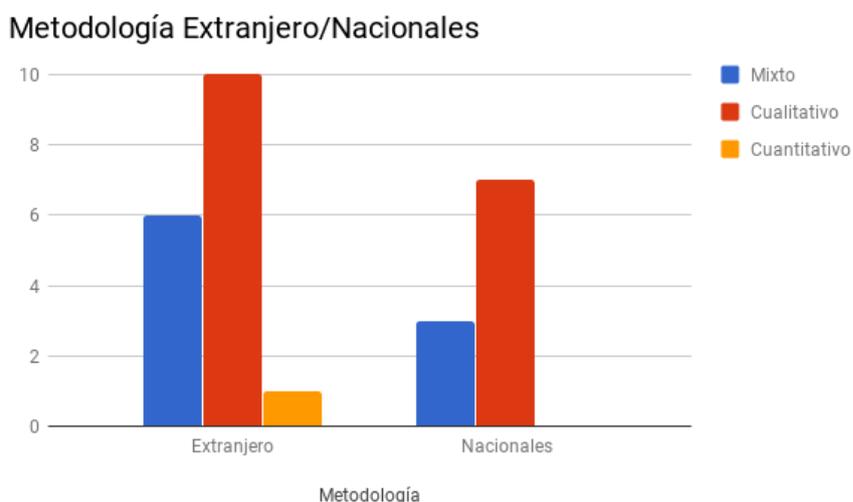
TABLA N°9. Metodología utilizada en Chile y el Extranjero

Metodología	Extranjero	Nacionales
Mixto	6	3
Cualitativo	10	7
Cuantitativo	1	0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Tabla comparativa de metodología utilizada tanto en textos extranjeros como en textos nacionales, evidenciando una fuerte utilización de la metodología de tipo cualitativa, seguido de una metodología mixta, y queda evidenciado que, de los textos analizados, sólo en el extranjero se realiza estudio de tipo cuantitativo .

GRÁFICO N°7. Metodología utilizada en Chile y el Extranjero.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

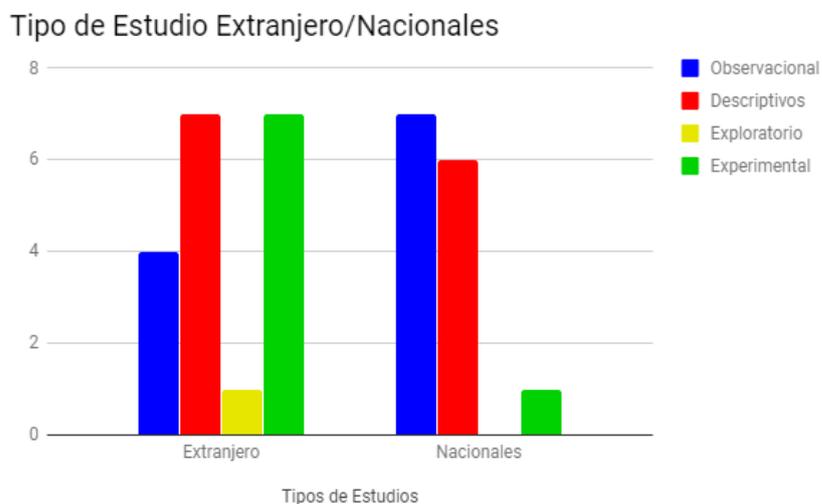
TABLA N°10 Cuadro de Tipo de Estudio Chile/Extranjero

Tipos de estudios	Extranjero	Nacionales
Observacional	4	7
Descriptivos	7	6
Exploratorio	1	0
Experimental	7	1

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

Tabla comparativa de tipos de estudio en textos nacionales y extranjeros, evidenciando que en estudios de tipo observacional es uno de los más utilizados a nivel nacional, encontrándose 7 textos nacional, en cambio, en el extranjero sólo se utilizó en 4 textos, siendo el segundo tipo de estudio más utilizado; los estudios de tipo descriptivos, en los textos nacionales representan el segundo tipo de estudio más utilizado encontrándose en 6 textos, en el extranjero es uno de los tipos de estudios que predomina, evidenciándose en 7 textos ; los estudios de tipo exploratorio representa la minoría en los textos extranjero encontrándose sólo en un texto, por otra parte, en los texto nacionales no se utiliza el estudio de tipo exploratorio; los de tipo experimental en los texto nacionales representan uno de los menos utilizados encontrándose sólo en 1 texto, no así en los extranjeros, siendo uno de los estudios más utilizados, evidenciados en 7 textos.

GRÁFICO N°8. Tipo de Estudio en Chile y el Extranjero



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 4.1.1 RESULTADO DE PAUTAS DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL A NIVEL NACIONAL POR CATEGORÍA.

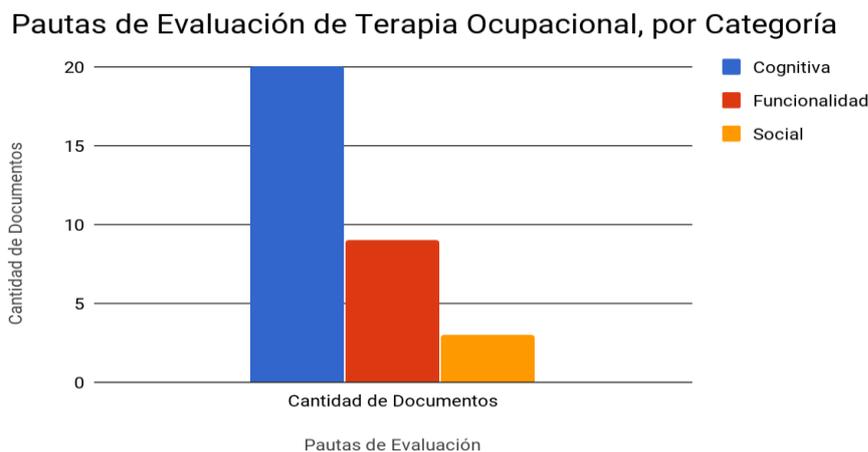
Para el análisis se realizó una categorización de 32 pautas de evaluación encontradas en 10 textos de Terapia Ocupacional en Adulto Mayor con Demencia a nivel Nacional, entre los cuales se logró determinar mayor aplicación de evaluaciones de tipo Cognitivas, siendo utilizadas 20 pautas de este tipo en los diferentes textos; en segundo lugar se encontró a las evaluaciones de Funcionalidad en 9 textos, la cuales estaban distribuidas entre actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales; y por último, las de menor prevalencia fueron las evaluaciones de tipo Social, las que incluían: Entrevista y pautas aplicadas al cuidador, las cuales fueron utilizadas en solo 3 textos.

TABLA N° 11. Pautas de Evaluación encontradas y frecuencia en los textos nacionales

<b>Categoría de Evaluación</b>	<b>Cantidad de Pautas Estandarizadas utilizadas en los 10 textos Nacionales</b>
<b>Funcionalidad</b>	<b>9</b>
<b>Cognitiva</b>	<b>20</b>
<b>Social</b>	<b>3</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

## GRÁFICO N°9 Frecuencia de pautas encontradas en textos nacionales



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

### 4.1.2 RESULTADOS DE MODELOS PROPIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN CHILE.

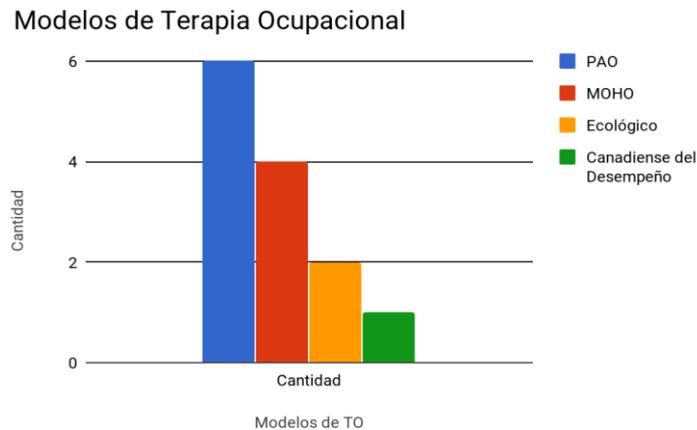
Se realizó una categorización en base a 10 textos analizados y se seleccionó los Modelos Propios de Terapia Ocupacional más utilizados a nivel Nacional, entre los cuales se estableció que el de mayor prevalencia es el Modelo Persona Ambiente Ocupación (PAO), siendo utilizado en 6 textos; en segundo lugar, con 4 textos, es el Modelo Ocupación Humana (MOHO) y el de menor prevalencia es el Modelo Canadiense del Desempeño con una utilización en 2 textos y el Modelo Ecológico que se utilizó en solo 1 texto.

TABLA N°12. Modelos Propios de Terapia Ocupacional

Modelos Propios de Terapia Ocupacional	Cantidad
Persona Ambiente Ocupación	6
Modelo Ecológico	1
MOHO (Modelo Ocupación Humana)	4
Modelo Canadiense del Desempeño	2

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 10. Modelos propios de Terapia Ocupacional y su frecuencia descrita en textos nacionales



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.3 RESULTADOS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL, SEGÚN CATEGORÍAS.

Dentro de los textos Nacionales, al realizar una categorización, se logró identificar 28 estrategias de intervención de Terapia Ocupacional, en las que se evidencia la utilización de estrategias de tipo Ambientales (re-educación y estructuración ambiental, uso de ayudas técnicas, métodos compensatorios), siendo encontrada en los 10 textos; las segunda estrategia más utilizada es la estimulación cognitiva, identificada dentro de 5 textos ( terapia de validación, reminiscencia); en tercer lugar, con 4 textos se encuentra el entrenamiento en AVD y la intervención Psicomotora; otra de las estrategias que se utilizó, es la educación y el Asesoramiento a Familiares/Cuidadores, encontrándose en 3 de los 10 textos; finalmente las estrategias que poseen menor prevalencia son la Rehabilitación Cognitiva, la Articulación de la red de Salud , intervención individual/Grupal y el manejo de los Síntomas Psicológicos y Cognitivos de la Demencia (SPCD), viéndose la utilización de estas en solo 1 texto de cada uno.

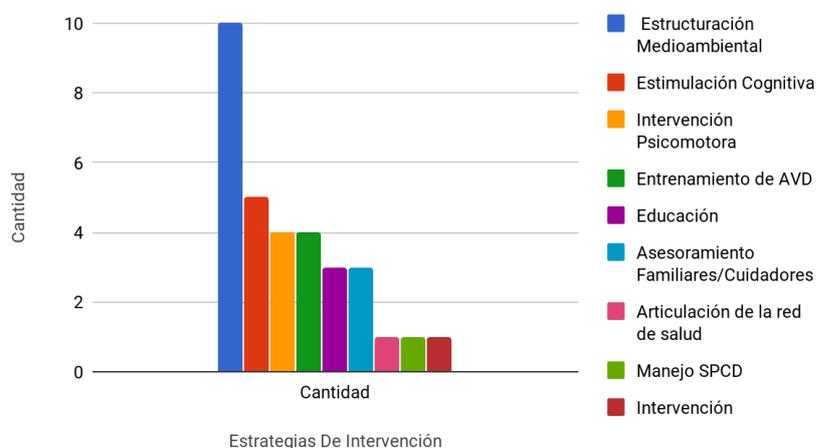
TABLA N°13. Estrategias de intervención en los textos nacionales

Estrategias De Intervención	Frecuencia en textos
Reeducación y Estructuración Medioambiental y asesoramiento sobre ayudas técnicas y productos de apoyo	10
Estimulación Cognitiva	5
Entrenamiento en AVD	4
Intervención Psicomotora	4
Asesoramiento a Familiares/Cuidadores	3
Educación	3
Rehabilitación Cognitiva	1
Articulación de la red de salud	1
Manejo de Los Síntomas Psicológicos y Cognitivos de la Demencia	1
Intervención Individual/Grupal	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N°11. Estrategias de Intervención en Textos Nacionales

Estrategias De Intervención en Terapia Ocupacional



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.4 CUADRO RESUMEN NACIONAL

TABLA N°14. Cuadro Modelo, Estrategia y resultados utilizados en Chile

Modelos	Estrategias	Resultados
Persona Ambiente .Ocupación	-Educación -Entrenamiento ayudas técnicas -Visita domiciliaria y Modificación del entorno -Estimulación psicomotora -Articulación de la red en salud.	-La ocupación es una herramienta para que los usuarios puedan alcanzar o mantener un bienestar. -Contribuye a la reducción y modulación de comportamientos disruptivos. .
Modelo Ocupación Humana	.-Educación al usuario y cuidador en cuanto a técnicas de traslado. -Terapia de validación. -Reminiscencia -Entrenamiento en actividades de la vida diaria, estructuración de rutinas y hábitos. -intervención psicomotora -Adaptaciones del ambiente	-Dar a conocer formas ocupacionales y estilos de vida que permitan mejorar la salud de las personas. - La participación social se concibe como un pilar fundamental para la intervención.
Modelo Ecológico	-Modificación o adaptación ambiental -Abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD) -Entrenamiento AVD,	-Establece intervención entre familia y cuidador -Manifiesta la ocupación como medio para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales
Modelo Canadiense	-Modificaciones ambientales -Entrenamiento ayudas técnicas	-Permite la mantención, mejora y restauración de las funciones y estructuras corporales - Mejora desempeño en actividades de la vida diaria.

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.5 RESULTADOS PAUTAS DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL EXTRANJERO

Se efectuó un análisis de 17 Textos del Extranjero, en los que se evidenció un total de 33 evaluaciones utilizadas, realizándose una categorización de las de mayor prevalencia, estableciendo que las de tipo Cognitivo, se encontraron en 10 textos; la segunda con mayor prevalencia son las pautas de tipo Social encontradas en 8 textos, las terceras de mayor prevalencia son las pautas de

Funcionalidad, identificadas en 6 textos, siendo clasificadas en Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales; también se encontró la aplicación de pautas para valorar la esfera Emocional, principalmente Yesavage y Cornell, encontradas en 5 textos. Las de menor prevalencia son las pautas propias del Modelo Ocupación Humana, siendo utilizadas en 3 textos y las pautas propias del Modelo Canadiense, utilizada solo en 1 texto.

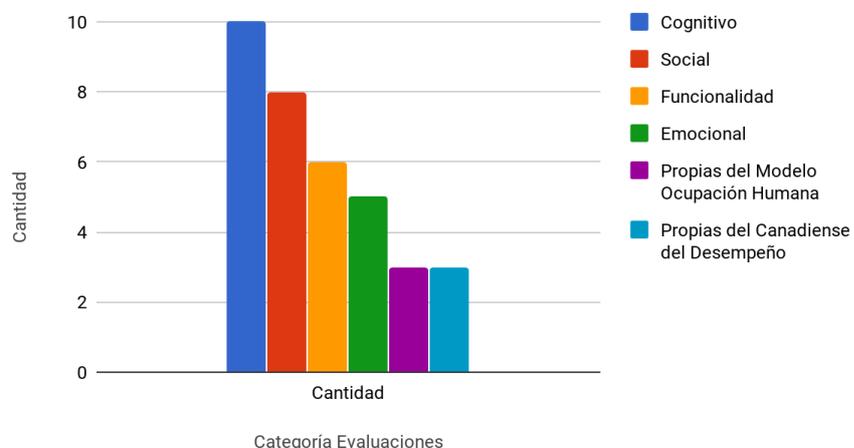
TABLA N°15 Pautas de Evaluación de Terapia Ocupacional en el Extranjero

Categoría Evaluaciones	Cantidad
Cognitivo	10
Social	8
Funcionalidad	6
Emocional	5
Propias del MOHO	3
Propias del Canadiense del Desempeño	1
TOTAL	33

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N°12. Frecuencia de pautas encontradas en textos del Extranjero

Pautas de Evaluación de TO, Extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.6 RESULTADOS MODELOS PROPIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL EXTRANJERO

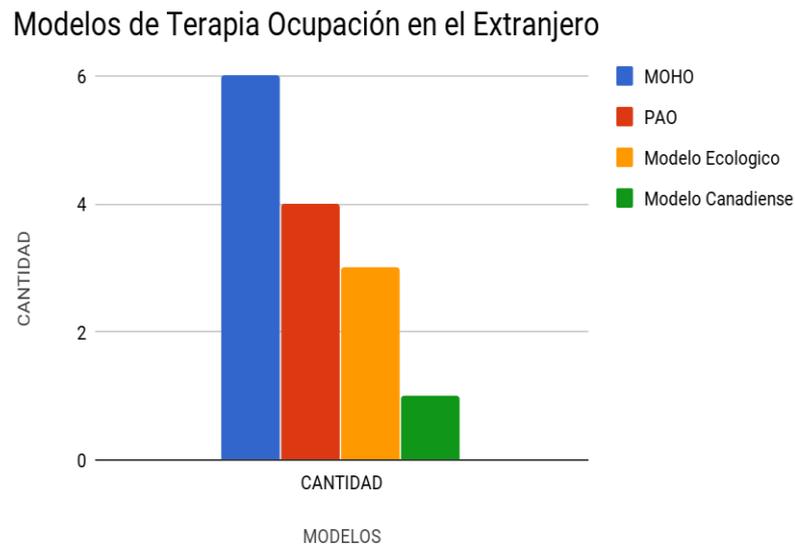
Se realizó un análisis de los 17 textos encontrados de Terapia Ocupacional y Demencia en el Extranjero, donde se encontró 4 Modelos propios de la Terapia Ocupacional, dentro de los cuales el de mayor prevalencia es el Modelo Ocupación Humano (MOHO), evidenciado en 6 de los textos, el segundo de mayor prevalencia es el Modelo Persona Ambiente Ocupación (PAO), con 4 textos; el tercer modelo encontrado con mayor prevalencia, es el Modelo Ecológico establecido en 3 textos y el de menor prevalencia es el Modelo Canadiense del Desempeño encontrado en solo 1 texto.

TABLA N° 16. Modelos de Terapia Ocupacional en el Extranjero

Modelos	Cantidad de documentos
MOHO	6
Persona Ambiente Ocupación	4
Modelo Ecológico	3
Modelo Canadiense del Desempeño	1

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 13. Modelos de Intervención utilizados por Terapia Ocupacional en el Extranjero.



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.7 RESULTADO ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE TO, POR CATEGORÍA

Se realizó el análisis en base a los 17 textos encontrados en el Extranjero dentro de los cuales se encuentra un total de 44 estrategias utilizadas desde la Terapia Ocupacional; Estas estrategias se dividen por categorías, en las que poseen mayor prevalencia son: Re-educación del entorno, encontrándose en 12 textos; la segunda de mayor prevalencia es la estrategia de estimulación cognitiva evidenciándose en 9 textos; en tercer lugar se encontró la intervención Cognitivo Conductual en 7 textos; el asesoramiento a familiares/cuidadores en 5 textos y los de menor prevalencia son la intervención grupal identificada en 3 textos; la educación y Rehabilitación Cognitiva se estableció en textos; finalmente la musicoterapia, actividad bimanual, integración sensorial y estimulación sensorial, se encontró en un solo texto cada una.

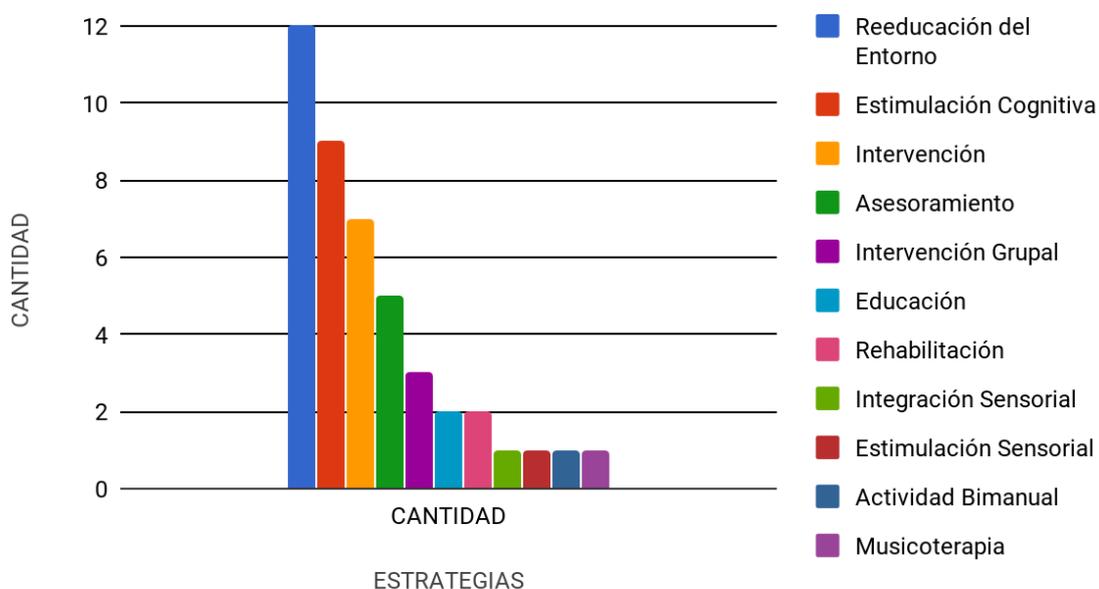
TABLA N°17. Estrategias de Intervención en el Extranjero

Estrategias de intervención	Cantidad
Reeducación Entorno	12
Estimulación Cognitiva	9
Intervención Cognitivo/Conductual	7
Asesoramiento Familiares/Cuidadores	5
Intervención Grupal	3
Educación	2
Rehabilitación Cognitiva	2
Integración Sensorial	1
Estimulación Sensorial	1
Actividad Bimanual	1
Musicoterapia	1
TOTAL	44

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA: Cuadro de estrategias de intervención de Terapia Ocupacional en el Extranjero

## GRÁFICO N°14 Estrategias de Intervención en el Extranjero

### Estrategias de Intervención de TO en el Extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.1.8 CUADRO RESUMEN EXTRANJERO

TABLA N° 18. Cuadro Modelo, Estrategia y resultados utilizados en el Extranjero

Modelos	Estrategias	Resultados
Persona Ambiente Ocupación	-Educación -Entrenamiento ayudas técnicas -Visita domiciliaria y Modificación del entorno - Entrenamiento de AVD -Actividades Bimanuales. -Dinámicas Grupales -Entrenamiento al cuidador	-Se logra mantener el deterioro de la memoria a corto plazo y retardar el deterioro cognitivo. existen -Se reduce el malestar de los cuidadores y se facilita un mejor afrontamiento del cuidado.

Modelo Ocupación Humana	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación</li> <li>-Terapia de validación.</li> <li>-Entrenamiento en actividades de la vida diaria, estructuración de rutinas y hábitos.</li> <li>-Intervención psicomotora</li> </ul>	<p>-La Terapia Ocupacional es una Terapia no Farmacológica efectiva para las personas mayores con demencia y sus cuidadores.</p> <p>Reduce el malestar de los cuidadores, mejorando su estado de ánimo, de salud, la sensación de control de ellos mismos, su calidad de vida , facilitando un mejor afrontamiento del cuidado, y disminuyendo la sobrecarga del cuidador.</p>
Modelo Ecológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modificación o adaptación ambiental</li> <li>-Abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD)</li> <li>-Entrenamiento AVD,</li> </ul>	<p>-la Terapia Ocupacional contribuye en la reducción y modulación de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia.</p> <p>-Mejora el desempeño y la independencia en actividades de la vida diaria de los Pacientes con Demencia</p>
Modelo Canadiense	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modificación o adaptación ambiental</li> <li>-Estrategias Compensatorias</li> <li>- Intervención Individual/Grupal</li> </ul>	<p>-Mejora el desempeño y la independencia en actividades de la vida diaria de los Pacientes con Demencia</p>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA : Cuadro explicativo de modelo, estrategia y posterior resultado

## 4.2 RESULTADOS COMPARATIVO EXTRANJERO NACIONAL

### 4.2.1 PAUTAS DE EVALUACIÓN NACIONALES Y EN EL EXTRANJERO

De acuerdo a la revisión del total de 27 documentos (papers, libros) se realiza un conteo de las evaluaciones más utilizadas por Terapeutas Ocupacionales a nivel Nacional y del Extranjero , entre las cuales se realiza una agrupación por categorías encontrándose mayor prevalencia en pautas cognitivas con un total de 30 , en segundo lugar pautas de la funcionalidad, siendo las más utilizadas Índice de Barthel, Fim y Lawton y Brody con un total de 15 pautas; a nivel social se utilizan 11 pautas. En los textos del Extranjero a diferencia de los Nacionales se utilizan 5 pautas Emocionales, entre las que se encuentra Yesavage y Escala de Cornell, 3 pautas del Modelo Ocupación Humana y 1 pauta del Modelo Canadiense del Desempeño.

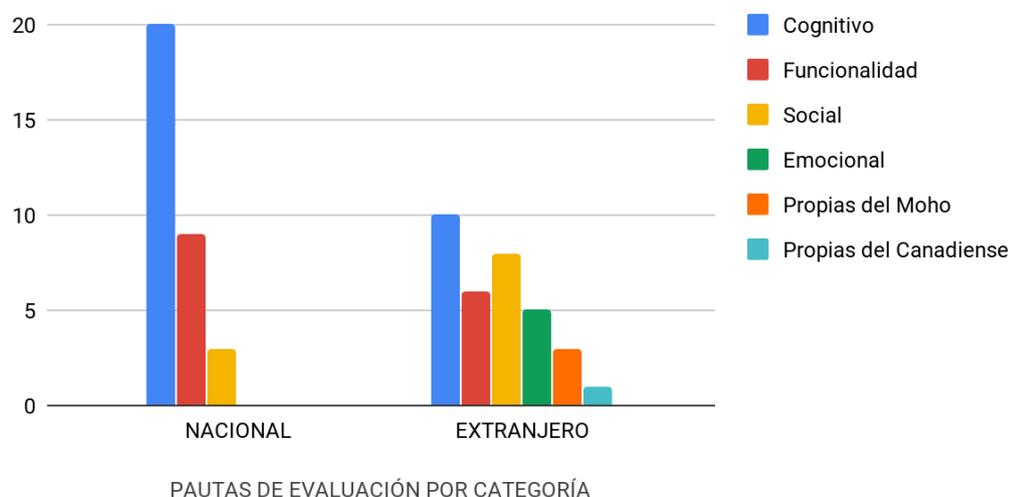
TABLA N°19 Comparación Pautas de Evaluación Nacional/Extranjero.

PAUTAS DE EVALUACIÓN POR CATEGORÍA	NACIONAL	EXTRANJERO	TOTAL
Cognitivo	20	10	30
Funcionalidad	9	6	15
Social	3	8	11
Emocional	0	5	5
Propias del Moho	0	3	3
Propias del Canadiense	0	1	1

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA: Cuadro de Pautas de evaluación por categorías Nacional y Extranjero

GRÁFICO N° 15 Pautas de Evaluación utilizadas en Chile/Extranjero

Pautas de Evaluación de Terapia Ocupacional en el Extranjero y Chile.



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.2.2 RESULTADOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL CHILE Y EXTRANJERO.

En base al análisis de los 27 textos, se realiza una categorización de los Modelos Propios de Terapia Ocupacional en Demencia tanto en Chile como en el Extranjero, en donde se encontraron 4 Modelos propios de Terapia Ocupacional dentro de los cuales los de mayor prevalencia son el Modelo Persona Ambiente Ocupación y el Modelo Ocupación Humana (MOHO) con un total de 10 de cada uno, el segundo de mayor prevalencia con 4 textos es el Modelo Ecológico y el de menor prevalencia con un total de 3 textos es el Modelo Canadiense del Desempeño.

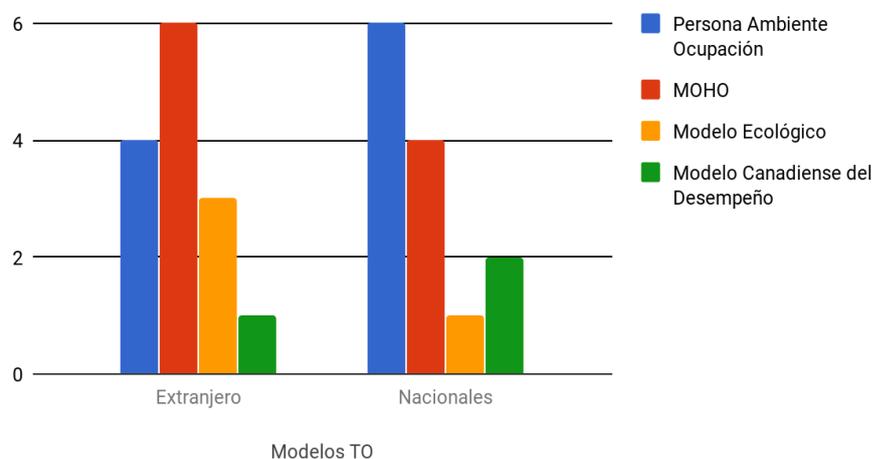
TABLA N°20 Modelos de Intervención de Terapia Ocupacional

MODELOS TO	EXTRANJERO	NACIONAL	TOTAL
Persona Ambiente Ocupación	4	6	10
MOHO	6	4	10
Modelo Ecológico	3	1	4
Modelo Canadiense del Desempeño	1	2	3

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA: Cuadro comparativo de Modelos de Terapia Ocupacional en Chile y en los Extranjero

## GRÁFICO N° 16 Comparativo Modelos de Terapia Ocupacional Nacionales y Extranjero.

Modelos de Intervención de Terapia Ocupacional en Textos Nacionales/Extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

### 4.2.3 RESULTADOS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN POR CATEGORÍAS

Se realiza el análisis de 27 textos a nivel Nacional y del Extranjero dentro de los cuales se encuentra un total de 76 estrategias de intervención utilizadas en Terapia Ocupacional y Demencia en donde se realiza una categorización en la cual se evidencia una mayor prevalencia de estrategias de tipo Ambiental en 22 textos (Reeducación y Estructuración Medioambiental y asesoramiento sobre ayudas técnicas y productos de apoyo), la segunda categoría de mayor prevalencia es la de Estimulación Cognitiva en 14 textos (Reminiscencia, Terapia de Validación, Orientación a la Realidad), los terceros de mayor prevalencia son el asesoramiento Familiar/Cuidador viéndose utilizado en 8 textos e Intervención Cognitivo/Conductual en 7 textos; A sí mismo se evidencia que en 5 de los textos se utiliza la educación , en 4 la estimulación psicomotora , entrenamiento de AVD y en 3 textos se encuentra la Rehabilitación Cognitiva y la Intervención Grupal. Las Estrategias de Intervención menos utilizadas son la Integración Sensorial, La Estimulación Cognitiva, Intervención Grupal, Integración Sensorial, la Musicoterapia, el

Manejo de los Síntomas Psicológicos y Conductuales en Demencia (SPCD), La Actividad Bimanual , intervención Grupal/individual y La Articulación de la red de Salud evidenciándose solamente en 1 texto de cada uno.

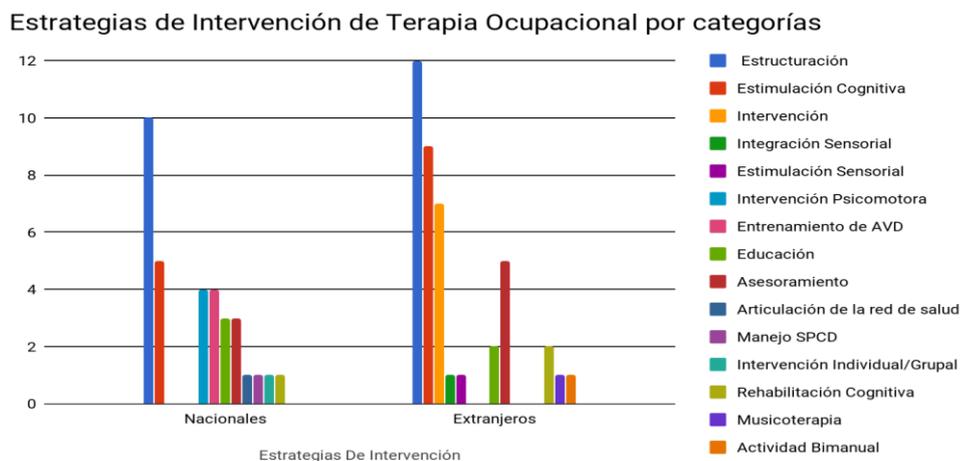
TABLA N° 21 Cuadro de Estrategias de Intervención a nivel Nacional y del Extranjero.

<b>ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>NACIONAL</b>	<b>EXTRANJERO</b>	<b>TOTAL</b>
Reeducación Entorno	10	12	22
Estimulación Cognitiva	5	9	14
Asesoramiento Familiares/Cuidadores	3	5	8
Intervención Cognitivo/Conductual	0	7	7
Educación	3	2	5
Entrenamiento de AVD	4	0	4
Intervención Psicomotora	4	0	4
Rehabilitación Cognitiva	1	2	3
Intervención Grupal	0	3	3
Integración Sensorial	0	1	1
Estimulación Sensorial	0	1	1
Musicoterapia	0	1	1
Manejo de los SPCD	1	0	1
Actividad Bimanual	0	1	1
Articulación de la red de salud	1	0	1

Intervención Individual/Grupal	1	0	1
TOTAL	32	44	76

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

GRÁFICO N° 17. Estrategias de Intervención de Terapia Ocupacional Nacional/Extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4.3 Discusión de Resultados.

Al realizar esta categorización, se pudo establecer que existe una escasa realización de trabajos investigativos que desarrollen la metodología de tipo cuantitativa tanto en el extranjero como en Chile, siendo de mayor utilización la metodología cualitativa, lo que interfiere en la investigación dado que esto demuestra que aún no hay suficientes estudios e investigaciones que aborden el tema, por lo que se requiere un desarrollo mayoritario en estudios que proporcionen datos cuantificables y mayor desarrollo de dicho tema en Chile, El proceso de revisión consistió principalmente en identificar los beneficios de la terapia ocupacional a través de un sistema de categorización y codificación cualitativa, lo que permitió la realización de un análisis detallado de la información recopilada en el proceso de investigación.

En base a esto es que se realizó una clasificación de la información, principalmente en una matriz clasificatoria.

Los resultados de la revisión bibliográfica de los textos de Chile y el Extranjero se describen en las dos tablas ( N°22- N°23) que aparecen a continuación.

Entre los resultados con mayor recurrencia se destacan el uso de la Terapia Ocupacional como terapia no farmacológica para las personas mayores con demencia y sus cuidadores y como estas mejoran la calidad de vida, el estado de ánimo y la salud de los cuidadores, favoreciendo la disminución de la sobrecarga, además contribuye en la reducción y modulación de los síntomas psicológicos y conductuales y mejora el desempeño y la independencia en actividades de la vida diaria de los adultos mayores con demencia.

Además, se evidencia que las mejoras son significativas tanto en los cuidadores como en las personas con Demencia que reciben tratamiento de terapia ocupacional en comparación a las que no han recibido.

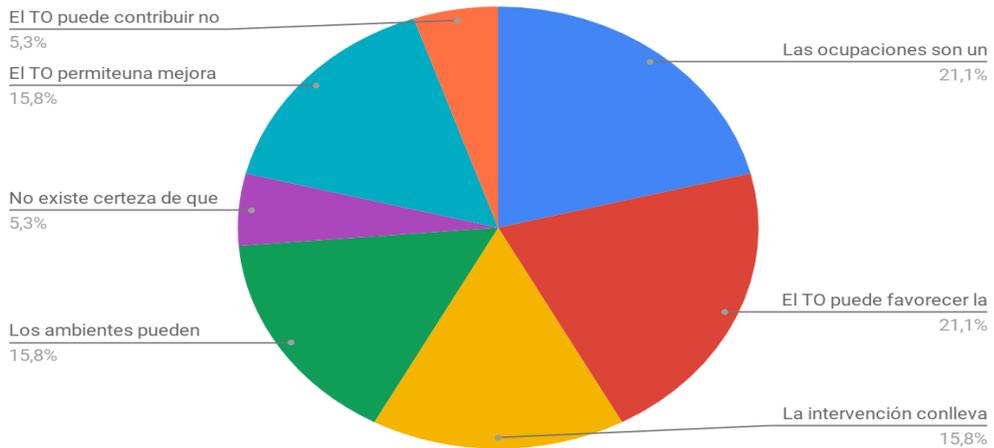
TABLA N°22. Recurrencia de Resultados en Textos Nacionales

<b>Resultados Textos Nacionales</b>	<b>Concurrencia de textos</b>	<b>Total</b>
Las ocupaciones son utilizadas como un medio terapéutico para las personas con demencia.	1, 2, 4, 9	4
La Terapia Ocupacional es una Terapia no Farmacológica efectiva para las personas mayores con demencia y sus cuidadores. Reduce el malestar de los cuidadores, mejorando su estado de ánimo, de salud, su calidad de vida, facilitando un mejor afrontamiento del cuidado, y disminuyendo la sobrecarga del cuidador	1, 4, 6, 7	4
la Terapia Ocupacional contribuye en la reducción y modulación de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia.	1, 5, 6,	3
Los ambientes pueden proporcionar recursos que favorecen el desempeño de las PCD	1, 5, 9,	3
No existe certeza de que los cambios de vida u ocupaciones pueden prevenir la manifestación de la demencia	2	1
El tratamiento Mejora el desempeño y la independencia en actividades de la vida diaria de los Pacientes con Demencia	5, 7, 8	3
La intervención de terapia ocupacional puede contribuir, como una intervención no Farmacológica, en la reducción y modulación de síntomas y en la potencial optimización relacionados con la calidad de vida de la persona con demencia y su cuidador familiar.	6, 8	2

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA: resultados de textos en Chile

Gráfico N°18. Gráfico de recurrencia de resultados en Chile

Recurrencia de los Resultados en los textos nacionales



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

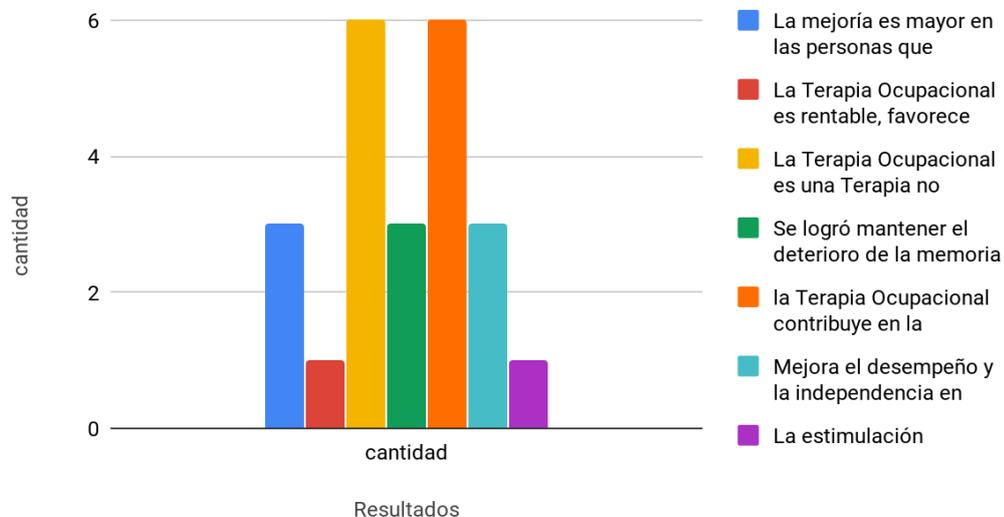
TABLA N°23. Recurrencia de Resultados en el Extranjero

Resultados	Concurrencia en Textos	Total
La mejoría es mayor en las personas que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional en comparación con las personas que no recibían tratamiento.	17, 24, 25	3
La Terapia Ocupacional es rentable, favorece menores costos de cuidado informal, retrasado admisión a hogares de ancianos y menores costos de otros servicios sociales y de salud.	22	1
La Terapia Ocupacional es una Terapia no Farmacológica efectiva para las personas mayores con demencia y sus cuidadores. Reduce el malestar de los cuidadores, mejorando su estado de ánimo, de salud, la sensación de control de ellos mismos, su calidad de vida, facilitando un mejor afrontamiento del cuidado, y disminuyendo la sobrecarga del cuidador	20, 22, 23, 24, 25, 26	6
Se logró mantener el deterioro de la memoria a corto plazo, y retardar el deterioro cognitivo.	11, 12, 13	3

la Terapia Ocupacional contribuye en la reducción y modulación de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia.	13,17,18,19, 26,27	6
Mejora el desempeño y la independencia en actividades de la vida diaria de los Pacientes con Demencia	16, 17, 24	3
La estimulación sensorial es una intervención clínica efectiva que puede usarse para la demencia.	27	1

Gráfico N°19. Recurrencia de Resultados Extranjero

### Recurrencia de Resultados en Textos Extranjeros



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

A partir de la revisión se realiza una síntesis de los beneficios de Terapia Ocupacional en Pacientes con Demencia y sus Cuidadores.

En la cual, se muestra como potenciales beneficios en variables como la calidad de vida, la carga del cuidador, la funcionalidad y la reducción de síntomas psicológicos y conductuales; es posible notar que dichas formas de abordaje consideran premisas como la adaptación del ambiente, el diseño y supervisión de actividades adecuadas a las habilidades, intereses e historia de las personas con demencia.

TABLA N° 24. Recurrencia de beneficios en Chile

Descripción beneficios	Concurrencia en textos	Total
La TO favorece la calidad de vida de la persona con demencia y sus cuidadores.	1, 2, 6, 7, 10	5
La TO disminuye de conductas disruptivas	1, 5, 6	3
La TO potencia las habilidades remanentes para favorecer el nivel cognitivo.	1, 5, 10	3
Utiliza la ocupación como medio terapéutico ya que 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.	1, 2, 4	3
Mejora el desempeño en Actividades de la vida diaria de las personas con demencia, disminuyendo su nivel de dependencia.	5, 4, 7	2
Disminución de síntomas de depresión, niveles de ansiedad, estrés tanto en las personas con demencia como de sus cuidadores	4, 7	2

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

TABLA N°25. Recurrencia de Beneficios en el Extranjero

Descripción beneficios	Concurrencia en textos	Total
Mejora el estado de ánimo y el sentido de competencia de sus cuidadores, disminuyendo el nivel de sobrecarga en ellos.	22, 23, 25	3
Mejora el desempeño y funcionamiento diario de las personas con demencia	17,22, 23,24, 26,27	6
Mejora la Calidad de Vida en las personas con demencia y sus cuidadores	13, 15, 17, 22, 23,19	6
Disminución de conductas disruptivas de las personas con demencia.	18, 19, 27	3
Potencia las habilidades remanentes, favoreciendo a la persona con demencia	19, 24	2
El tratamiento retrasa el deterioro cognitivo y mantiene la demencia.	26	1

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

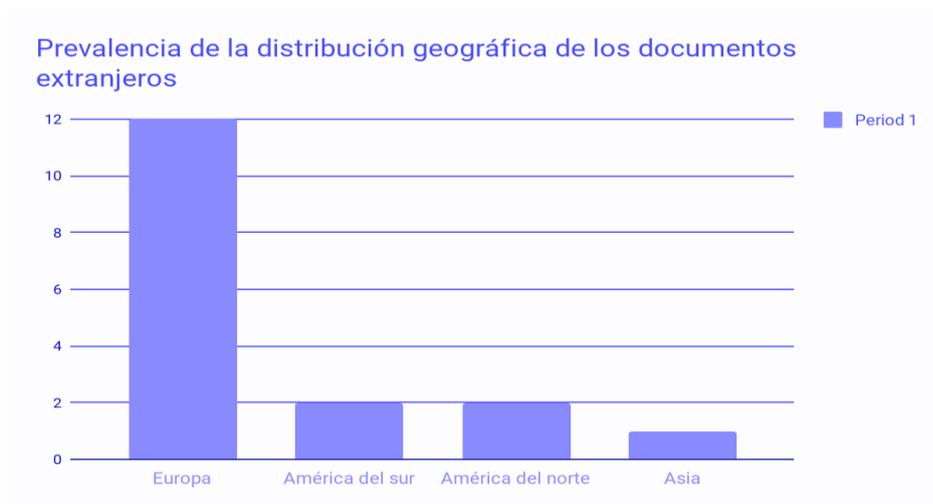
TABLA N° 26. Recurrencia de Distribución Geográfica en Documentos Extranjero

Continente	Documento extranjero	Total
Europa	12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25.	12
América del sur	11, 18	2
América del norte	21, 26	2
Asia	27	1

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

Tabla estadística, la cual representa la cantidad de documentos escritos en los diversos continentes relacionados con nuestro tema en cuestión, logrando visualizar que estos escritos extranjeros con mayor prevalencia se encuentran en Europa cuantificando 12 de los 17 documentos analizados, compartiendo el segundo lugar América del Sur y del Norte registrando 2 documentos y por último está hacia Asia anotando 1 documento.

GRÁFICO N.º 20 Prevalencia distribución Geográfica extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

Tabla N° 27 : Recurrencia de tipos de textos en Chile y el Extranjero

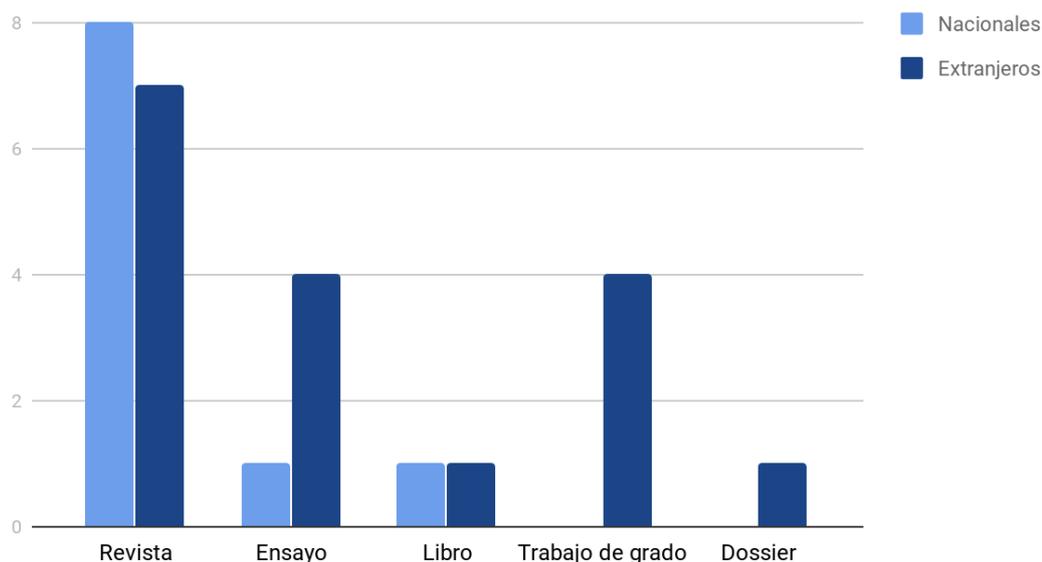
<b>Tipos de textos</b>	<b>Chile</b>	<b>Extranjero</b>
Revista científica	8	7
Ensayo	1	4
Libro	1	1
trabajo de grado	0	4
Dossier	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>17</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

La siguiente tabla muestra el tipo de texto que se utilizó para realizar nuestro estudio, se logran identificar 5 tipos de documentos como los ensayos, revistas científicas, libros, trabajos de grado y dossier entre los cuales existe mayor prevalencia las revistas científicas, tanto en los documentos encontrados nacionales como en los extranjeros.

GRÁFICO N° 21 Recurrencia tipos de Textos

Recurrencia de tipos de textos en Chile y el Extranjero



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

## **CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Como conclusión de la interpretación de los datos obtenidos en la investigación mediante una revisión efectuada en los textos nacionales y del extranjero y en relación con los objetivos planteados, se puede decir que, si existen beneficios que aportan como tratamiento no farmacológico desde la Terapia Ocupacional para personas mayores con Demencia, impactando favorablemente tanto en los pacientes que poseen demencia como en sus familiares y/o cuidadores.

Dentro de los beneficios encontrados en los Pacientes con Demencia la Terapia Ocupacional potencia las habilidades remanentes para favorecer el nivel cognitivo de la Persona con Demencia, disminuye conductas disruptivas y los SPCD , mejora el desempeño en actividades de la vida diaria de las personas con demencia disminuyendo su nivel de dependencia. Dentro de los principales beneficios para los cuidadores y/o familiares la Terapia Ocupacional disminuye el nivel de sobrecarga del cuidador, mejora el estado de ánimo, sentido de competencia y calidad de vida.

De acuerdo con los datos revisados en el presente documento, se logra evidenciar las limitaciones y dificultades asociadas en primer lugar a la escasez de información y estudios que aporten datos relevantes del tema abordado en esta investigación y a la complejidad intrínseca que representa la sintomatología presente en las personas con demencia y como esto repercute en la calidad de vida de ellos y en su entorno próximo.

Dentro de los tipos de Demencia en Chile el de mayor prevalencia es la demencia tipo Alzheimer y la segunda con mayor frecuencia es la Demencia vascular esto se debe a los diferentes factores de riesgo no modificables que están presentes en estas personas y en la población mundial en general.

Todo lo mencionado anteriormente genera que las intervenciones en estos usuarios se centre en el manejo farmacológico complementado con el no farmacológico que aporta la Terapia Ocupacional para tratar dichos síntomas, y de igual manera favorecer la funcionalidad, dado que esta patología genera mayor dependencia en estas personas y una mayor sobrecarga para las familias y sus cuidadores, además de que implica un costo en el sistema de salud, lo cual en ocasiones genera que las familias no puedan solventar los gastos aumentando los casos de usuarios institucionalizados con esta condición.

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, su propósito apunta 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, además de las adaptaciones del ambiente para favorecer la calidad de vida de las personas con demencia como de sus cuidadores.

*“El rol fundamental que tienen las ocupaciones de las personas en la prevención y reducción del riesgo de presentar este síndrome transforman al Terapeuta Ocupacional en un profesional idóneo para liderar y ser parte íntegra de un plan de prevención en Demencia a través de las ocupaciones, debido a su amplio conocimiento y capacidad de análisis del desempeño de los sujetos, y a la mirada multifocal que se tiene de las conductas y acciones de las personas”. (Javiera Rodríguez, 2012).*

La acción del Terapeuta Ocupacional está constantemente vinculada a promover formas ocupacionales y estilos de vida que permitan mejorar la salud de las personas, a través de la promoción de espacios que favorecen la autonomía, independencia y participación de los sujetos, entendiendo que la misma ocupación es una herramienta para que puedan alcanzar o mantener su bienestar.

Por otra parte, se puede visualizar que existe evidencia creciente de los latentes beneficios de terapia ocupacional en la mantención de participación en actividades de la vida diaria como moderadora de dependencia, de síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales asociados con la patología, y del ajuste de las habilidades de cuidadores familiares

Se puede evidenciar que las pautas de evaluación más utilizadas en los textos en Chile y en el Extranjero, existe mayor prevalencia en las evaluaciones de tipo Cognitivas y en segundo y tercer lugar utilizan pautas que evalúan la funcionalidad dado que esto es lo que se ve más afectado en las personas con demencia, por la pérdida de independencia en sus AVD instrumentales y básicas, y pautas sociales, principalmente dirigidas a los cuidadores. También se demuestra que en los textos del extranjero se utilizan pautas emocionales, y evaluaciones propias del modelo de ocupación humana y canadiense.

Entre las diferentes estrategias de intervención utilizadas que apoyan el desarrollo efectivo en el trabajo del Terapeuta Ocupacional en pacientes con demencia, se basan principalmente en la modificación de los ambientes y las conductas de quienes sufren demencia, además de incorporar la educación y guiar a los cuidadores, y finalmente el entrenamiento en actividades de la vida diaria. *“Actualmente la evidencia de la intervención de Terapia Ocupacional en las personas con demencia y su entorno es una estrategia que ha tomado un importante valor en la línea de tratamientos no farmacológicos (Rodríguez & Gajardo, 2012), formando parte activa de equipos de atención en dispositivos de atención primaria, centros diurnos y residencias de larga estadía.”*

Dentro de los modelos de intervención propios de Terapia Ocupacional que se utilizaron en Personas con Demencia, se evidencia que los más utilizados son el Modelo Ocupación Humana y el Persona Ambiente Ocupación y los menos

utilizados fueron el Modelo Ecológico del Desarrollo y el Modelo Canadiense del Desempeño. *“Los marcos conceptuales pueden aportar a la práctica de Terapia Ocupacional ya que proporcionan una orientación para detectar la causa y/o comprender el significado de los síntomas y así dirigir las acciones para manejarlos. A su vez, pueden complementarse con modelos propios de la disciplina, ya que son coincidentes al enfatizar en las particularidades de la persona (biografía, historia ocupacional, intereses) y que el comportamiento no puede ser separado de las influencias del ambiente”*

La demencia como enfermedad va afectando a la persona mayor de manera global, el carácter multifocal de la enfermedad, no se limita solo al deterioro cognitivo, sino que también repercute en las áreas del desempeño de la persona, como consecuencia a lo anterior el enfoque que busca el terapeuta ocupacional no puede ser solo una técnica en exclusivo, sino que es necesario realizar una intervención y evaluación exhaustiva de la Persona con demencia, y su entorno.

Las principales limitaciones encontradas y que interfieren en la evidencia de la intervención del Terapeuta Ocupacional son la falta de registro de estas intervenciones. Hace falta mayor investigación y registro dado que existe poca información con respecto a la intervención del Terapeuta Ocupacional en pacientes con Demencia, sin embargo con la revisión de los 27 textos que se pudo recabar, se logró cumplir con los objetivos planteados y se pudieron reconocer los beneficios de la Terapia Ocupacional y como estos son utilizados como tratamiento no farmacológico en las personas con demencia; a su vez se pudieron reconocer alguno de los roles que toma el Terapeuta en esta área y cómo favorece no solo a la persona sino también a su ambiente.

Por las razones mencionadas anteriormente es que se sugiere seguir investigando sobre este tema ya que es de suma importancia para los profesionales de la salud apoyar la intervención de los adultos mayores con demencia, dado que es una población que actualmente a nivel mundial está en aumento, y que los casos con esta condición están en incremento.

Finalmente es posible confirmar que nuestra pregunta de investigación ha sido resuelta y ha sido posible conocer las intervenciones de los terapeutas ocupacionales y las estrategias utilizadas como tratamiento no farmacológico.

## GLOSARIO

**TERAPIA OCUPACIONAL:** La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

### **ESTRATEGIAS , TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:**

**Estimulación cognitiva:** Facilitación general y temática de operaciones cognitivas basada en evocación, relación y procesamiento. Se persigue la orientación, dentro de las posibilidades de cada paciente, y la mejoría afectiva.

**Rehabilitación cognitiva:** Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.

**Ayudas externas:** Utilización de material o dispositivos que sustituyen alguna de las capacidades cognitivas perdidas, con el fin de recuperar o mantener alguna actividad funcional o social relevante para el enfermo. ej., uso de agendas para recordar las citas, o uso de avisadores para tomar la medicación.

**Entrenamiento AVD:** Práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual (estímulo verbal, visual o físico) de alguna AVD, con el fin de mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad.

**Reminiscencia:** Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.). Técnica específica: elaboración del libro de la vida.

**Validación:** Combinación de distintas técnicas (reminiscencia, orientación, tacto, etc.) con el fin de empatizar de forma afectiva con el paciente.

**Musicoterapia:** Utilización de la música de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico

**Intervenciones sensoriales:** Utilización de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta. Subtipos: utilización de masaje y tacto, uso de la luz, olores, sonidos, estimulación multisensorial (snoezelen)

## BIBLIOGRAFÍA

- Aravena Castro, J. La ocupación como factor protector de la demencia por enfermedad de Alzheimer. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 14(2), Pág. 149-159. (2014)

-Araya, M .“Oportunidades de Participación para Personas con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia que se Encuentran Institucionalizadas” ContextO, ISSN 0719-1707, AÑO 3, 2016.

- Araya Orellana, E. Terapia Ocupacional en Usuarios con Deterioro Cognitivo o Demencia en una Unidad Geriátrica de Agudos: Una Experiencia de Hospitalización Amigable. “ ContextO, ISSN 0719-1707, AÑO 3, 2016.

Azcona María, Rubio Cristina, Duran Pilar, Guerrero Raquel .Dossier del terapeuta ocupacional en la atención a personas con deterioro cognitivo en Navarra; 2013.

-Crepeau, E., Willard, H., Cohn, E., Spackman, C. (2005). Willard & Spackman terapia ocupacional. Editorial Médica Panamericana.

-Diaz Perez Alba. Efectividad del tratamiento de Terapia Ocupacional en las Demencias; 2016.

-Dominio y Proceso, Marco del trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2009), segunda Edición.

-Eschweiler, Myrra Vernooij-Dassen, Marcel Olde Rikkert, Michael Hu“ll.Un ensayo controlado aleatorizado (ECA)multicéntrico sobre terapia ocupacional comunitaria en la enfermedad de Alzheimer: 10 sesiones no son mejores que una consulta; 2015

-Gajardo, J., & Cifuentes, D. Un modelo transaccional o contextualizado de autonomía en personas con demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), Pág. 185-195. (2014).

-GAJARDO J, Jean y ARAVENA C, José Miguel. ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias?. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2016

-Gajardo, J. & Aravena, J. & Callejas, T. & Rodríguez, J. & Tello, D. *Terapia Ocupacional en Centro Kintun: De la Estimulación a la Participación*” *ContexTO*, ISSN 0719-1707, AÑO 3, 2016.

-Gallagher-Thompson Dolores, G. Knight, Bob Losada Andrés, Márquez-González María, Peñacob Cecilia. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar; 2007.

-Hall Dawn Laura, Skelton A. *Terapia ocupacional para cuidadores de personas con demencia: una revisión de la literatura del Reino Unido*, 2010

- Instituto Nacional de Estadística, Censo 2017.

-Kielhofner,G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3º Edición, Buenos Aires, Argentina, Editorial Panamericana, pp. 147-163 29

-Kim, Se-Yun, Yoo, Eun-Young. Una revisión sistemática de los efectos de la terapia ocupacional para personas con demencia: Un metaanálisis de pruebas controladas aleatorizadas; 2012

-Lourido Castiñeiras, Diana. *Creación de un coro intergeneracional de personas con demencia y sus familias*; 2016

-Maud JL Graff, Myrra JM Vernooij-Dassen, Joost Dekker. *Terapia ocupacional comunitaria para pacientes mayores con demencia y sus cuidadores: estudio de costo-efectividad*.

-Maud J Graff, Myrra JM Vernooij-Dassen, Joost Dekker. Efectos de la terapia ocupacional comunitaria sobre la calidad de vida, el estado de ánimo y el estado de salud en pacientes con demencia y sus cuidadores: un ensayo controlado aleatorizado; 2005.

-Maud J L Graff, Myrra J M Vernooij-Dassen, Marjolein Thijssen, Joost Dekker, Willibrord H L Hoefnagels, Marcel G, M Olde Rikkert. Terapia ocupacional basada en la comunidad para pacientes con demencia y sus cuidadores: ensayo controlado aleatorizado; 2006

-Malaz A. Boustani, M Callahan Christopher, Schmid Arlene, G. Austrom Mary, Douglas K. Miller, Sujuam Gao, Morris Carrie S, Vogel Mickey. Ensayo de intervención múltiple de la enfermedad de Alzheimer (admitir) protocolo de estudio para ensayo clínico controlado aleatorizado

-Minango Mendez, Víctor Hugo; Mosquera Rivera, María Cristina .Eficacia de la Terapia Ocupacional para el mantenimiento de la memoria a corto plazo, en pacientes con enfermedad de Alzheimer en etapa leve mediante la práctica de actividades bimanuales y dinámicas grupales, en el Centro Cuidado del Adulto Mayor Nuestra Señora de Guadalupe en el período ; 2017

- Minsal, Plan Nacional de Demencia, 2017. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>.

-Monsalve Robano, Angelica María, Rozo Reyes. Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer, 2007

-Monsalve Robayo, A.& Korenfeld Kaplan V. & Guarín ncionamiCaro, A. & Buitrago Narvárez L. Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. Revista Chilena de Terapia Ocupacional,(2013).

-N. Yuill and V. Hollis. Una revisión sistemática de la terapia de estimulación cognitiva para adultos mayores con demencia leve a moderada: una perspectiva de terapia ocupacional; 2011

-Pérez,Natalia; Adultos Mayores Acompañando a Otros Adultos Mayores con Demencia Tipo Alzheimer Una Experiencia Comunitaria desde la Terapia Ocupacional ContextO, ISSN 0719-1707, AÑO 3, 2016. N.º 3, pp. 132-1612016

-Perez Vázquez, Lucia. Intervención con personas afectadas por una demencia y sus familiares en el ámbito rural gallego; 2015

-Prieto Suazo, S. Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional en Personas Mayores con Demencia. ContextO, ISSN 0719-1707, AÑO 3, 2016. N.º 3, pp. 25-68.

-Redondo Garcés Álvaro. Cuadernos prácticos sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias Terapia Ocupacional en Alzheimer y otras demencias Nuevos puntos de vista para un cuidador.

-Rodríguez Martínez María del Carmen, Ortega Fernández Emilio, Sánchez Vega Elena. Aplicación de nuevas tecnologías en personas mayores con trastorno cognitivo leve-moderado desde la Terapia Ocupacional, 2017

-Rodríguez, J., & Gajardo, J. 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.(2012)

- Voigt-Radloff, Maud Graff,Rainer Leonhart, Katrin Schornstein, Frank Jessen, Jens Bohlken, Brigitte Metz, Andreas Fellgiebel,Richard Dodel,Gerhard

