

LICENCIATURA TERAPIA OCUPACIONAL
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA
REHABILITACIÓN Y EL MOVIMIENTO



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

ASIGNATURA: Diseño de Trabajo Final

Equipo docente:

Dra. Nabergoi, Mariela

Lic. Rossi, Luisa

Esp. Albino, Andrea

Lic. Itovich, Florencia

Lic. Lopez, Macarena

Docente Tutora: Lic. Rossi, Luisa

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**Abordaje de Terapia Ocupacional con Estimulación Multisensorial
en personas adultas mayores institucionalizadas,
con demencia severa
Destrezas de ejecución.**

GRUPO N° 11 (2018)

ALUMNAS:

WEINMANN, Lilian Marta obernoa@yahoo.com.ar DNI: 12.201.132

WENCELBLAT, Sabrina sabrinaewencel@gmail.com DNI: 17.634.850

Fecha de entrega: 22 de diciembre 2020

Agradecimientos:

A nuestra tutora Luisa Rossi, a las docentes de la Cátedra Dra. Mariela Nabergoi,
Lic. Luisa Rossi, Esp. Andrea Albino, Lic. Florencia Itovich, Lic. Macarena Lopez por todo el
apoyo brindado durante el desarrollo del trabajo final integrador.

A nuestra familia, amigas, amigos y colegas.

Muchas gracias

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ÁREA Y TEMA	4
PALABRAS CLAVE	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO	4
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	12
HIPÓTESIS	21
OBJETIVOS	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
METODOLOGÍA	22
TIPO DE DISEÑO	22
UNIVERSO Y MUESTRA	29
DEFINICIONES OPERACIONALES	30
FUENTES	39
INSTRUMENTOS	39
ANÁLISIS DE DATOS	43
RESULTADOS	48
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	48
RESULTADO DE ACUERDO CON LOS OBJETIVOS	51
CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	99
OBSERVACIONES DE TRABAJO DE CAMPO	100
BASE DE DATOS	187

INTRODUCCIÓN

AREA Y TEMA

AREA: Terapia Ocupacional en Geriatría

TEMA: Abordaje de Terapia Ocupacional con Estimulación Multisensorial en personas adultas mayores institucionalizadas con demencia severa. Destrezas de ejecución.

PALABRAS CLAVE:

Estimulación Multisensorial (en adelante EMS), demencia severa (en adelante DS), destrezas de ejecución (en adelante DE), personas adultas mayores institucionalizadas (en adelante PMI), Terapia Ocupacional (en adelante T.O)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

Debido a los avances de la ciencia y a los cambios culturales, la expectativa de vida de las personas se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas; esto trae aparejado un aumento en la prevalencia e incidencia de patologías que se presentan en la vejez y representa un desafío para la Salud Pública a nivel mundial (Sarasola, Demey y Rojas, 2016).

Según estimaciones de la (OMS, 2016):

(...) en el mundo, cada año, hay cerca de 8 millones de nuevos casos de demencia, lo cual equivale a uno cada 4 segundos. En 2015 la demencia afectó a más de 47 millones de personas en todo el mundo, cifra que se prevé que aumente a 76 millones en 2030 y a 145 millones en 2050.

Sarasola et al. (2016) hacen referencia al último censo en nuestro país, donde se evidenció en el período (1970-2010) que se duplicó el porcentaje de población mayor de 85 años.

La demencia es un síndrome crónico progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, alteraciones de la conducta y pérdida progresiva de la funcionalidad. A medida que la enfermedad avanza las personas van perdiendo habilidades. En el estadio severo correspondiente a los estadios 6 y 7 de las escalas GDS FAST, hay un marcado descenso en la capacidad de la persona para vestirse, bañarse, arreglarse e incluso alimentarse sin ayuda, presentan severas dificultades para comunicarse a través de lenguaje verbal y/o gestual, reconocer a sus cuidadores y realizar alguna actividad voluntaria con un propósito determinado, se vuelven incapaces de controlar esfínteres, incluso cuando llegan a estadios más avanzados pierden todas las habilidades (Woodward, 2013). Tienen alterada la capacidad de procesar correctamente la información proveniente de sus entornos, lo que deriva en una desconexión con los mismos y la aparición de síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (en adelante SCPD) (Cohen-Mansfield, Libin, Marx, 2007). En 1996 la International Psychogeriatric Association, (en adelante IPA), propuso emplear la expresión Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia para referirse al conjunto de síntomas que a menudo aparecen en las personas con procesos demenciales, como la alteración de la percepción, del razonamiento, el estado de ánimo y/o el comportamiento. Algunos de los SCPD que suelen presentarse son: episodios de llanto sin causa aparente, demandas atencionales excesivas, pérdida de interés, anhedonia, hiperactividad motora, vocalización repetida, alteración del pensamiento, alucinaciones, delirios, agresividad, entre otras (Olazaran, Muñiz-Schwochert, 2012)

Calderón; Gitlin et al. Slachevsky y Fuentes, citados por Rodríguez y Gajardo (2012) plantean que las intervenciones no farmacológicas en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia son la principal estrategia de abordaje.

La Estimulación Multisensorial es un tipo de intervención no farmacológica; la sala Snoezelen es la primera técnica basada en la Estimulación Multisensorial, fue desarrollada en los Países Bajos en la década del 70 y desde principios de la década de los 90 ha sido utilizada como terapia alternativa en las personas mayores con demencias, en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales. El objetivo de esta técnica es la regulación de los estímulos para favorecer el procesamiento de la información en las personas con esta patología y disminuir los síntomas psicológicos y conductuales (Cristina Costa Mouzo, 2015).

El Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3° ed. AOTA (2014) identifica los aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional, que incluyen ocupación, características del cliente, destrezas de ejecución, patrones de ejecución, contextos y entorno. Define las destrezas de ejecución como aquellas acciones con propósito funcional, observables como pequeñas unidades en las ocupaciones dentro de entornos específicos (Fisher & Griswold, 2014).

De acuerdo al rastreo del estado del arte realizado hasta el momento, no hemos encontrado investigaciones de T.O, en nuestro país, respecto al abordaje de la EMS con personas mayores con demencia severa. Hemos encontrado investigaciones en el extranjero con aplicación del abordaje de la EMS en personas mayores con demencias, donde dan cuenta que dicha intervención y otras no farmacológicas son beneficiosas para controlar los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia; pero no sobre cómo podría favorecer a la funcionalidad que se ve afectada en esta población.

Tomando en consideración que la demencia es un síndrome crónico progresivo que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognitivas, las alteraciones en la conducta y la pérdida progresiva de la funcionalidad, teniendo en cuenta que el desempeño ocupacional de una persona es el resultado de la interacción entre el ambiente, la persona y la ocupación (Canadian Model of Occupational Performance, 1997) y siendo las destrezas de ejecución las unidades más pequeñas de la ocupación observadas en un determinado entorno como acciones con un propósito funcional (Fisher, 2014), se nos planteó la siguiente pregunta,

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué destrezas de ejecución se presentan en personas mayores institucionalizadas con demencia severa, durante las sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en un Hogar Geriátrico en CABA en 2019?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

El desarrollo tecnológico y los avances de la ciencia han contribuido entre otros factores a que las personas vivan más tiempo. Este progreso viene acompañado con una menor tasa de natalidad, como consecuencia un envejecimiento poblacional. Con la longevidad también se evidencia aumento de las demencias, que suelen presentarse en esta etapa del ciclo vital. "La Demencia es un síndrome mayormente de naturaleza crónica o progresiva, causado por una variedad de enfermedades cerebrales que afectan a la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la habilidad de realizar actividades de la vida diaria" (OMS, 2013, p.11)

Las personas con demencias (en adelante pcD) avanzadas, tienen pocas oportunidades para interactuar con el entorno, sumado a los síntomas psicológicos y conductuales (en adelante SPCD) que se presentan, generando sobrecarga para los cuidadores y familiares (Rodríguez F J, Gajardo J. J, 2012). Los SPCD definidos por Finkel y Burns como "síntomas de trastornos de la

percepción, del contenido del pensamiento, del ánimo y de la conducta, que frecuentemente ocurren en pacientes con demencia” (IPA, 2010); tienen una prevalencia en esta población de un 75% durante el desarrollo de la patología e “incluso se los ha definido como parte integral del síndrome” (Calderón, 2006). Este porcentaje puede aumentar aproximadamente un 80% en las personas mayores institucionalizadas (Citados por Rodríguez F J, Gajardo J J, 2012)

A medida que progresa la demencia y se deterioran las capacidades de la persona, el ambiente que le rodea influencia en mayor medida, genera una mayor demanda y afecta sobre el comportamiento. Si el medio ambiente es demasiado demandante o poco estimulante se presenta síntomas conductuales como la agitación o la pasividad en las pcD (Rodríguez F J, Gajardo J J, 2012).

Calderón; Gitlin et al.; Slachevsky y Fuentes, citados por Rodríguez y Gajardo (2012) plantean que las intervenciones no farmacológicas en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia son la principal estrategia de abordaje en esta patología.

Todos estos antecedentes representan un desafío para salud pública (Sarasola, Demey y Rojas, 2016) y por ende a los profesionales de la salud.

Por lo expuesto resulta relevante la investigación en nuestro país desde nuestra disciplina, y documentar en el contexto de la atención T.O, de personas adultas mayores con demencia severa, de 65 a 95 años, institucionalizadas, con abordaje de EMS, cuáles son las destrezas de ejecución que se presentan durante las sesiones.

En lo concerniente a nuestra disciplina, conceptualizan Durante, Guzmán & Altimir que:

Uno de principales roles de la Terapia Ocupacional (TO) en la intervención de pcD corresponde a apoyar la realización funcional - promoviendo la utilización y potenciación de

las habilidades que aún permanecen intactas - de acuerdo con las problemáticas que presenten durante el proceso de la enfermedad (Citados por Rodríguez F J, Gajardo J J, 2012, p.4).

A la persona mayor institucionalizada con Demencia severa se le dificulta afrontar las demandas del ambiente cotidiano. También es competencia de las/los terapistas ocupacionales evaluar y realizar las adaptaciones y/o modificaciones del entorno físico (ambiente natural y objetos dentro de éste) y el social (familia, cuidadores, relaciones, profesionales, instituciones); de acuerdo a sus necesidades del residente (AOTA, 2014)

En ese caso los servicios de Terapia Ocupacional podrían ayudar a adaptar los entornos de las instituciones, teniendo en cuenta las necesidades de un ambiente con estímulos controlados para facilitar respuestas adaptativas de las/los residentes y de esta manera favorecer sus destrezas de ejecución.

Nos hemos planteado como objetivo en esta investigación identificar y describir las destrezas de ejecución que se presentaron en esta población durante 24 sesiones de EMS en el dispositivo de T.O en un Hogar de CABA durante 2019.

Con respecto al aporte potencial que nuestro trabajo puede brindar a nivel teórico, resulta relevante dar cuenta del hecho que en personas mayores diagnosticadas con demencia severa institucionalizadas se presenten destrezas de ejecución como: atención, contacto visual, respuesta verbal adecuada, alcance, manipulación. A partir de los resultados de esta investigación, futuras investigaciones podrían profundizar y ampliar conocimientos sobre este tipo de abordaje en T.O y ser extensivo a otras poblaciones con distintas patologías y grupos etarios.

Sería significativo que la comunidad científica de Terapia Ocupacional pueda continuar con esta línea de investigación para llevar a cabo estudios cada vez más específicos.

En cuanto a la relevancia práctica de este trabajo, esta investigación podría dar cuenta de la efectividad de la EMS como forma de abordaje en TO para favorecer habilidades en el desempeño de las personas que se encuentran atravesando un proceso de demencia severa.

Resulta relevante que esta investigación se desarrolle en nuestro país desde nuestra disciplina con el abordaje de Estimulación Multisensorial en personas mayores institucionalizadas con esta enfermedad debilitante y progresiva. Al identificar las destrezas de ejecución que se presentan durante las sesiones en esta población, permitiría brindar mayores recursos a las/los terapistas ocupacionales en el área de gerontología dentro de ámbitos institucionales.

A la luz del resultado del presente trabajo y futuras investigaciones es posible que este tipo de intervención no farmacológica sea adoptada por nuestra profesión, adaptando la intervención para el perfil de cada persona, con el objetivo de aportar mayor bienestar, facilitar la interacción tanto con el entorno social como con el físico e incrementar su calidad de vida (AOTA,2014)

Las instituciones gerontológicas serían las destinatarias potenciales del resultado de esta investigación, ya que necesitan dar respuesta en la asistencia a las personas mayores con demencia severa.

El presente estudio podría aportar valiosa información a dichas instituciones que cuenten con un porcentaje de su población y a su vez puedan ser replicados estos dispositivos. Sólo conocemos una sola en nuestro país que brinda este tipo de servicios, porque la EMS como abordaje en T.O es novedosa en Argentina.

Uno de los propósitos de los terapeutas ocupacionales en el ejercicio de la profesión es “seleccionar métodos y técnicas que preparen al cliente para su desempeño ocupacional” (AOTA, 2014). Considerando que estas personas con estadios avanzados de demencia presentan un nivel bajo de funcionamiento, se requiere adaptar la intervención a las características propias de esta población y a la singularidad de cada una. Por lo que entendemos que echar luz sobre los resultados del presente trabajo pueden dar mayores recursos a los profesionales intervinientes.

A su vez los terapeutas ocupacionales tenemos la posibilidad de asesorar a los cuidadores y familiares no sólo en el cuidado y atención del adulto mayor demenciado, si no facilitar recursos que le propicien bienestar y conexión con el entorno, para que haya una mayor comunicación y relación.

Sería muy importante tanto para el ejercicio de nuestra profesión como para la población en cuestión y las instituciones, que los terapeutas ocupacionales como agentes de salud, tomemos un rol activo para difundir información respecto a los beneficios de este tipo de abordaje en personas mayores con demencia severa a los distintos actores (familia, cuidadores, la comunidad, colegas y profesionales de la salud).

A partir de la presente investigación sobre este tipo de intervención desde T.O, que es nueva en nuestro país, se podría transmitir conocimiento en docencia, en cursos, en jornadas y congresos. A su vez brindar asesoramiento, trabajar en forma interdisciplinaria y se pueda pensar en la implementación de proyectos y políticas sanitarias.

Esperamos que futuras investigaciones puedan echar luz sobre este tipo de abordaje en T.O y ser extensiva su práctica a otro tipo de poblaciones.

Respecto a la relevancia social, entendemos que fundamentalmente se beneficiarían las personas mayores con esta problemática, les daría la posibilidad de una mayor y mejor conexión con el entorno y una mejor relación con la familia y personal a su cuidado, por ende, una mejor calidad de vida. A su vez los asistentes de las personas mayores con este tipo patología podrían encontrar nuevos recursos que los ayuden en su labor diaria de cuidados.

MARCO TEÓRICO

Durante el desarrollo del trabajo final integrador se utiliza para referirnos a las personas mayores, los términos persona mayor, (en adelante PM) y adulto mayor. Como la define la Convención Interamericana para la protección de los derechos humanos de las personas mayores:

(...) "es aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor" (como se citó en la Ley 27360 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Anexo I, 2017).

También se define a la persona mayor institucionalizada (en adelante PMI), como:

(...)Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio

(como se citó en la Ley 27360 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017),

La importancia de esta convención es visibilizar a la persona mayor con sus derechos, protegerlas y promover el "envejecimiento saludable". Y quien requiera ingresar a una Institución, sea pública o privada, que reciba la atención adecuada, que garanticen la dignidad y el bienestar de los mayores, en el caso de no poder recibir los cuidados necesarios en su hogar con familiares y/o cuidadores.

Cabe destacar que el 31 de mayo de 2017, es sancionada con fuerza de ley por el Senado y la Cámara de diputados en el Congreso de la Nación Argentina la ley 27.360 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por la Organización de los Estados Americanos durante la 45a Asamblea General de la OEA, el 15 de junio de 2015.

El envejecimiento, lleva asociado un incremento de la probabilidad para presentar deterioro cognitivo y sensorio, el mismo puede estar asociado a diversas causas, entre otras, a enfermedades degenerativas o de origen vascular como la demencia, (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005).

Demencia es definido por Organización Mundial de la Salud, en adelante (OMS), como un término genérico para varias enfermedades progresivas que afectan a la memoria, las capacidades cognitivas y el comportamiento, que impactan de manera significativa a la capacidad de la persona para mantener las actividades cotidianas (OMS, 2016). Es un síndrome crónico progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, alteraciones de la conducta y pérdida progresiva de la funcionalidad, a medida que la enfermedad avanza las personas van perdiendo habilidades (Woodward, 2013). La pérdida progresiva de funcionalidad

en los procesos patológicos demenciales, constituye en la práctica clínica, la diferencia fundamental entre el concepto de deterioro cognitivo fisiológico o benigno y la demencia (Fuentes, 2008).

De acuerdo al rastreo del estado del arte realizado hasta el momento, no se ha encontrado investigaciones de T.O, en nuestro país, respecto al abordaje de la EMS con personas mayores con demencia severa; pero si hallamos investigaciones en otros países, donde se aplica la EMS en personas mayores con demencias, en las que se da cuenta de los beneficios de los diferentes tipos de abordajes no farmacológicos en el control los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia (SPCD).

Se puede citar:

“Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled”. - PubMed - NCBI
(Comparación de los efectos de la estimulación multisensorial y sesiones de música individualizadas en personas mayores con demencia grave: un controlado aleatorio). - PubMed - NCBI

Esta investigación fue publicada en 2016

El objetivo de este estudio fue comparar los efectos un Entorno de Estimulación Multisensorial (en adelante EEMS) y sesiones de música individualizadas sobre la agitación, el estado emocional y cognitivo, y la severidad de la demencia en una muestra de pacientes institucionalizados con demencia avanzada. Veintidós participantes con un diagnóstico de demencia severa o muy grave fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: (EEMS) y sesiones de música individualizadas. Ambos grupos participaron en dos sesiones semanales de 30 minutos durante 16 semanas. Los resultados fueron agitación (Inventario de Agitación

Cohen-Mansfield, CMAI), estado de ánimo (Escala de Cornell para Depresión en Demencia, CSDD), ansiedad (Ansiedad de Calificación en Demencia, INCURSIÓN), función cognitiva (Examen Severo Mini-Mental del Estado, SMMSE), y severidad general de la demencia (Escala de severidad de enfermería de Bedford Alzheimer, BANS-S). Fueron evaluados al inicio (pre-ensayo), en el medio (mitad del ensayo), al final de la intervención (después del ensayo) y 8 semanas después de la intervención (seguimiento). Los pacientes en el grupo EEMS mostraron una mejora significativa en sus puntajes RAID y BANS-S en comparación con el grupo de música individualizado después de comparar los resultados. Con respecto a la agitación, hubo una mejoría durante la intervención en el EEMS y en los grupos de música individualizados en el puntaje total CMAI después de 16 semanas de intervención, sin diferencias significativas entre los grupos. Los resultados sugieren que EEMS podría tener mejores efectos sobre los síntomas de ansiedad y la severidad de la demencia en comparación con sesiones de música individualizadas en pacientes ancianos con demencia severa.

Otra investigación: "Effects of a motor and multisensory-based approach on residents with moderate-to-severe dementia". ("Efectos de un enfoque motor y multisensorial en residentes con demencia de moderada a grave")

Esta investigación, publicada en 2011, se trata sobre la aplicación del enfoque de estimulación motora y de ESM en personas con demencia avanzadas institucionalizadas. Este estudio examina los efectos de un enfoque motor y multisensorial sobre el comportamiento de 6 residentes con demencia de moderada a grave. Se realizó un diseño de pre y post prueba de un sólo grupo. El personal implementó estrategias de estimulación motora y multisensorial en las rutinas de atención matutina de los residentes, después de la provisión de capacitación y asistencia. Doce grabaciones de video de la atención matutina (6 pre y 6 intervenciones posteriores) se codificaron para el tipo de comportamiento de los residentes. Los

resultados mostraron una tendencia hacia mejoras en los niveles de atención de los cuidadores: la mirada directa, la risa y el compromiso, y una reducción de los ojos cerrados, durante la atención matutina. La introducción de un enfoque motor y multisensorial en las rutinas de cuidado puede mejorar el compromiso y la atención del medio ambiente de los residentes.

En las personas adultas mayores con demencia avanzada puede observarse un amplio rango de comportamientos: desde dormir hundidos en sus sillas de ruedas, a mostrar movimientos y vocalizaciones repetitivas y sin aparente sentido, pasando por gritos, signos de euforia desmedida, llantos y sollozos, incluso bajos niveles de interacción tanto con el entorno social como con el físico. La desconexión con el entorno es uno de los síntomas conductuales de mayor frecuencia entre los adultos mayores con demencia que viven en residencias geriátricas de larga estadía. (Cohen-Mansfield, Marx, Dankeel-Ali, Reglier, Thein, 2010)

Una forma habitual de determinar el estadio de la enfermedad en que se encuentra una persona, es la aplicación de escalas contrastadas como, la Global Deterioration Scale (GDS) y la Funcional Assessment Staging (FAST) en las que a través de 7 estadios se objetiva la evolución de las deficiencias cognitivas, conductuales y funcionales (Riesberg, Ferris, De Leon & Croock, 1988).

Para conocer el nivel de funcionalidad que podemos encontrar en el tipo de población sobre la que haremos nuestra investigación e hipotetizar qué destrezas de ejecución podemos observar en estas personas, nos basamos en la descripción de la pérdida de capacidades funcionales que hacen estas escalas.

La escala FAST establece 16 etapas y subetapas funcionales sucesivas de pérdida de capacidad funcional (Reisberg et al., 1988). A medida que la enfermedad progresa, los individuos con demencia pierden las habilidades y al llegar a la fase severa de la enfermedad,

correspondiente a los estadios 6 y 7 con sus subetapas, pierden las siguientes capacidades funcionales:

(FAST etapa 6 a,b,c) :No pueden vestirse, bañarse o ir al baño sin ayuda.

(FAST etapa 6d): Se vuelven incapaces de controlar esfínteres.

(FAST 7 a,b) : Sólo pueden hablar de cinco a seis palabras hasta llegar a sólo una palabra.

(FAST 7 c,d,e, f): Han perdido todas las otras habilidades y sólo pueden caminar, luego simplemente se sientan, más tarde sólo sonríen y finalmente sólo levantan la cabeza sin ayuda.

En este orden de cosas, cuando hablamos en nuestro trabajo de investigación de destrezas de ejecución, también llamadas habilidades, hacemos referencias a las acciones con propósito funcional que son observables como las unidades más pequeñas de la ocupación dentro de un determinado entorno, tal y como las describe Ann Fisher en el capítulo 6 del OPTIM (Fisher & Griswold, 2014)

Teniendo en cuenta la pérdida funcional establecida en las escalas arriba mencionadas, Global Deterioration Scale (GDS) y la Funcional Assessment Staging (FAST), las destrezas de ejecución que esperamos observar en las personas mayores institucionalizadas con demencia severa, dentro del entorno de las sesiones de TO en un dispositivo de EMS son definidas y descritas por en el capítulo 6 del OPTIM de la siguiente manera:

ALCANZA: extiende el brazo, y cuando es apropiado, inclina el tronco para agarrar o colocar con efectividad los objetos que están fuera del alcance.

AGARRA: sujeta los objetos entre sus manos sin que el agarre se deslice del objeto. Pellizca y/o ejerce presión manual al objeto que tiene en la mano.

MANIPULA: agarra y suelta de forma hábil, utiliza movimientos aislados de los dedos, y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos.

ATIENDE: mantiene una atención focalizada durante la tarea.

USA: utiliza los objetos de acuerdo con el fin requerido

GESTICULA: utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje

MIRA: hace contacto visual con el compañero social de una forma que es relajada; incluye el ajustar la frecuencia y duración del contacto visual para igualarlo al del compañero social.

RESPONDE: mantiene una conversación fluida mediante la respuesta a preguntas y comentarios que son apropiados al contexto social; incluye proporcionar información y/o opiniones cuando se le piden; también incluye proporcionar una respuesta adecuada a una disculpa o feedback expresado por el compañero social.

EXPRESA EMOCIONES: demuestra afecto y emociones de una forma que es socialmente aceptable, y apropiada al contexto social con el compañero social; incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una forma que se iguala al mensaje recibido; también incluye expresar emoción como oyente y como hablante.

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional describe el desempeño ocupacional como el resultado de la relación dinámica entre las personas, su medio ambiente y la ocupación (Canadian Model of Occupational Performance, 1997). En nuestra investigación esta relación dinámica está dada en la persona adulta mayor institucionalizadas con demencia severa, que es nuestro objeto de estudio; el contexto que incluye el contexto personal: edad, sexo que no implican condición de salud y el contexto temporal que incluye la etapa de la vida según OMS (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud;

citado en el Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3° ed. AOTA (2014) y las destrezas de ejecución, que son aquellas acciones con propósito funcional, observables como pequeñas unidades en las ocupaciones dentro de entornos específicos, como las definen Fisher & Griswold (2014).

En el Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3° ed. AOTA (2014) se agrupan las destrezas de ejecución en tres categorías, Motoras, de Procesamiento y de Interacción Social. Las destrezas descritas anteriormente se agrupan de la siguiente manera:

Destrezas Motoras: Alcanza, Agarra, Manipula.

Destrezas de Procesamiento: Usa, Atiende.

Destrezas de Interacción Social: Responde, Mira, Gesticula, Expresa emociones.

Las personas mayores con demencia tienen alterada la capacidad de procesar correctamente la información proveniente de sus entornos, lo que deriva en una desconexión con los mismos y la aparición de síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD) (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2007). El procesamiento sensorial permite analizar, organizar e interpretar todas las sensaciones que percibimos a través de los sentidos y utilizarlas para desempeñar nuestras AVD. Este procesamiento consta de 4 fases:

Registro: Permite tomar conciencia de cada estímulo separado

Modulación: Permite regular la intensidad con la que percibimos el estímulo

Discriminación: Permite la organización e interpretación del estímulo, su relevancia, características y cualidades específicas.

Integración: Une los estímulos significativos de los diferentes sentidos para interpretar las demandas del entorno y las posibilidades de nuestro propio cuerpo, para así poder elaborar una respuesta adecuada (Ayres, 2006).

Polonio López, B., Castellanos Ortega, M. & Viana Moldes, I. (2008), explican que Jean Ayres, en su desarrollo de la teoría de Integración Sensorial, relaciona el procesamiento de la información proveniente de los entornos, con la capacidad del ser humano para llevar a cabo acciones de manera eficaz, y agregan que el terapeuta ocupacional que basa su práctica en esta teoría, busca a través de un entorno con estímulos controlados, favorecer en las personas respuestas adaptativas. Se entiende respuesta adaptativa, según Ayres, J (2006) a "una acción apropiada en la cual el individuo responde satisfactoriamente a las demandas del ambiente" (p.217).

Las/los terapeutas ocupacionales en la intervención no farmacológica de personas mayores (en adelante PMs) con esta problemática, contamos con diversos recursos, entre los cuales se encuentra la Estimulación Multisensorial para controlar y/o reducir los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD), (Rodríguez y Gajardo, 2012).

El abordaje con la técnica de Estimulación Multisensorial consiste en la estimulación de los sentidos utilizando la luz, el sonido, el tacto y el olfato a través de diferentes objetos táctiles y texturas, dispositivos blandos para protección, almohadones, mantas de peso, músicas seleccionadas, sonidos heterogéneos, diferentes aromas, efectos lumínicos y con movimiento, todos estos elementos integrados en una sala diseñada específicamente para brindar un ambiente con estímulos controlados para ayudar a la modulación sensorial de las personas asistidas con el objetivo de que la persona sienta confianza y pueda establecer una conexión con el entorno a través de los sentidos (Martínez Ledesma y del Toro, 2004)

HIPÓTESIS

Las personas adultas mayores institucionalizadas, de 65 a 95 años, que presentan demencia en estadio severo, y son abordadas desde Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en CABA en 2019, presentan al menos una de las siguientes destrezas de ejecución: Motoras (Alcanza, Agarra, Manipula); de Procesamiento (Atiende, Usa); de Interacción Social (Mira, Gesticula, Responde, Expresa emoción) al cabo de las 24 sesiones.

OBJETIVOS:

Objetivo general

Identificar y describir las destrezas de ejecución que presentan las personas adultas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, durante 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

Objetivos Específicos:

1) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución Motora: (“Alcanza”, “Agarra”, “Manipula”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

2) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Procesamiento: (“Atiende”, “Usa”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

3) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Interacción Social: (“Mira”, “Gesticula”, “Responde”, “Expresa emoción”) en personas mayores, institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

4) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución Motora: (“Alcanza”, “Agarra”, “Manipula”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

5) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución de Procesamiento: (“Atiende”, “Usa”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

6) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución de Interacción Social: (“Mira”, “Gesticula”, “Responde”, “Expresa emoción”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO:

La investigación se ha realizado en un dispositivo de EMS durante 24 sesiones de T.O para personas adultas mayores institucionalizadas de 65 a 95 años, que cursan demencia severa,

según diagnóstico establecido por los profesionales tratantes, en las historias clínicas de la institución

Según Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P., (2006) "la investigación se define como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno".

El propósito fue la validación empírica de la hipótesis. El presente estudio tiene una estrategia metodológica *cuantitativa* ya que se utilizó la recolección de datos para probar o refutar la hipótesis planteada, se basó en la medición numérica y el análisis de los datos obtenidos a través de un instrumento diseñado para tal fin.

Desde el enfoque cuantitativo se pretendió medir los fenómenos observados en el "mundo real" analizado con métodos estadísticos. Se buscó la objetividad de los datos estableciendo criterios de observación con anticipación y se minimizó el margen de subjetividad (Hernández Sampieri et.al., 2006)

Teniendo en cuenta la pérdida funcional establecida en las escalas Global Deterioration Scale (GDS) y la Funcional Assessment Staging (FAST), las destrezas de ejecución que se esperaron observar en las personas mayores institucionalizadas con demencia severa, dentro del entorno de las sesiones de TO en un dispositivo de EMS fueron seleccionadas por ser cada una de ellas la mínima unidad de desempeño ocupacional acorde a las características de la población de interés. Son definidas y descriptas por en el capítulo 6 del OPTIM de la siguiente manera:

ALCANZA: extiende el brazo, y cuando es apropiado, inclina el tronco para agarrar o colocar con efectividad los objetos que están fuera del alcance.

AGARRA: sujeta los objetos entre sus manos sin que el agarre se deslice del objeto.

MANIPULA: agarra y suelta de forma hábil, utiliza movimientos aislados de los dedos, y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos.

ATIENDE: mantiene una atención focalizada durante la tarea.

USA: utiliza los objetos de acuerdo con el fin requerido

GESTICULA: utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje

MIRA: hace contacto visual con el compañero social de una forma que es relajada; incluye el ajustar la frecuencia y duración del contacto visual para igualarlo al del compañero social.

RESPONDE: mantiene una conversación fluida mediante la respuesta a preguntas y comentarios que son apropiados al contexto social; incluye proporcionar información y/o opiniones cuando se le piden; también incluye proporcionar una respuesta adecuada a una disculpa o feedback expresado por el compañero social.

EXPRESA EMOCIONES: demuestra afecto y emociones de una forma que es socialmente aceptable, y apropiada al contexto social con el compañero social; incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una forma que se iguala al mensaje recibido; también incluye expresar emoción como oyente y como hablante.

Los datos recabados en cada sesión fueron representados con números, dado que uno de los objetivos específicos fue determinar la frecuencia en que se presentaron dichas destrezas de ejecución.

También como objetivos específicos de la presente investigación, está la descripción de la manera en que se presentaron las destrezas de ejecución mencionadas. Como se explica en el

marco teórico, también llamadas habilidades, son las acciones con propósito funcional, observables como las unidades más pequeñas de la ocupación dentro de un determinado entorno, tal y como las describe Ann Fisher en el capítulo 6 del OPTIM (Fisher & Griswold, 2014).

Si bien esta investigación es preferentemente cuantitativa por lo expuesto, se consideró enriquecedor para este trabajo, describir cómo se presentaron o no las destrezas de ejecución en cada sesión con cada residente en el instrumento de recolección de datos. De esta manera se identificaron y caracterizaron dichas variables con un enfoque cualitativo. Se realizó la recolección de esta información de manera no estandarizada, ni numérica para "descubrir o afinar preguntas de investigación" en el proceso de interpretación (Hernández Sampieri et.al., 2006, p.8). En este trabajo se han observado los fenómenos que suceden en cada sesión, "situaciones, eventos, personas, interacciones y conductas observadas y sus manifestaciones" (Hernández Sampieri et.al., 2006, p.8).

Siguiendo los conceptos de Malinowski, citado por Souza Minayo, (2012) es importante la "observación directa" en el ámbito se produce la experiencia o "realidad empírica", donde el investigador "se posiciona siempre entre los conocimientos teóricos y las informaciones de sus observados" (pp. 77- 78).

Basándonos en los conceptos de Hernández Sampieri et.al. (2006), de acuerdo a la estrategia de esta investigación, el alcance de este estudio es *descriptivo- exploratorio*, dado que, si bien se conoce acerca de las destrezas de ejecución y sobre la EMS, se desconoce las habilidades o acciones con propósito funcional que se pueden presentar dentro de un determinado entorno como es el caso de las personas mayores con demencia severa institucionalizadas durante las sesiones de TO en el dispositivo de EMS. (Sabino, 1992) considera que este tipo de

investigación permite caracterizar y visibilizar la estructura y el comportamiento de un conjunto de fenómenos homogéneos. De acuerdo con Ynoub, R. (2008), el objetivo de este tipo de investigación está orientado a describir el comportamiento de variables, y/o identificar tipos o pautas características, resultantes de las combinaciones de valores entre varias de ellas. Desde esta perspectiva podríamos decir que nuestro trabajo de investigación tiene como propósito describir el comportamiento de varias variables (las destrezas de ejecución que se presenten en cada sesión), tomadas de manera independiente.

La estrategia metodológica utilizada para cumplir los objetivos de investigación, fue el *trabajo de campo*. Sabino (1992) refiere:

“En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza.” (p.68).

Se realizó el trabajo de campo en una Institución geriátrica de CABA durante el período comprendido entre marzo y abril de 2019, en el dispositivo de EMS, del Servicio de TO, el cual se lleva a cabo 3 veces por semana con duración de dos horas cada día, divididas en sesiones de 30 minutos con abordaje individual en grupos de un máximo de 5 personas. A los fines del trabajo de investigación, se autorizó la participación como observadoras la última hora de cada uno de los días en que se lleva a cabo el dispositivo durante un período de 2 meses, lo que implicó que el trabajo de campo se realizara en un total de 24 sesiones y que el procedimiento muestral fuese al azar para la selección de 10 residentes pertenecientes al universo.

Los residentes que conformaron el universo y la muestra fueron derivados al dispositivo por verse imposibilitados de participar en otras actividades que propone la residencia debido al deterioro cognitivo severo que padecen. Según los informes redactados por los profesionales tratantes en las respectivas historias clínicas, todos los casos que conformaron el universo de nuestra investigación tenían diagnóstico de demencia severa y en muchos casos presentaban síntomas psicológicos y conductuales propios de la patología, tales como vocalizaciones repetitivas sin aparente sentido, gritos, signos de euforia desmedida, llantos y sollozos sin causa aparente, retraimiento, falta de respuesta emocional, ausencia de respuesta al ambiente, cerramiento ocular persistente, posición flexora en sedestación durante la mayor parte del tiempo que están en sus sillas de ruedas.

Las 24 sesiones fueron llevadas a cabo en la sala donde funciona el dispositivo de Estimulación Multisensorial, la cual está equipada para brindar un ambiente confortable con estímulos controlados, de tipo visuales, olfatorios, táctiles, y auditivos; cuenta con aromatizador ambiental y temperatura ambiente controlada.

En cada una de las sesiones se brindó a los residentes que conformaron la muestra los mismos estímulos (propioceptivos, táctiles, vestibulares, cenestésicos, visuales, auditivos, sonoros y/u olfativos) de manera graduada. Los estímulos se brindaron utilizando distintos tipos de objetos como mantas de peso, almohadones táctiles, masajeador con vibración, pelotas de diferentes tamaños, texturadas y lisas con diferentes pesos, objetos con estímulos lumínicos, instrumentos sonoros, susurradores, palos de agua, aceites esenciales, cremas entre otros.

Después de los primeros 15 minutos de Estimulación Multisensorial, se le ofreció a cada uno la interacción con un objeto determinado con la misma terapeuta ocupacional (en adelante to) que realizó la intervención.

Respecto a la posición tomada frente al objeto de estudio fue *observacional* (Sabino, 1992) porque en esta investigación se recolectaron los datos a través de la observación directa, se los tomaron tal como se presentaron en la realidad, sin ninguna intervención sobre la muestra. “La observación científica puede definirse como el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de datos que se necesitan para resolver un problema de investigación” (Sabino, 1992, p.111).

Tomando en cuenta los conceptos de Hernández Sampieri et.al. (2006), la investigación fue *no experimental* dado que fue:

(..) sistemática y empírica, en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural (p.153)

En relación al momento del objeto de estudio en el tiempo, el diseño fue *transversal o sincrónico* (Hernández Sampieri et.al.,2006), dado que en este trabajo se obtienen los datos en un momento determinado sin hacer foco en la variación de las variables a lo largo del tiempo. En esta investigación se busca determinar la frecuencia que se presentan o no de las destrezas de ejecución y describirlas, en las personas mayores institucionalizadas con deterioro demencia severa en cada una de las 24 sesiones de EMS en el taller T.O

Respecto a la forma de tratamiento de la temporalidad de los datos, es *prospectivo* (Hernández Sampieri et.al.,2006).; porque en el transcurso de la investigación, todos los datos que se obtuvieron fueron generados al momento del estudio.

DISEÑO DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA

UNIVERSO:

Universo es el: “Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández Sampieri et.al. ,2006 p.174)

El universo de la presente investigación son todas las personas adultas mayores, de 65 años a 95 años, institucionalizadas con diagnóstico de demencia severa que son tratadas por el Servicio de TO en dispositivos de EMS en CABA durante el 2019.

MUESTRA:

La muestra es un subgrupo del Universo (Hernández Sampieri et.al.,2006)

Para la conformación de la muestra se tuvo en cuenta los criterios utilizados en el dispositivo de EMS, que fueron diseñados por el Servicio de TO de la Institución y son aplicados por todas las/los terapistas ocupacionales que intervienen con las personas que asisten a dicho dispositivo. El mismo se lleva a cabo 3 veces por semana durante 2 hs. divididas en sesiones de 30 minutos durante las cuales se interviene de manera individual en grupos que no superen las 5 personas.

A los fines de la presente investigación, se nos autorizó a participar como observadoras durante la última hora, lo que implicó que la muestra sólo pudo abarcar un grupo no mayor a 10 personas del universo; durante un período de 2 meses lo que resultaron 24 sesiones.

La muestra estuvo conformada por 10 personas adultas mayores, de 65 a 95 años, institucionalizadas en un Hogar en CABA, con diagnóstico de demencia severa, en el año 2019.

Las muestras se categorizan en *probabilísticas* y *no probabilísticas*. En este caso la muestra es probabilística porque todas las personas del universo podían participar (Hernández Sampieri et.al.,2006)

El procedimiento muestral que se realizó fue aleatorio simple porque en el muestreo intervino el azar (Rubio y Varas, 1999, pp. 328-329).

Se hizo un sorteo entre las 50 personas tratadas desde TO en el dispositivo de EMS (Rubio y Varas, 1999, p.329).

Se definieron como criterios de inclusión para la muestra:

- Personas mayores institucionalizadas, de 65 a 95 años
- Personas mayores institucionalizadas con diagnóstico de demencia severa, informado por la Institución.
- Que reciban tratamiento de TO en un dispositivo de EMS

Se definieron como criterios de exclusión para la muestra:

- Que no presenten comorbilidad con patologías psiquiátricas
- Que asistan en forma irregular al dispositivo

DEFINICIONES OPERACIONALES

Las definiciones operacionales son el conjunto de operaciones que se realizan para medir una variable e interpretar los datos obtenidos (Hernández Sampieri *et al.*, 2013).

MATRIZ DE DATOS

Unidad de Análisis (en adelante UA)

Variable (en adelante V)

Escala de valores (en adelante R)

Indicador (en adelante I)

UNIDAD DE ANÁLISIS (UA):

Cada una de las PM con Demencia Severa Institucionalizadas que son tratadas desde TO en un dispositivo de EMS en C.A.B.A. en 2019

VARIABLES (V)

Para dar respuesta al objetivo general del presente trabajo final integrador (“Identificar las destrezas de ejecución que presentan las personas mayores con demencia severa, de 65 a 95 años, institucionalizadas, durante 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019”), se proponen las siguientes variables para la UA:

Variables suficientes

V 1: SEXO BIOLÓGICO

“F” Femenino

“M” Masculino

I 1: Se consulta en la HC de cada participante de la muestra, el sexo biológico

V 2: EDAD:

R2: 65-95

I 2: Se busca en la HC de cada participante de la muestra la fecha de nacimiento, se resta esa fecha a la fecha de inicio de las observaciones, se anotará el resultado en años.

Variables necesarias

Destrezas de ejecución: “son habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo”. (AOTA,2014, p.25)

En el Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3° ed. AOTA (2014) se clasifican las destrezas de ejecución en tres categorías: Motoras, de Procesamiento y de Interacción Social. Las destrezas de ejecución fueron seleccionadas en el presente trabajo teniendo en cuenta las características de la población a estudiar.

Destrezas Motoras: Alcanza, Agarra, Manipula (Fisher & Griswold, 2014).

Destrezas de Procesamiento: Usa, Atiende (Fisher & Griswold, 2014).

Destrezas de Interacción Social: Responde, Mira, Gesticula, Expresa emociones (Fisher & Griswold, 2014).

Destrezas Motoras son: “acciones o comportamientos que utiliza un cliente para moverse e interactuar físicamente con las tareas, objetos, contextos y entornos” (adaptado de Fisher, 2006) citado por (AOTA, 2014, p.25)

V3: ALCANZA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución ALCANZA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS extiende el brazo para alcanzar un objeto que se le acerca.

R 3:

- SI
- NO

I 3: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI cuando el /la residente extiende su brazo para alcanzar el objeto que se le acerca.
- NO cuando el /la residente no extiende su brazo para alcanzar el objeto que se le acerca.

V4: AGARRA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución AGARRA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS sujeta el objeto sin que el agarre se le deslice. Pellizca y/o ejerce presión manual al objeto que tiene en la mano.

R 4:

- SI
- NO

I 4: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente sujeta el objeto sin que el agarre se le deslice. Pellizca y/o ejerce presión manual al objeto que tiene en la mano.

○ NO, cuando el /la residente no sujeta el objeto sin que el agarre se le deslice. Pellizca y/o ejerce presión manual al objeto que tiene en la mano.

V5: MANIPULA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución MANIPULA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS agarra y suelta de forma hábil, utilizando movimientos aislados de los dedos, y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos.

R 5:

- SI
- NO

I 5: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente agarra y suelta de forma hábil, utilizando movimientos aislados de los dedos, y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos.
- NO, cuando el /la residente no agarra y suelta de forma hábil, utilizando movimientos aislados de los dedos, y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos.

Destrezas de Procesamiento: Son habilidades del desempeño ocupacional observadas cuando una persona lleva a cabo acciones que implican interactuar de manera adecuada con un objeto o instrumento diseñado para tal fin (AOTA, 2014).

V6: USA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución USA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS utiliza el objeto de acuerdo con el fin requerido por el mismo.

R 6:

- SI
- NO

I 6: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente utiliza el objeto de acuerdo con el fin requerido por el mismo.
- NO, cuando el /la residente no utiliza el objeto de acuerdo con el fin requerido por el mismo.

V7: ATIENDE

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución ATIENDE cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS mantiene la atención focalizada durante una acción determinada

R 7:

- SI
- NO

I 7: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente mantiene la atención focalizada durante una acción determinada
- NO, cuando el /la residente no mantiene la atención focalizada durante una acción determinada

Destrezas de Interacción Social:

Son las habilidades del desempeño ocupacional observadas durante el curso de un intercambio social (AOTA, 2014).

V8: RESPONDE

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución RESPONDE cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS da respuesta verbal adecuada a preguntas y comentarios, al saludo, disculpa o feedback expresado por la to y/o por el compañero social.

R 8:

- SI
- NO

I 8: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente da respuesta verbal adecuada a preguntas y comentarios, al saludo, disculpa o feedback expresado por la to y/o por el compañero social.
- NO, cuando el /la residente no da respuesta verbal adecuada a preguntas y comentarios, al saludo, disculpa o feedback expresado por la to y/o por el compañero social.

V9: MIRA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución MIRA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS sostiene contacto visual con la to y/o con el compañero social de una forma que relajada.

R 9:

- SI
- NO

I 9: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente sostiene contacto visual con la to y/o con el compañero social de una forma que relajada.
- NO, cuando el /la residente no sostiene contacto visual con la to y/o con el compañero social de una forma que relajada.

V 10: GESTICULA

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución GESTICULA cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje.

R 10:

- SI
- NO

I 10: Se consigna en el instrumento de observación:

- SI, cuando el /la residente utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje.
- NO, cuando el /la residente no utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje.

V 11: EXPRESA EMOCIONES

Definición operacional: se consideró presente la destreza de ejecución EXPRESA EMOCIONES cuando la persona mayor observada durante la sesión de T.O en el dispositivo de EMS demuestra afecto y emociones de una forma socialmente aceptable, incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una forma que se iguala al mensaje recibido; incluye la demostración de afecto de manera corporal.

R 11:

- SI
- NO
- **I 11:** Se consigna en el instrumento de observación:
 - SI, cuando el /la residente demuestra afecto y emociones de una forma socialmente aceptable, incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una forma que se iguala al mensaje recibido; incluye la demostración de afecto de manera corporal.
 - NO, cuando el /la residente no demuestra afecto y emociones de una forma socialmente aceptable, incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una forma que se iguala al mensaje recibido; incluye la demostración de afecto de manera corporal.

FUENTES:

Fuentes primarias:

En el trabajo de campo se realizó una observación directa a las 10 personas mayores que cumplieron con los criterios para la muestra. Las/los residentes constituyeron las fuentes de datos primarias (Samaja, 2002). durante la sesión de TO en un dispositivo de EMS. Dichos datos se registraron en el instrumento que se diseñó para el presente trabajo.

La observación directa en el contexto de la sesión de T.O con abordaje de EMS permitió recolectar información valiosa que describió cómo se presentaron las destrezas de ejecución en cada sesión. Las mismas fueron volcadas en un apartado del instrumento de observación.

Sabino (1992) refiere:

“En los diseños de campo los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, son llamados primarios, denominación que alude al hecho de que son datos de primera mano, originales, producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza.” (p.68).

Las fuentes secundarias:

Son datos o registros escritos por otros en las Historias Clínicas de los residentes que forman parte de la muestra (Sabino, 1992).

INSTRUMENTO

En toda investigación cuantitativa, de acuerdo con Hernández Sampieri et.al. (2006), se aplica un instrumento a fin de medir las variables contenidas en las hipótesis; la medición será

efectiva cuando el instrumento de recolección de datos sea representativo de las variables en cuestión.

Un instrumento de medición, según Hernández Sampieri, et al., (2006): “es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tienen en mente” (p. 276).

Se ha elaborado un instrumento de observación adaptado a la presente investigación, ya que el objetivo general fue “Identificar las destrezas de ejecución que presentan las personas mayores con demencia severa, de 65 a 95 años, institucionalizadas, durante las 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019”

Dicho instrumento completado con los datos obtenidos de cada uno de los 10 residentes durante las 24 sesiones se adjunta en los anexos, como así también el pilotaje realizado.

Es una planilla que se completó en cada una de las sesiones donde se consignó las destrezas de ejecución que se presentaron, para cada residente que participó en la muestra de manera individual. La forma de administración de la misma fue a través de la observación, y se le asignó un valor "SI" o "NO" según se presentaron las destrezas pre-establecidas. Los resultados se volcaron en la Síntesis de Evaluación del Instrumento, se expresaron en números el total de las veces SI y el total de las veces NO en que se observaron cada una de las destrezas de ejecución establecidas. A modo de ejemplo:

Se puede observar en el Instrumento que la destreza “Atiende” puede presentarse en tres situaciones distintas en la misma sesión:

- Cuando la terapeuta ocupacional se acerca a la PM y le habla
- Cuando la terapeuta ocupacional le acerca el objeto a la PM
- Cuando la terapeuta ocupacional le coloca el objeto en la mano a la PM

A modo de ejemplo, cada vez que se observa que la PM “Atiende” en cada una de las situaciones descritas se consigna en el Instrumento (SI) y si en esa situación no “Atiende” se consigna (NO).

En la Síntesis de Evaluación se registra la frecuencia en que apareció cada destreza en esa sesión.

A su vez en el apartado “Descripción de lo sucedido en la sesión” se registraron y describieron las destrezas de ejecución de forma escrita según cómo se presentaron en cada sesión. De esta manera se narra y describe lo que sucedió y se registró durante el proceso de investigación en un apartado de cada planilla, lo cual enriqueció las conclusiones.

INSTRUMENTO:

Registro Nº de Observación de Destrezas de Ejecución Presentes									
Instrumento									
Fecha					Residente				
	Mira	Atiende	Gesticula	Responde	Expresa Emoción				
Se Acerca TO y le habla									
	Atiende	Alcanza	Aprieta	Manipula	Usa				
Se acerca el objeto									
	Atiende	Aprieta	Manipula	Usa					
Se le coloca objeto en la mano									
Síntesis de Evaluación									
	Mira	Atiende	Gesticula	Responde	Expresa Emoción	Alcanza	Aprieta	Manipula	Usa
Presencia de destreza de ejecución									
<p>Descripción de lo sucedido en la sesión:</p>									

ANÁLISIS DE DATOS

En base a la observación que se hizo de cada persona mayor de la muestra (UA) durante la sesión de EMS en el taller de Terapia Ocupacional, se consignó esa información en el instrumento. Sabino (1992) refiere que este cúmulo de datos requiere de un proceso de organización de los mismos para ordenarlos, para lo cual se realizaron las siguientes operaciones:

- Numeración de planillas: en nuestra investigación consignamos los datos de cada residente en cada sesión, en una planilla (Instrumento) que fue numerada y archivada en orden cronológico y en orden alfabético por apellido.
- Codificación: el sexo biológico se consultó en la HC de cada participante de la muestra y se codificó Femenino: F y Masculino: M. Las otras variables no fueron codificadas.
- Traducción: se buscó en la Historia Clínica (HC) la fecha de nacimiento de cada persona mayor participante de la muestra, para sacar la edad se restó esa fecha a la fecha de inicio de las observaciones, se anotó el resultado en años.

Sistematización:

- 1) En cada sesión a través de la observación directa de las PM de la muestra (n:10) se registra en el Instrumento de Observación si se presentan o no las destrezas de ejecución preestablecidas. Se consigna SI si se presenta y NO si no se presenta como se explicó el uso de dicho Instrumento. En donde figura la Síntesis de Evaluación se consigna en N° la sumatoria total de los SI y NO correspondientes a cada destreza. Es decir, en el Instrumento se registran cuántas veces se presentó la destreza en cada sesión.

- 2) La información recabada de cada sesión en la Síntesis de Evaluación del Instrumento, se registra en una planilla de cada residente. En la planilla de cada residente se registran cuántas veces se observan las destrezas en cada una de las 24 sesiones. Se suma el total de las frecuencias absolutas (en adelante FA) de las destrezas que se presentaron durante las 24 sesiones. Al cabo de las 24 sesiones de cada residente se pudo apreciar cuántas veces se se observaron o no las destrezas registradas durante el proceso de investigación de cada residente. En dicha planilla se detallan el nombre, edad, sexo, n° de sesión y fecha; las destrezas de ejecución clasificadas en:
- Procesamiento: Usa, Atiende
 - Interacción Social: Gesticula, Responde, Expresa Emoción, Mira
 - Motoras: Agarra, Manipula, Alcanza.

Planilla de cada residente donde se consignó la FA de las destrezas que se presentaron en las PM con demencia severa, de 65 a 95 años, institucionalizadas en un Hogar en CABA durante las 24 sesiones de TO en un dispositivo de EMS durante 2019.

Nombre		DESTREZAS DE EJECUCIÓN								
Edad	Sexo Biológico M/F	PROCESAMIENTO		INTERACCIÓN SOCIAL				MOTORAS		
Sesión Nº	Fecha	Usa	Atiende	Gesticula	Responde	Expresa Emoción	Mira	Agarra	Manipula	Alcanza
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
Total 24 sesiones										

Base de Datos: Se realizó una tabla de doble entrada, donde en las columnas están las iniciales de cada participante de la muestra (UA) y en las filas las variables las suficientes: Edad, Sexo biológico; y las variables necesarias: Usa, Atiende, Gesticula, Responde, Expresa Emoción, Mira, Agarra, Manipula, Alcanza. En las celdas de intersección entre columnas y filas se registraron las FA de las destrezas de ejecución observadas de cada residente durante toda la investigación.

Siguiendo las conceptualizaciones de Samaja (2002) el análisis de datos es exploratorio, se realizó según los objetivos y centrado en la variable. Al respecto Samaja (1993) refiere que: “El esfuerzo descriptivo pareciera concentrarse en exponer cómo se comportan las unidades de análisis respecto de cada valor de las variables y cómo se asocian entre sí los valores de unas variables en relación con las variables restantes” (p.295). Desde esta perspectiva el presente trabajo de investigación tiene como propósito describir el comportamiento de las variables destrezas de ejecución: Alcanza, Agarra, Manipula, Atiende, Usa, Responde, Mira, Gesticula, Expresa Emoción, que se presenten en cada sesión, tomadas de manera independiente.

El tratamiento y análisis de la información se realizó con procedimientos de la estadística descriptiva, lo que permitió describir las distribuciones de frecuencias (en adelante F) mediante frecuencias relativas (en adelante FR) y frecuencias porcentuales (en adelante F%).

Para dar respuesta a los objetivos, el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se centró en las variables necesarias observadas, las cuales informaban sobre la presentación o no de la destreza de ejecución. Para cada una de las variables se realizó una tabla de distribución de frecuencias y se calcularon las frecuencias absolutas y porcentuales de cada una. El análisis de las variables suficientes se realizó calculando la distribución de frecuencias para cada una de ellas.

Se realizó una tabla de frecuencias para cada variable al finalizar las 24 sesiones, de toda la muestra (n:10).

Presentación de identificación y descripción de las destrezas de ejecución observadas:

A su vez se amplió el trabajo con la descripción de lo sucedido en cada una de las 24 sesiones observadas en los 10 residentes participantes. En el Instrumento de observación a modo de apartado, se realizaron breves descripciones de la conducta de cada uno de los

residentes que componen la muestra, dando cuenta de la forma en que las destrezas de ejecución se hacían presentes o la ausencia de estas.

Los resultados se presentaron con tablas, gráficos y en forma escrita con la descripción de las destrezas de ejecución motoras, procesamiento e interacción social que se presentaron en las 24 sesiones durante la investigación. Se presentaron los resultados del análisis que caracterizan la muestra. Se expusieron las tablas de frecuencias y gráficos de las destrezas de ejecución que aparecieron o no en las personas mayores con diagnóstico demencia severa de 65 a 95 años durante las 24 sesiones de EMS en un dispositivo de T.O institucionalizadas en un Hogar en CABA durante 2019.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo formada 10 por personas mayores institucionalizadas, 3 hombres y 7 mujeres entre 65 y 95 años, que presentaban demencia en estadio severo, quienes fueron abordadas desde Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en CABA en 2019

De acuerdo con los datos obtenidos:

Distribución de la V1 SEXO BIOLÓGICO, la muestra estaba conformada por:

- 7 mujeres 3 hombres

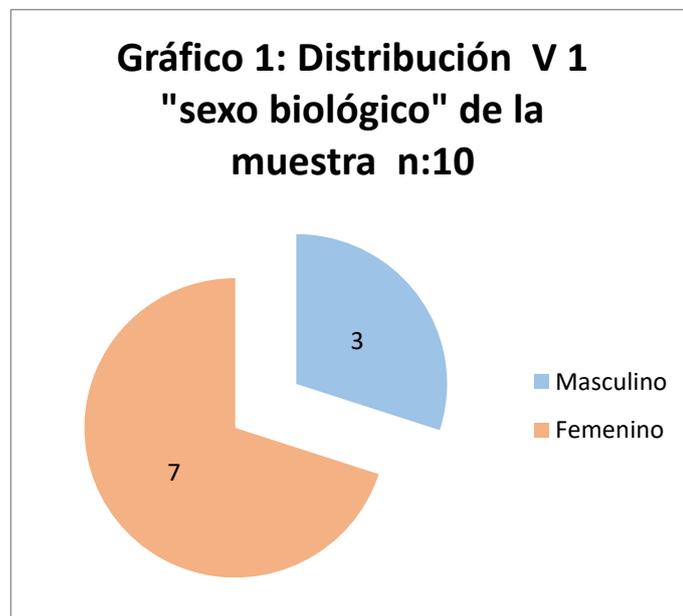
Aunque para nuestro trabajo no fue necesario hacer un análisis desde la perspectiva de género, consideramos que fue interesante observar que hubo una participación notablemente mayor de mujeres.

Tabla 1. Distribución de frecuencias del sexo biológico de las/los residentes de la muestra (n: 10)

SEXO	FA	FR	F%
M	3	0,3	30%
F	7	0,7	70%
TOTAL	10	1	100%

Fuentes: Datos obtenidos de la HC de cada participante de la muestra

Gráfico 1: Distribución de cantidad de residentes según la V1 "Sexo biológico" de muestra (n:10)



Fuentes: Base de datos de las/los residentes

Según los datos obtenidos:

La muestra estaba conformada por el 70% de mujeres y el 30% de hombres.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la edad de los residentes participantes de la muestra (n:10) FA: Frecuencias Absolutas, FR: Frecuencias Relativas, F%: Frecuencias porcentuales

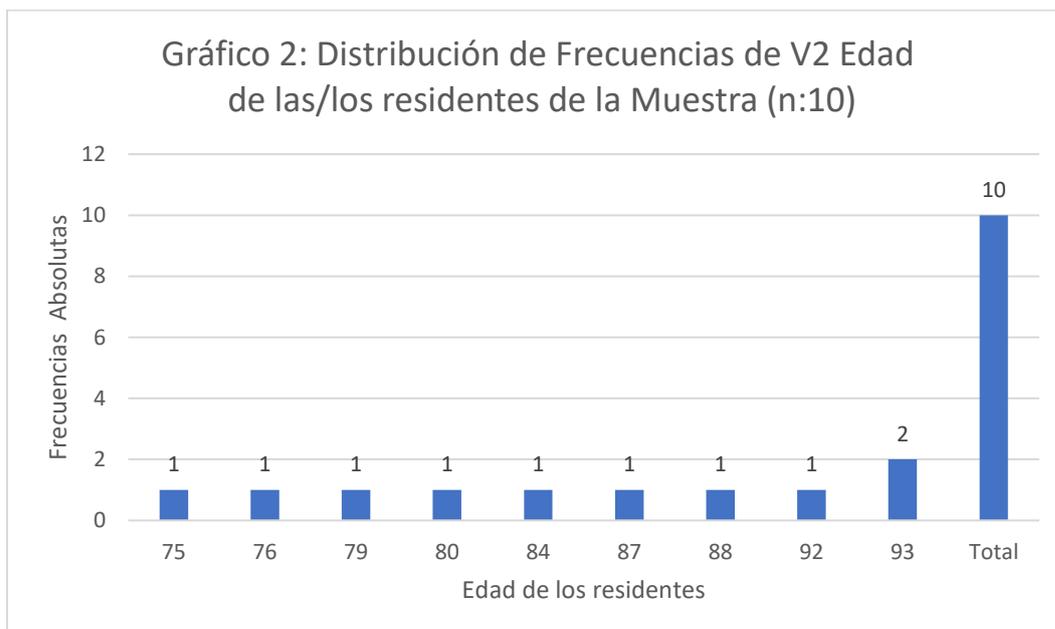
Edad	FA	FR	F%
De 65 a75	1	0,1	10%
76 a 86	4	0,4	40%
87 a 95	5	0,5	50%
Total	10	1	100%

Tabla 3: Distribución de Frecuencias absolutas de la V2 EDAD de las/ los residentes participantes de la muestra (n:10)

Edad	FA	FR	F%
75	1	0,1	10%
76	1	0,1	10%
79	1	0,1	10%
80	1	0,1	10%
84	1	0,1	10%
87	1	0,1	10%
88	1	0,1	10%
92	1	0,1	10%
93	2	0,2	20%
Total	10	10	100%

Fuente: Base de datos de las/los residentes participantes de la muestra (n:10)

Gráfico 2: Distribución de las edades de las/los residentes de la muestra (n: 10)



Fuente: Base de datos de las/los residentes participantes de la muestra (n: 10)

La media de la distribución de la edad de los residentes de la muestra (n:10), resultó la edad de 85 años. Siendo la Frecuencia absoluta FA/el residente menor, de 75 años y siendo 2 las/los mayores, de 93 años.

Tabla 4: Distribución de FA de Destrezas de ejecución que se presentaron al finalizar las 24 sesiones

10 U.A		DESTREZAS DE EJECUCIÓN								
		PROCESAMIENTO		INTERACCIÓN SOCIAL				MOTORAS		
		USA	ATIENDE	GESTICULA	RESPONDE	EXPRESA EMOCIÓN	MIRA	AGARRA	MANIPULA	ALCANZA
TOTAL		32	406	103	58	38	157	203	133	74

Fuente: Base de datos.

En esta tabla se aprecia la frecuencia total en que se presentan las destrezas de ejecución en las PM institucionalizadas con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo del total de las 24 sesiones de T.O en dispositivos de EMS en CABA durante 2019.

RESULTADOS DE ACUERDO CON LOS OBJETIVOS

Las destrezas que esperamos observar al cabo de 24 sesiones en personas mayores institucionalizadas con demencia severa, de 65 a 95 años que son abordadas con Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019, son definidas y descriptas en el capítulo 6 del OPTIM, están clasificadas en:

- o Motoras: Agarra, Manipula, Alcanza.
- o Procesamiento: Usa, Atiende
- o Interacción Social: Gesticula, Responde, Expresa Emoción, Mira

Los objetivos (1,2,3) planteados en el presente trabajo pretenden determinar la frecuencia en que se presentaron dichas destrezas de ejecución al finalizar las 24 sesiones. Los resultados se expondrán con tablas y gráficos.

A los fines de enriquecer el presente trabajo final de integración (en adelante TFI) se establecieron objetivos (4,5,6) de tipo cualitativos en los que se describen la forma en que se presentaron las destrezas de ejecución durante las 24 sesiones del trabajo de campo. Cabe aclarar que en el anexo se han detallado las situaciones relevantes de cada sesión, allí se describieron de manera más general la forma en que se presentaron las destrezas, en cada una de las PM que conformaron la muestra.

Al final del apartado de los resultados, se presentará un gráfico donde se pueda visualizar a modo de resumen las frecuencias absolutas de todas las destrezas de ejecución que se observaron durante la investigación (gráfico: 23) y el resultado de la hipótesis.

A continuación, se exponen los resultados de los objetivos 1 y 4. En el objetivo 1 se busca determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución Motoras: (“Alcanza”, “Agarra” “Manipula”) Y en el objetivo 4 describir la forma en que se presentaron dichas destrezas.

1) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución Motora: (“Alcanza”, “Agarra”, “Manipula”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

Se tomó como indicador para la destreza de ejecución ALCANZA la descripción que hace Ann Fisher de la misma en el capítulo 6 del OPTIM, al observarse a la PM extender el brazo, y

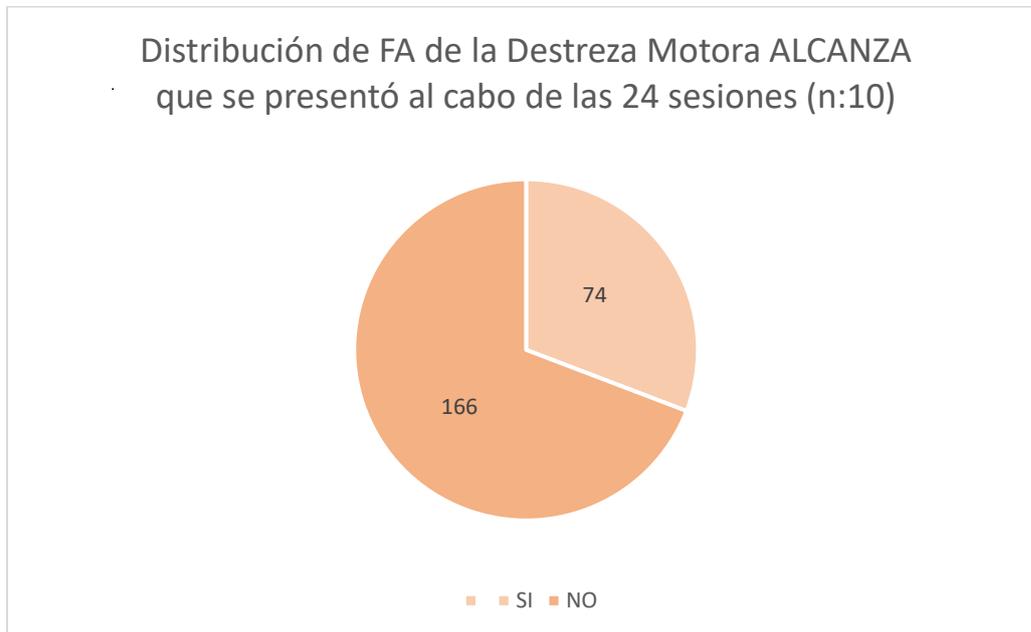
si era apropiado, inclinar su tronco para obtener el objeto que la terapeuta ocupacional (en adelante to) le alcanzaba.

Dado que los diez participantes de la muestra son desplazados por los cuidadores en silla de ruedas, los objetos fueron acercados por la to a la vista del residente para que puedan ser alcanzarlos. Al cabo de las 24 sesiones se pudo observar que dicha destreza se presentó 74 veces en los 10 participantes de la muestra (n:10), mientras que la misma no fue observada 166 veces. Lo que representa un 31% observadas y un 69% no observadas al cabo de las 24 sesiones. De acuerdo a cómo se diseñó el instrumento de observación donde se recabaron los datos, en cada sesión se brindó este estímulo a cada residente una vez. Siendo 10 residentes los participantes de la muestra (n:10) al cabo de 24 sesiones suman un total de 240 veces que se realizó dicho estímulo. Es decir que hubo un total de 240 posibilidades que las destrezas seleccionadas se observen o no.

Tabla 5: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza Motora Alcanza al cabo de las 24 sesiones.

Destreza Motora ALCANZA	FA	FR	F%
SI	74	0.31	31%
NO	166	0.69	69%
Total	240	1	100%

Gráfico 3: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza ALCANZA en los 10 participantes de la muestra (n:10) al finalizar las 24 sesiones



La destreza de ejecución Motora: AGARRA se observa cuando la PM sujeta los objetos sin que el agarre se deslice del objeto. En el instrumento de observación (ver en el apartado Instrumento y Anexos) la observación se delimitó en dos situaciones:

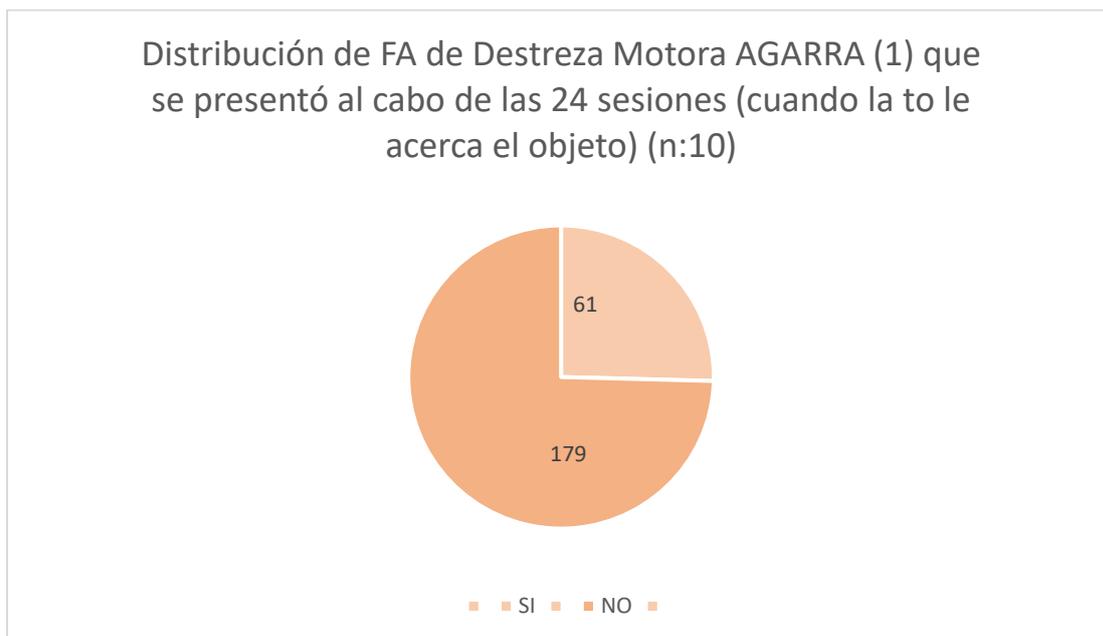
- 1- Cuando la to le acerca el objeto al residente.
- 2- Cuando la to le coloca el objeto en la mano

En la primera situación, cuando la to le acerca el objeto al alcance del residente, se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10), que la destreza motora AGARRA (1) se presentó 76 veces, un 25% y no se presentó 164 veces, 75%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 6: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza Motora Agarra (1) al cabo de las 24 sesiones

Destreza Motora AGARRA (1)	FA	FR	F%
SI	61	0.25	25%
NO	179	0.75	75%
Total	240	1	100%

Gráfico 3: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza AGARRA en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le acerca el objeto al residente, al cabo de las 24 sesiones

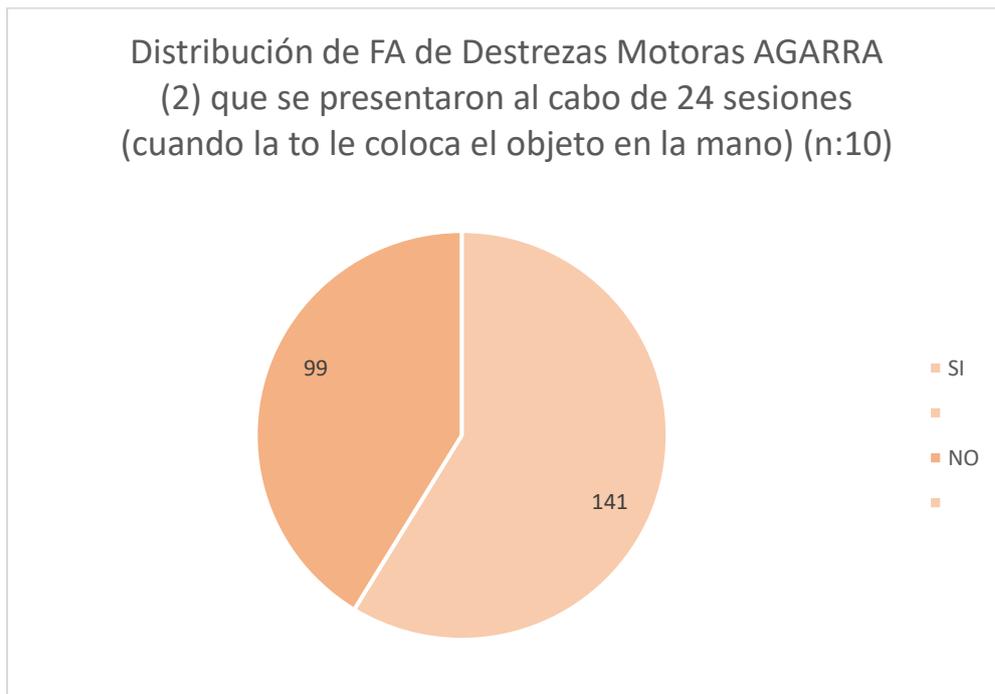


En la segunda situación, cuando la to le coloca el objeto en la mano del residente, se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10), que la destreza motora AGARRA (2) se presentó 141 veces, 59% y no se presentó 99 veces, 41% al finalizar las 24 sesiones.

Tabla 7: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza Motora Agarra (2) Cuando la to le coloca el objeto en la mano. Al cabo de las 24 sesiones

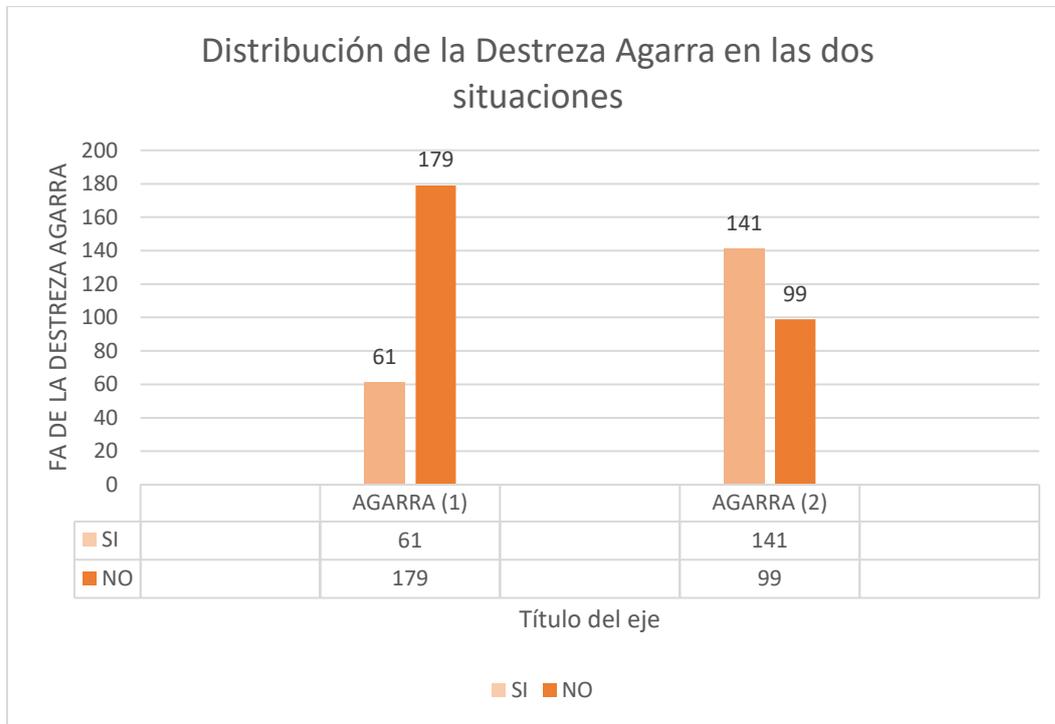
Destreza Motora AGARRA (2)	FA	FR	F%
SI	141	0.59	59%
NO	99	0.41	41%
Total	240	1	100%

Gráfico 4: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza AGARRA (2) en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le coloca el objeto en la mano al residente, al cabo de las 24 sesiones



El TOTAL de las frecuencias la Destreza AGARRA que se presentaron son 203 veces al cabo de las 24 sesiones. En este caso al ser dos situaciones, el total de las veces que se presentaron o no corresponde a 480 (240 x 2), es decir 480 posibilidades que la destreza “AGARRA” se observe o no en los 10 residentes al cabo de 24 sesiones

Gráfico 5: Comparativo de la distribución de FA de la Destreza AGARRA en las dos situaciones al cabo de las 24 sesiones (n:10)



La destreza de ejecución Motora: MANIPULA se observa cuando la PM agarra y suelta de forma hábil, utiliza movimientos aislados de los dedos y patrones de coordinación dentro de la mano cuando interactúa con objetos. En el instrumento de observación (ver en el apartado Instrumento y Anexos) la observación se delimitó en dos situaciones:

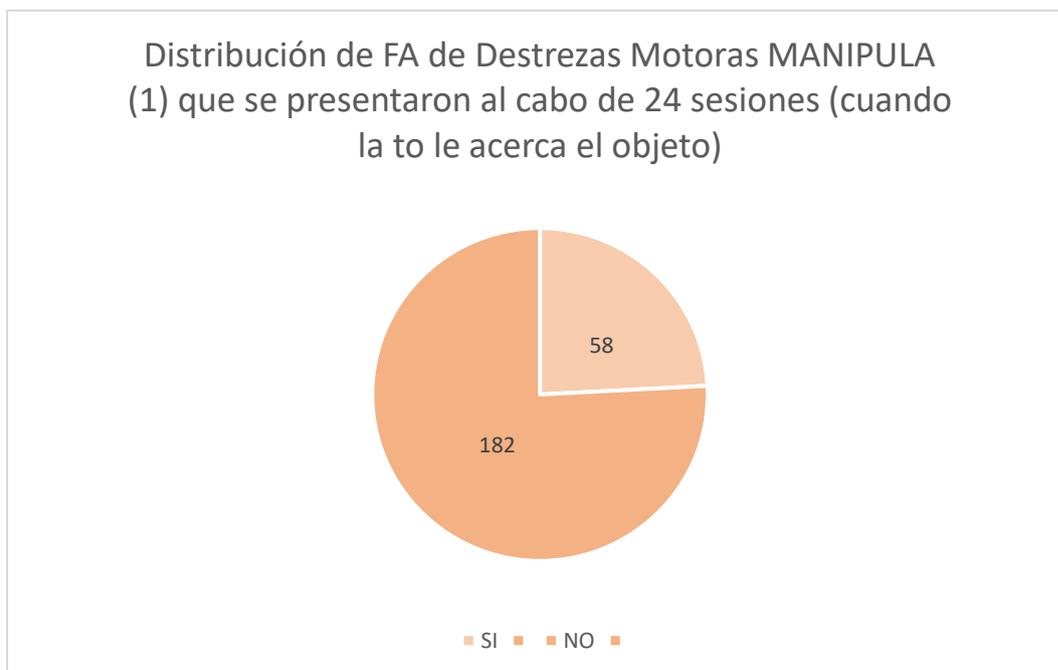
- 1- Cuando la to le acerca el objeto al residente.
- 2- Cuando la to le coloca el objeto en la mano al residente

En la primera situación, cuando la to le acerca el objeto al alcance del residente: se pudo observar en los 10 residentes de la muestra (n:10) que la destreza motora MANIPULA se presentó 58 veces, resultando un 24% y no se presentó 182 veces, 76% al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 8: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza Motora Manipula (1) Cuando la to le acerca el objeto al residente. Al cabo de las 24 sesiones

Destreza Motora MANIPULA (1)	FA	FR	F%
SI	58	0.24	24%
NO	182	0.76	76%
Total	240	1	100%

Gráfico 6: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza MANIPULA en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le acerca el objeto al residente, al cabo de las 24 sesiones

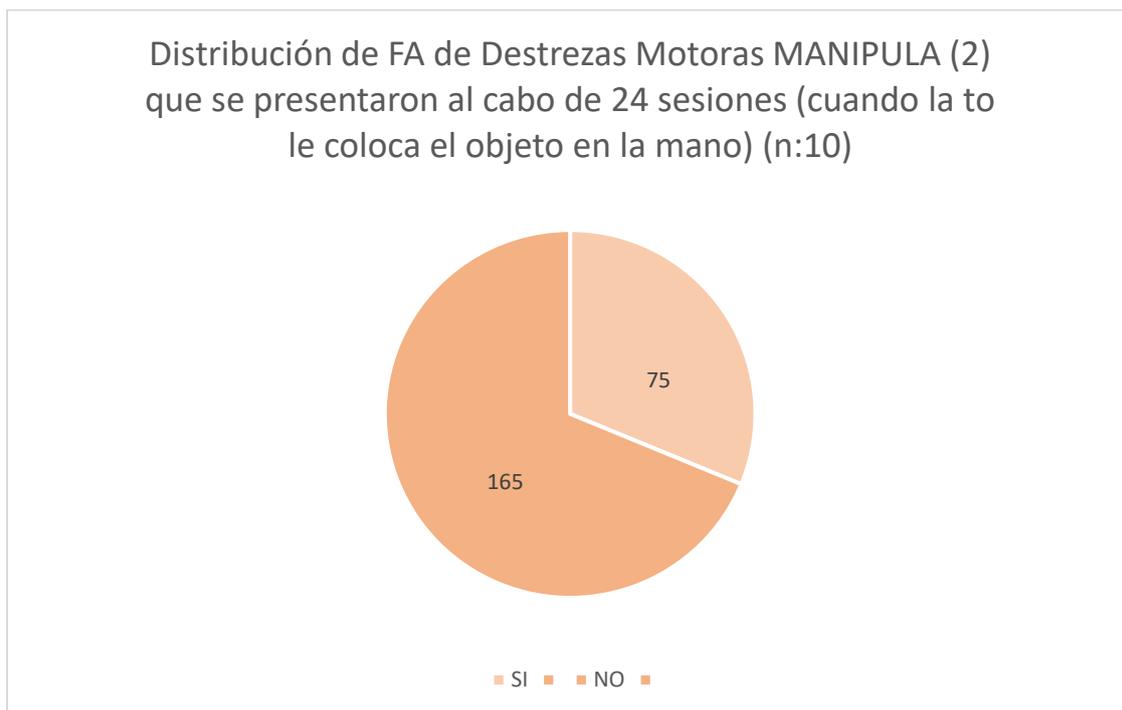


En la segunda situación, cuando la to le coloca el objeto en la mano del residente, se pudo observar en los 10 residentes de la muestra (n:10), que la destreza motora MANIPULA (2) se presentó 75 veces, siendo un 30%, y no se presentó 165, un 70% veces al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 9: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza Motora Manipula (2) Cuando la to le coloca el objeto en la mano al residente. Al cabo de las 24 sesiones.

Destreza Motora MANIPULA (2)	FA	FR	F%
SI	75	0.30	30%
NO	165	0.70	70%
Total	240	1	100%

Gráfico 7: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza MANIPULA en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le coloca el objeto en la mano al residente, al cabo de las 24 sesiones



El TOTAL de las frecuencias la Destreza MANIPULA que se presentaron son 133 veces al cabo de las 24 sesiones. En este caso al ser dos situaciones, el total de las veces que se

presentaron o no corresponde a 480 (240 x 2), es decir 480 posibilidades que la destreza

“MANIPULA” se observe o no en los 10 residentes de la muestra (n:10) al cabo de 24 sesiones

Gráfico 8: Distribución de FA de la Destreza MANIPULA en las dos situaciones al cabo de las 24 sesiones (n:10)

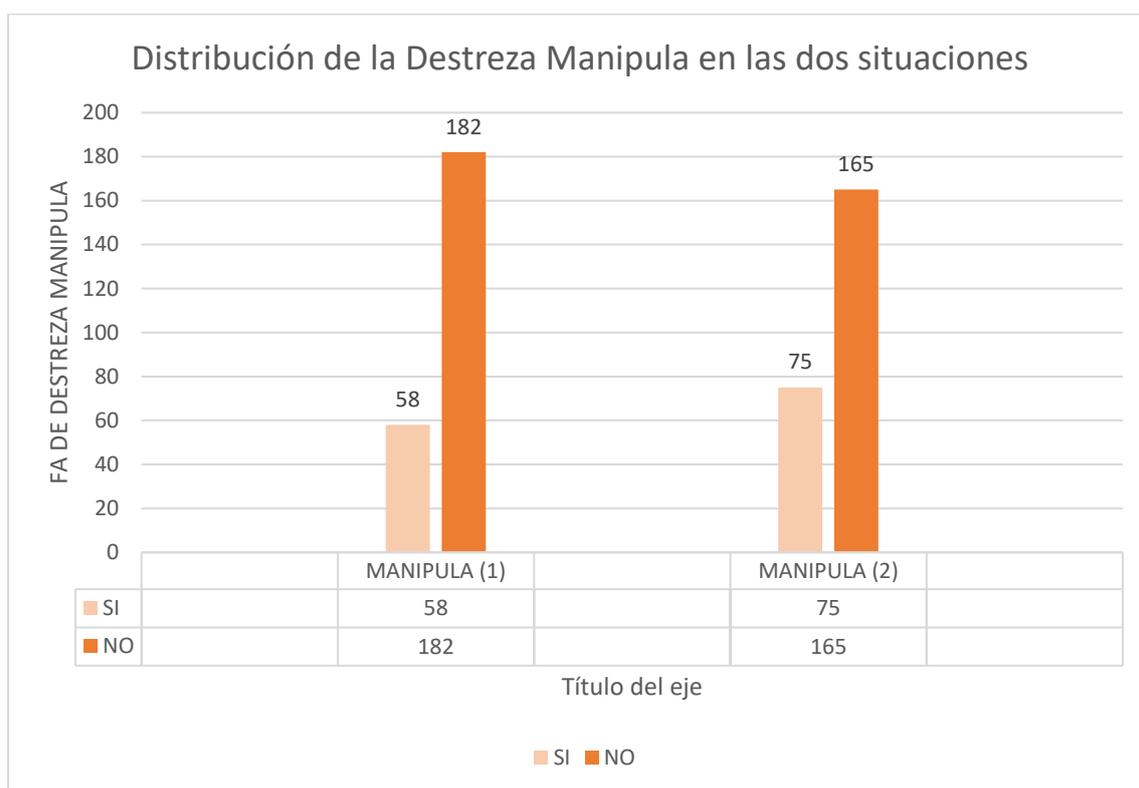
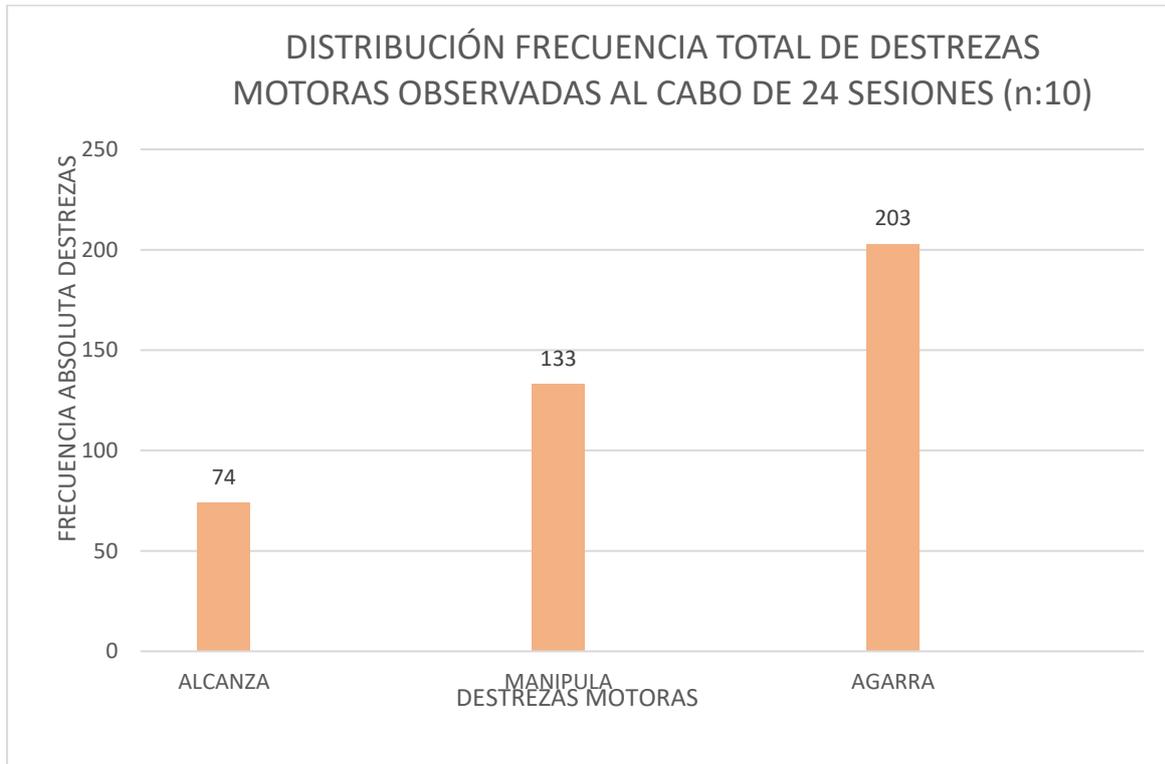


Tabla 10: Destrezas de Ejecución Motoras (Alcanza, Manipula, Agarra) que se presentaron en las 10 personas mayores (PM) institucionalizadas con demencia severa de la muestra, en el total de las 24 sesiones de Terapia Ocupacional (T.O) en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

DESTREZAS DE EJECUCIÓN MOTORAS	FA	FR	F%	F% AC
ALCANZA	74	0,2	20%	20%
MANIPULA	133	0,3	30%	50%
AGARRA	203	0,5	50%	100
TOTAL	408	1	100%	

Fuente: Base de datos

Gráfico 9: este gráfico representa la distribución del total de FA de la Destrezas Motoras: ALCANZA, MANIPULA, AGARRA que se presentaron en los 10 participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones



4) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución Motora: (“Alcanza”, “Agarra”, “Manipula”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

Luego de que cada residente recibiera durante aproximadamente 15 o 20 minutos de estímulos multisensoriales de manera organizada, con la intención de favorecer el registro y modulación de los mismos, la to a cargo de la intervención se acercaba a la PM ofreciéndole un objeto significativo, como un cepillo de pelo, un vaso o algún objeto de estimulación táctil,

visual o auditiva que hubiera sido utilizado durante la sesión y que el residente hubiera tenido alguna muestra de interés. La posición de la to con respecto al residente siempre se realizó de frente, sosteniendo el objeto en su mano al alcance de la persona con quien se estuviese realizando la intervención, y en algunas ocasiones llamando su atención hacia el objeto de manera verbal o moviéndolo, la forma de comunicarse con cada PM fue verbal y gestual, utilizando frases cortas con 3 o 4 palabras, y con bajo requerimiento cognitivo, siempre buscando el contacto visual. En ese contexto se verificó la presencia o ausencia de las destrezas de ejecución en las personas mayores que conformaron la muestra durante el trabajo de campo realizado.

Para indicar la presencia de la destreza de ejecución motora “Alcanza”, al momento de que la to que llevaba a cabo la intervención, se acercaba a determinado residente ofreciéndole un objeto, se observó que la persona logró extender su brazo y cuando fue necesario inclinó su tronco hacia el objeto.

Dicha destreza se presentó un total de 74 veces al término de las 24 sesiones.

A modo de ejemplo se relatan a continuación algunas situaciones en las que se observó la presencia de la destreza “Alcanza”:

CG, residente masculino de 93 años, logró en la sesión duodécima manifestar la presencia de la destreza de ejecución “Alcanza”, cuando la to interviniente, luego de brindar diferentes tipos de estímulos, se paró frente a él con el mismo vaso que le había ofrecido en otras oportunidades, CG logró extender su brazo e inclinó su tronco con el fin de alcanzarlo. Esa fue la primera vez en que se evidenció la presencia de dicha habilidad en el residente, ya que hasta ese momento no se había observado intención de su parte de alcanzar ninguno de los objetos que se le ofrecían, aunque mantuviese su atención sobre ellos. A partir de allí esto sucedió en otras oportunidades con diferentes objetos y se consignó cada vez en el instrumento.

En el caso de DR, residente femenina de 75 años, pudo observarse por primera vez la destreza de ejecución “Alcanza” en la sesión número 7 cuando se le ofreció un vaso, lo alcanzó, lo agarró y se lo llevó a la boca, miró el fondo de éste y lo soltó sobre la mesa escotada de la silla de ruedas. En otra ocasión la to le ofreció un cepillo para el cabello y ella extendió sus brazos para alcanzarlo. Después de la primera ocasión en que se evidenció la destreza de ejecución “Alcanza”, DR repitió esta acción en varias sesiones con diferentes objetos.

La destreza de ejecución “Agarra” se esperaba observar en dos situaciones distintas durante cada sesión, una al momento de que se le ofreciera un objeto y lograra alcanzarlo, y otra cuando la to interviniente se lo pusiera directamente en la mano. Para indicar la presencia de dicha destreza se observó que las PMs lograran sujetar los objetos entre sus manos sin que se deslicen de entre sus dedos. La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, mostrando el objeto en su mano para favorecer el alcance o apoyándolo de manera directa en la mano de la persona, esperando que ésta lograra abrir su mano y sostener el objeto entre sus dedos sin que se deslizase.

Esta destreza de ejecución motora, “Agarra” se presentó un total de 203 veces al cabo de las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se describen algunas situaciones observadas con algunas de las PMs que conformaron la muestra.

MB, residente femenina de 87 años: durante las primeras 18 sesiones observadas sólo lograba agarrar el objeto si le era colocado de manera directa en su mano, en algunas ocasiones lo manipulaba mientras lo miraba y en otras sólo lo sostenía, hubo sesiones que dejaba apoyado el objeto en una mesa que estaba al costado de donde ella permanecía sentada en la silla de

ruedas. Luego de las sesiones 18 y 20 logró agarrar el objeto luego de haberlo alcanzado por ella misma.

Para indicar la presencia de la destreza de ejecución motora “Manipula” se observó en las PMs que integraron la muestra, que lograron utilizar movimientos aislados de los dedos y patrones de coordinación dentro de la mano al interactuar con un objeto agarrándolo y soltándolo de forma hábil, cuando alcanzaban un objeto que se le había ofrecido o al momento que la to lo colocara de forma directa en sus manos. Dicha destreza se pudo observar en dos situaciones distintas durante cada sesión, una al momento de que se le ofreció un objeto y logró alcanzarlo y otra cuando la to interviniente se lo puso directamente en la mano. La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, mostrando el objeto en su mano para favorecer el alcance o apoyándolo de manera directa en la mano de la persona, esperando que esta abriera su mano, agarrara y moviera de manera hábil el objeto entre sus dedos.

Esta destreza de ejecución motora, “Manipula” se presentó un total de 133 veces al finalizar las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se describen algunas situaciones observadas con algunas de las PMs en las que se presentó esta habilidad motora.

SM, residente femenina de 93 años, en determinada ocasión al acercarse la to y hablarle al oído abrió los ojos, mantuvo el contacto visual y dirigió la mirada hacia el objeto lumínico que se le ofrecía sin intentar alcanzarlo, la profesional lo apoyó en sus manos y SM lo agarró moviéndolo entre sus dedos sin retirar la mirada. En otra sesión la to le alcanzó un almohadón de piel sintética, la residente lo sostuvo con una mano mientras lo acariciara con la otra.

En el caso del residente RS, masculino de 79 años, cuando la to se acercó hablándole de frente ofreciéndole sus propias manos, RS alcanzó las manos de la to y acompañó los movimientos al ritmo de la música. Luego la to apoyó un guante texturado en la mano del residente, quien lo agarró para moverlo entre sus dedos observándolo y manipulándolo sin darle un uso adecuado.

ML, residente masculino de 88 años, cuando la to se acercó de frente y le habló, el residente hizo contacto visual con la profesional y se ríe, miró el cepillo de pelo que se le ofreció alcanzándolo lo agarró y movió hábilmente entre sus dedos para luego apoyarlo sobre su mesa escotada. En otra sesión buscó y localizó el masajeador que se había puesto en su hombro, de donde provenía un estímulo vibratorio, lo retiró y lo movió entre sus manos sin darle uso. Vuelve a hacer contacto visual con la profesional y se ríe, mira el cepillo de pelo que se le ofrece, lo alcanza, lo agarra, lo mueve hábilmente entre sus dedos y lo deja apoyado sobre su mesa escotada.

Teniendo en cuenta que la demencia es un síndrome crónico progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, alteraciones de la conducta y pérdida progresiva de la funcionalidad, que en el estadio severo se presentan serias dificultades para realizar alguna actividad voluntaria con un propósito determinado hasta llegar a perder todas las habilidades en los estadios más avanzados (Woodward, 2013). Y considerando que el Marco de trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3° ed. AOTA (2014) define las destrezas de ejecución como aquellas acciones con propósito funcional, observables como pequeñas unidades en las ocupaciones dentro de entornos específicos (Fisher & Griswold, 2014), resulta de relevancia dar cuenta de la presencia de destrezas de ejecución motora, en personas con este diagnóstico. Si bien los resultados no son generalizables al universo, evidenciar la presencia de dichas habilidades deja abierto el interrogante sobre de qué manera

el tratamiento con abordaje EMS puede ser favorecedor para las personas con diagnóstico de demencia avanzada.

A continuación, se exponen los resultados de los objetivos 2 y 5. En el objetivo 2 se busca determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Procesamiento: (“Atiende”, “Usa”) y en el objetivo 5 describir la forma en que se presentaron.

2) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Procesamiento: (“Atiende”, “Usa”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

La destreza de ejecución de Procesamiento ATIENDE se presenta cuando la PM mantiene una atención focalizada durante la tarea. En el instrumento de observación (ver en el apartado Instrumento y Anexos) la observación se delimitó en tres situaciones:

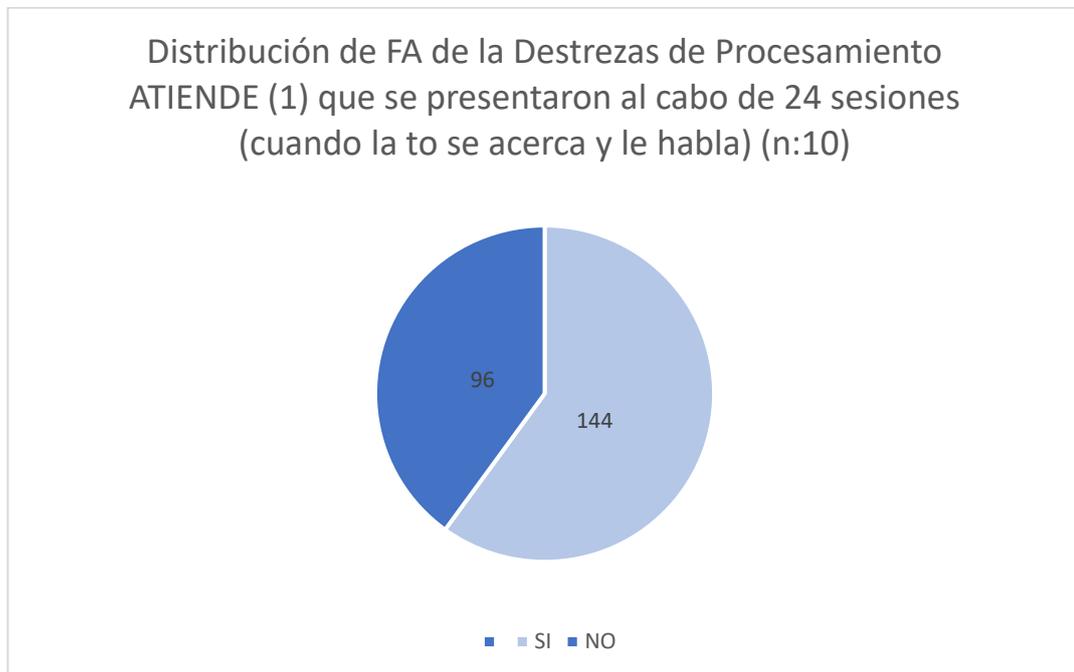
- 1- Cuando la to se acerca al residente y le habla
- 2- Cuando la to le acerca el objeto al residente.
- 3- Cuando la to le coloca el objeto en la mano

En la primera situación, cuando la to se acerca al residente y le habla, se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10), que la destreza de procesamiento ATIENDE (1) se presentó 144 veces, siendo un 60%, y no se presentó 96 veces, un 40% al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 11: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Procesamiento Atiende (1), cuando la to se acerca y le habla al residente, al cabo de las 24 sesiones

Destreza Procesamiento ATIENDE (1)	FA	FR	F%
SI	144	0.60	60%
NO	96	0.40	40%
Total	240	1	100%

Gráfico 10: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza ATIENDE en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to se acerca y le habla al residente, al cabo de las 24 sesiones



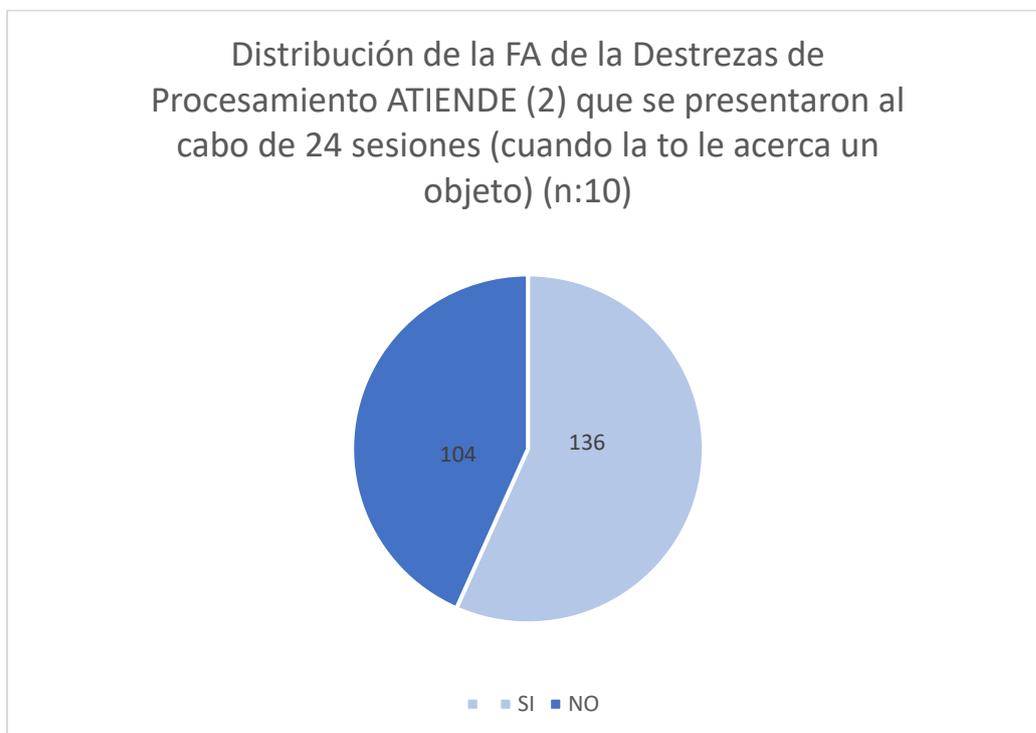
En la segunda situación, cuando la to le acerca el objeto al alcance del residente, se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10), que la destreza de procesamiento

ATIENDE se presentó 136 veces, siendo un 56%, y no se presentó 104 veces representando un 44%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 12: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Procesamiento Atiende (2), cuando la to le acerca el objeto al alcance del residente. Al cabo de las 24 sesiones

Destreza Procesamiento ATIENDE (2)	FA	FR	F%
SI	136	0.56	56%
NO	104	0.44	44%
Total	240	1	100%

Gráfico 11: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza ATIENDE en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le acerca un objeto al residente, al cabo de las 24 sesiones

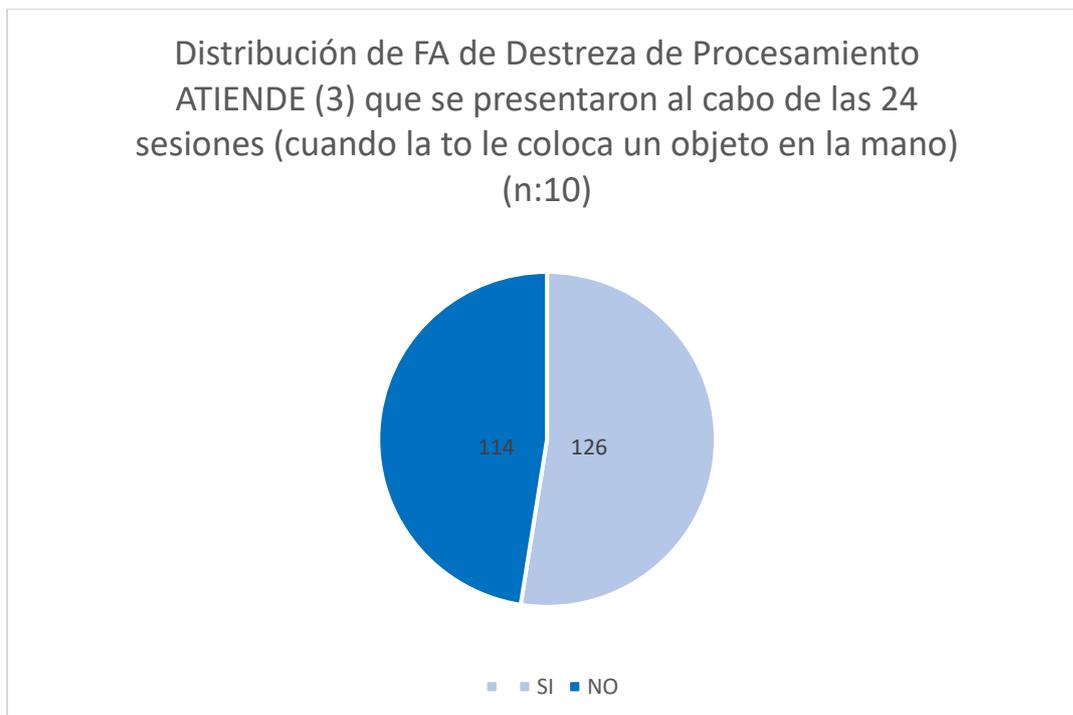


En la tercera situación, cuando la to le coloca el objeto en la mano del residente, se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10), que la destreza de procesamiento ATIENDE se presentó 115 veces, resultando un 48%, y no se presentó 125 veces, siendo un 52% al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 11: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Procesamiento Atiende (3), cuando la to le coloca el objeto en la mano del residente. Al cabo de las 24 sesiones

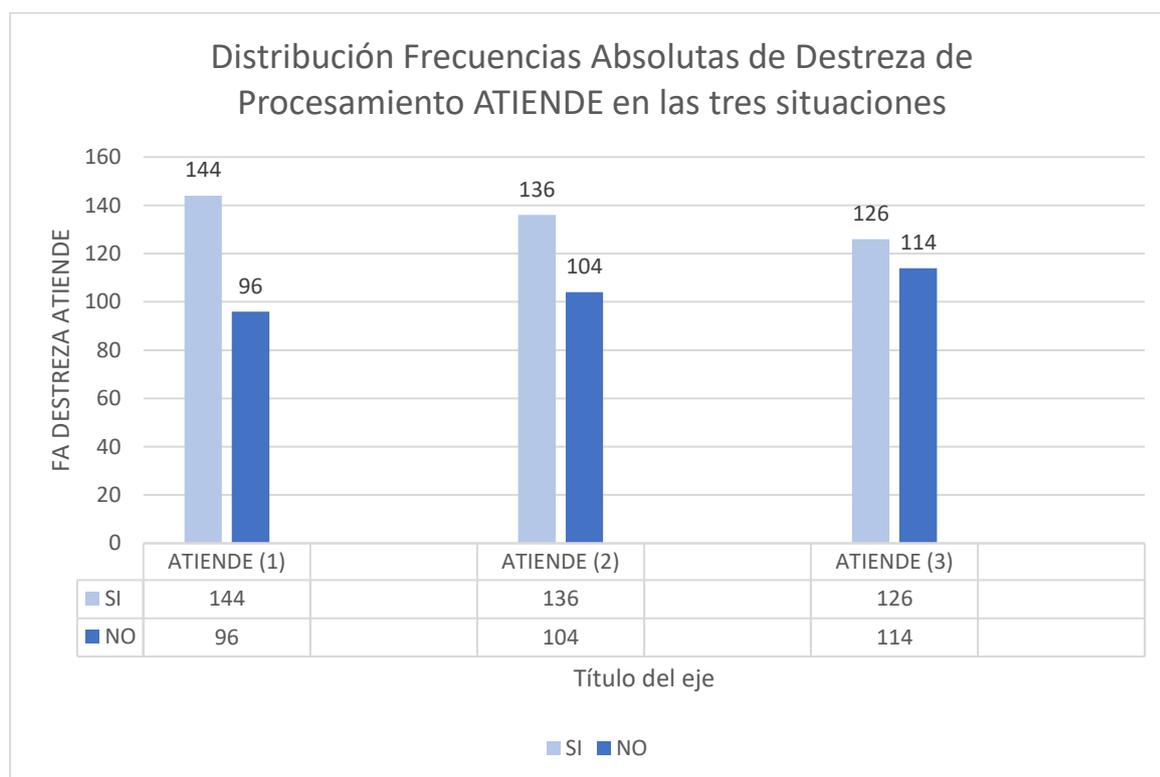
Destreza Procesamiento ATIENDE (3)	FA	FR	F%
SI	126	0.52	48%
NO	114	0.48	52%
Total	240	1	100%

Gráfico 12: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza ATIENDE en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le coloca el objeto en la mano al residente, al cabo de las 24 sesiones



El TOTAL de las frecuencias la Destreza ATIENDE que se presentaron son 406 veces al cabo de las 24 sesiones. En este caso al ser tres situaciones, el total de las veces que se presentaron o no, corresponde a 720 (240 x 3), es decir 720 posibilidades que la destreza “ATIENDE” se observe o no en los 10 residentes de la muestra (n:10) al cabo de 24 sesiones

Gráfico 13: Distribución de FA de la Destreza ATIENDE en las tres situaciones al cabo de las 24 sesiones (n:10)



La destreza de ejecución de Procesamiento USA se presenta cuando la PM utiliza los objetos de acuerdo con el fin requerido. En el instrumento de observación (ver en el apartado Instrumento y Anexos) la observación se delimitó en dos situaciones:

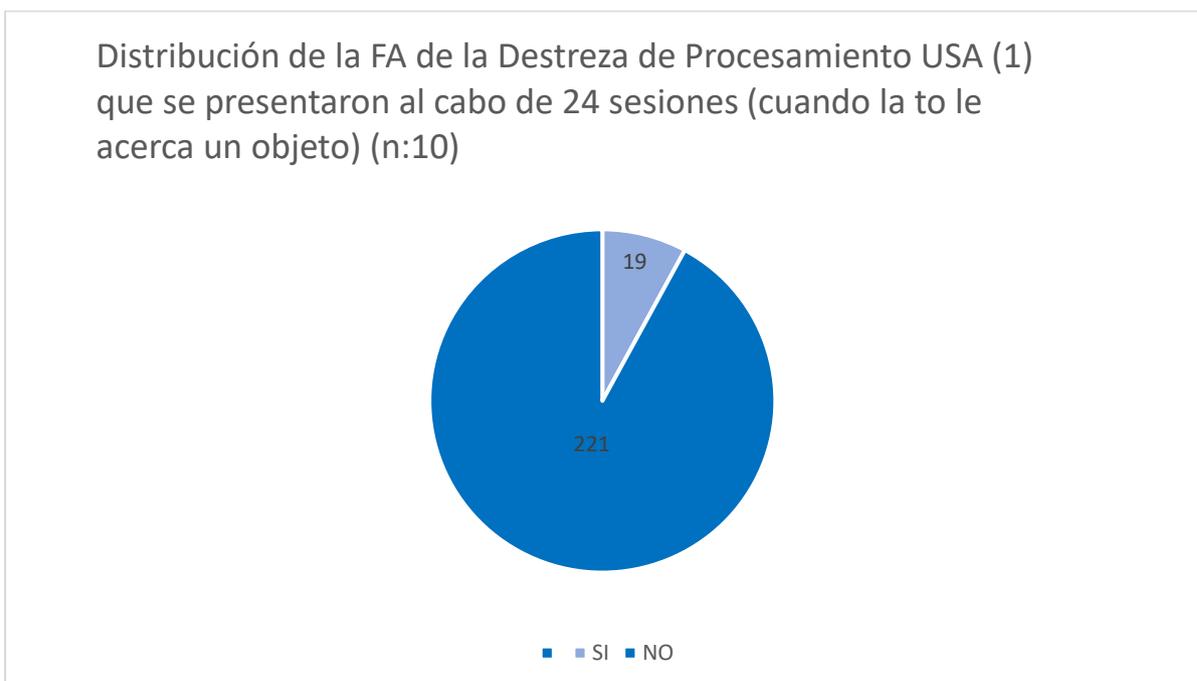
- o Cuando la to le acerca el objeto al residente.
- o Cuando la to le coloca el objeto en la mano

En la primera situación, cuando la to le acerca el objeto al alcance del residente: se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10) que la destreza de Procesamiento USA (1), se presentó 12 veces, resultando un 8% y no se presentó 221 veces, 92% al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 12: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Procesamiento Usa (1) Cuando la to le acerca el objeto al residente. Al finalizar las 24 sesiones

Destreza Procesamiento USA (1)	FA	FR	F%
SI	19	0.08	8%
NO	221	0.92	92%
Total	240	1	100%

Gráfico 14: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó en los 10 participantes de la muestra (n:10) la destreza USA, cuando la to le acerca un objeto al residente, al cabo de las 24 sesiones

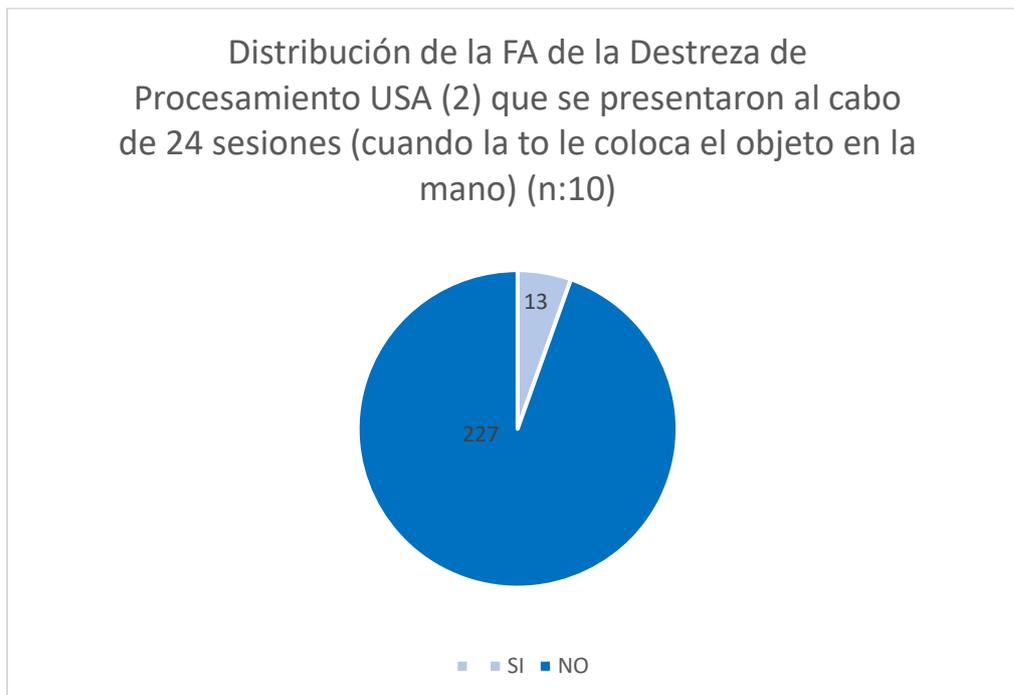


En la segunda situación, cuando la to le coloca el objeto en la mano del residente, se pudo observar en los 10 residentes de la muestra (n:10), que la destreza de procesamiento USA (2) se presentaron 13 veces, siendo un 5%, y no se presentaron 227 veces, un 95%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 13: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Procesamiento Usa (2) Cuando la to le coloca el objeto en la mano. Al cabo de las 24 sesiones.

Destreza Procesamiento USA (2)	FA	FR	F%
SI	13	0.05	5%
NO	227	0.95	95%
Total	240	1	100%

Gráfico 15: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza USA en los 10 participantes de la muestra (n:10), cuando la to le coloca un objeto la mano del residente, al cabo de las 24 sesiones



El TOTAL de las frecuencias la Destreza USA que se presentaron son 32 veces al finalizar las 24 sesiones. En este caso al ser dos situaciones, el total de las veces que se presentaron o no corresponde a 480 (240 x 2), es decir 480 posibilidades que la destreza “USA” se observe o no en los 10 participantes de la muestra (n:10) al cabo de 24 sesiones.

Gráfico 16: Distribución de FA de la Destreza USA en las dos situaciones al cabo de las 24 sesiones (n:10)

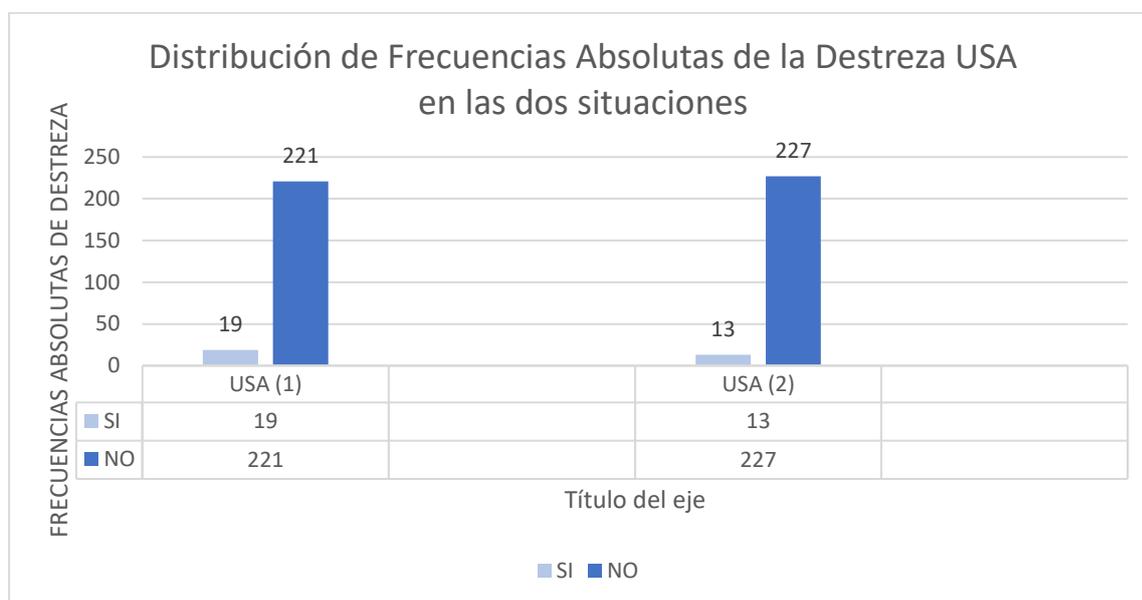
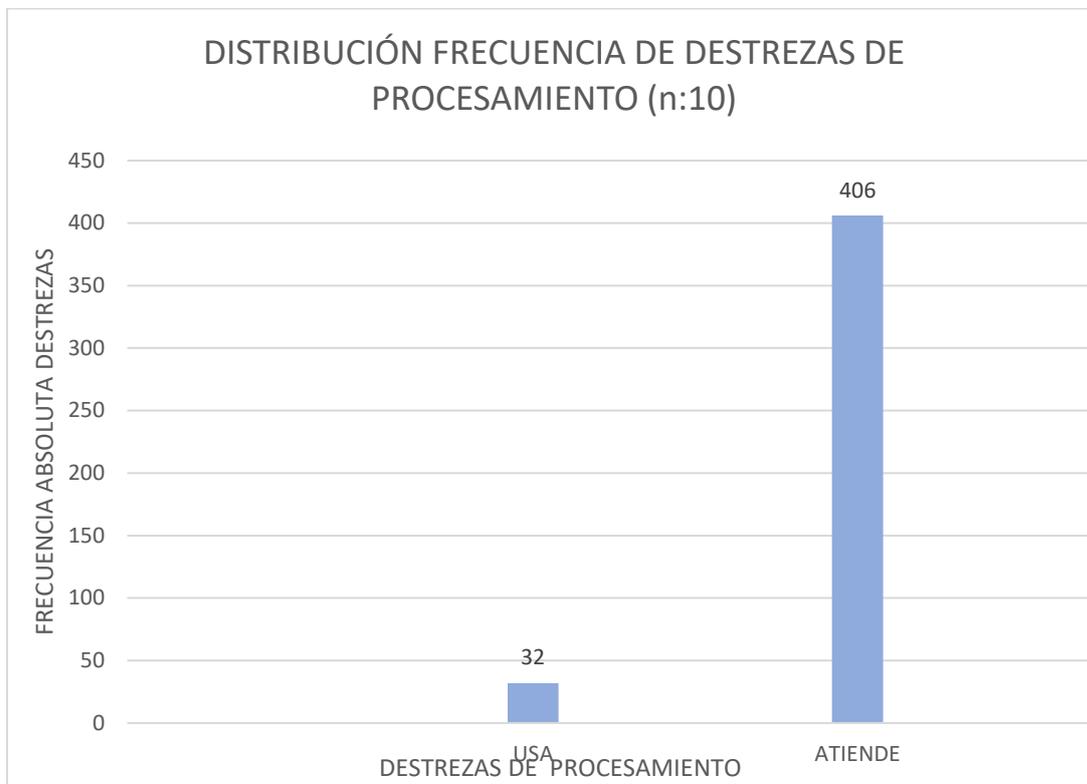


Tabla 14: Tabla de frecuencias correspondiente a las variables Destrezas de Ejecución de Procesamiento (Usa, Atiende) que se presentaron en las 10 personas mayores (PM) institucionalizadas con demencia severa de la muestra (n:10), al cabo de las 24 sesiones de Terapia Ocupacional (T.O) en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

DESTREZAS DE EJECUCIÓN PROCESAMIENTO	FA	FR	F%
USA	32	0,07	6,9%
ATIENDE	406	0,93	93,1%
TOTAL	436	1	100%

Gráfico 17: este gráfico representa la distribución del total de FA de la Destrezas de Procesamiento: USA, ATIENDE que se presentaron en los 10 participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones



5) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución de Procesamiento: (“Atiende”, “Usa”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

Para indicar la presencia de la destreza de procesamiento “Atiende” se observó en las PMs que integraron la muestra que al momento en que la to les ofrecía un objeto moviéndolo en diferentes direcciones, les hablaba de manera directa, o les apoyaba un objeto en la mano, el residente en particular lograba mantener la atención focalizada en la acción, ya sea sobre el objeto o sosteniendo el contacto visual con la profesional mientras esta le hablaba. Dicha destreza se pudo observar en tres situaciones distintas durante cada sesión, al momento que la

to se acercó y les habló de frente buscando el contacto visual o al oído, cuando se acercó y les ofreció un objeto y/o cuando les apoyó un objeto sobre la mano.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, buscando el contacto visual.

Esta destreza de procesamiento, “Atiende” se presentó un total de 406 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se relatan algunas situaciones observadas con algunas de las PMs en las que se presentó esta habilidad de procesamiento.

BK, residente femenina de 80 años. Desde un principio y durante gran parte de las sesiones, llegaba con inquietud motora que lograba aquietar después de recibir durante la mitad de la sesión estimulación vestibular, meciendo su silla de ruedas. Cuando la to se acercaba después de que BK lograba calmarse y le hablaba con frases cortas, la residente mantenía el contacto visual expresando balbuceo ininteligible y haciendo gestos faciales con intención comunicativa. En la sesión número 14 la residente logró mantener el contacto visual con la to mientras ésta le hablaba. En la sesión vigésimo segunda, mantuvo el contacto visual, y siguió con la mirada los movimientos de la profesional, buscó y localizó el objeto de estímulo vibratorio, que se aplicó en su brazo, lo agarró y lo golpeó sobre su falda.

SM, residente femenina de 93 años, al momento que la to se acercó y le habló, logró sostener contacto visual y seguir con la mirada sus movimientos. Cuando la profesional le ofreció unas pulseras con luces, las observó sin intentar alcanzarlas y mantuvo la mirada en el objeto mientras la to se las colocaba en la muñeca.

I.V, residente femenina de 76 años. Cuando la to se acercó, la residente mantuvo el contacto visual durante el saludo. Buscó y localizó el estímulo vibratorio que se le aplicó en hombros retirando el objeto con su mano. Siguió con la mirada el objeto lumínico durante todo el tiempo que se le estuvo ofreciendo, moviéndolo de un lado a otro.

Para indicar la presencia de la destreza de procesamiento “Usa”, se observó en las PMs que integraron la muestra, cada vez que la to les ofreció un objeto o lo puso en su mano, que lo agarraron dándole el uso adecuado. Dicha habilidad se pudo observar en dos momentos diferentes, cuando les ofreció un objeto en particular o cuando se los puso de manera directa en las manos.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, buscando el contacto visual, mostrando el objeto en su mano para favorecer el alcance o apoyándolo de manera directa en la mano de la persona, esperando que lo agarrara y le diera el uso requerido por el objeto.

Esta destreza de procesamiento, “Usa” se presentó un total de 32 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se describen algunas situaciones observadas con algunas de las PMs en las que se presentó esta habilidad de procesamiento.

RS, residente masculino de 79 años: En la sesión vigésimo tercera el residente logró darle un uso adecuado al objeto que se le ofreció. Primero mantuvo la atención durante toda la intervención de la to, sosteniendo el contacto visual dio respuestas gestuales adecuadas por si o por no con la cabeza, al momento que se le ofreció un cepillo de pelo, lo alcanzó y luego se lo pasó por la cabeza, con el gesto correcto de peinarse.

EN, residente femenina de 92 años: Cuando la to le ofreció un vaso con luz la residente lo alcanzó y se lo llevó a la boca en ademán de beber, miró luego en el interior del vaso y lo devolvió a la profesional. Cuando la to le advierte que está vacío, EN respondió que sí con la cabeza.

Tal como se expuso en el marco teórico del presente TFI, la pérdida progresiva de funcionalidad en los procesos patológicos demenciales, constituye en la práctica clínica, la diferencia fundamental entre el concepto de deterioro cognitivo fisiológico o benigno y la demencia (Fuentes, 2008). En las personas adultas mayores con demencia avanzada puede observarse un amplio rango de comportamientos: desde dormir hundidos en sus sillas de ruedas, a mostrar movimientos y vocalizaciones repetitivas y sin aparente sentido, pasando por gritos, signos de euforia desmedida, llantos y sollozos, bajos niveles de interacción tanto con el entorno social como con el físico. La desconexión con el entorno es uno de los síntomas conductuales de mayor frecuencia entre los adultos mayores con demencia que viven en residencias geriátricas de larga estadía. (Cohen-Mansfield, Marx, Dankeel-Ali, Reglier, Thein, 2010). Se ha podido dar cuenta que, en algunas personas con diagnóstico de demencia severa, se observó la presencia de la habilidad de atender a un estímulo durante la sesión de TO en un dispositivo de EMS, donde se busca brindar un ambiente confortable que favorezca el procesamiento de la información. Si bien este resultado no es generalizable al universo, permite plantear futuras investigaciones que permitan aumentar el conocimiento sobre el alcance que puede tener este tipo de tratamiento, como producto de la interacción entre las demandas de los entornos y sus características de la persona.

Por último, se exponen los resultados de los objetivos 3 y 6. En el objetivo 3 se busca determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Interacción Social:

(“Mira”, “Gesticula”, “Responde”, “Expresa emoción”). Y en el objetivo 6 describir la forma en que se presentaron.

3) Determinar la frecuencia en que se presentan las destrezas de ejecución de Interacción Social: (“Mira”, “Gesticula”, “Responde”, “Expresa emoción”) en personas mayores institucionalizadas, con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

La destreza de ejecución de Interacción Social MIRA se observa cuando la PM hace contacto visual con la to cuando se le acerca y le habla o con el compañero social, de una forma que es relajada; incluye el ajustar la frecuencia y duración del contacto visual para igualarlo al del compañero social. Se pudo observar en los 10 participantes de la muestra (n:10, que la destreza MIRA se presentó un total de 157 veces, siendo un 65%, y no se presentó un total de 83 veces, un 35%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 15: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Interacción Social Mira al cabo de las 24 sesiones

Destreza de Interacción Social MIRA	FA	FR	F%
SI	157	0.65	65%
NO	83	0.35	35%
Total	240	1	100%

Gráfico 18: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza MIRA en los 10 participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones

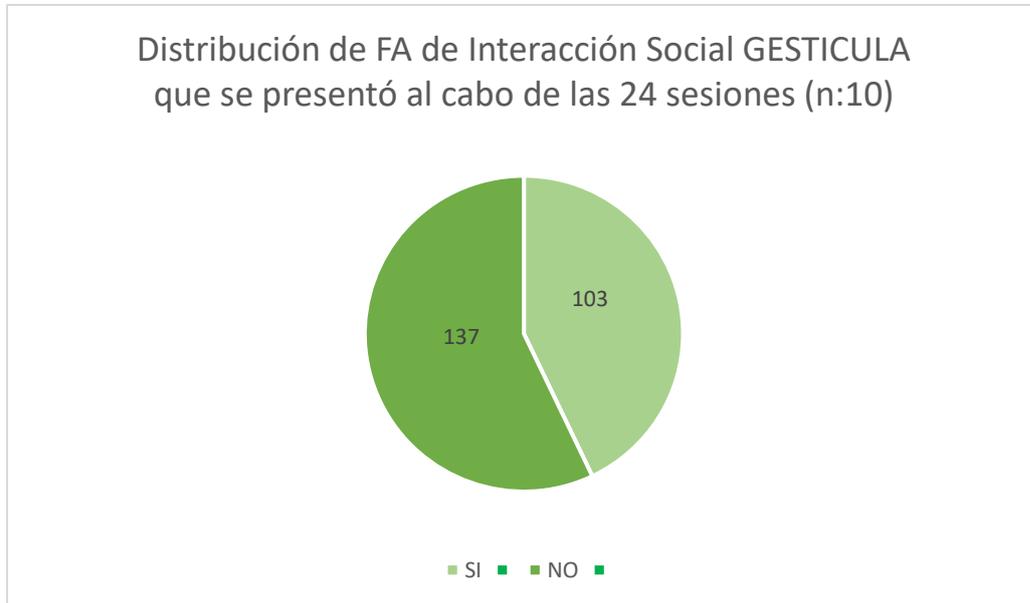


La destreza de ejecución de Interacción Social GESTICULA se observa cuando la PM utiliza gestos socialmente apropiados para comunicar o apoyar un mensaje al acercarse la to al residente y hablarle. Se pudo observar en los 10 residentes de la muestra, que la destreza GESTICULA se presentó un total de 103 veces, siendo un 43%, y no se presentó un total de 137 veces, un 57%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 16: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Interacción Social Gesticula al cabo de las 24 sesiones

Destreza de Interacción Social GESTICULA	FA	FR	F%
SI	103	0.43	43%
NO	137	0.57	57%
Total	240	1	100%

Gráfico 19: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza GESTICULA en los 10 participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones

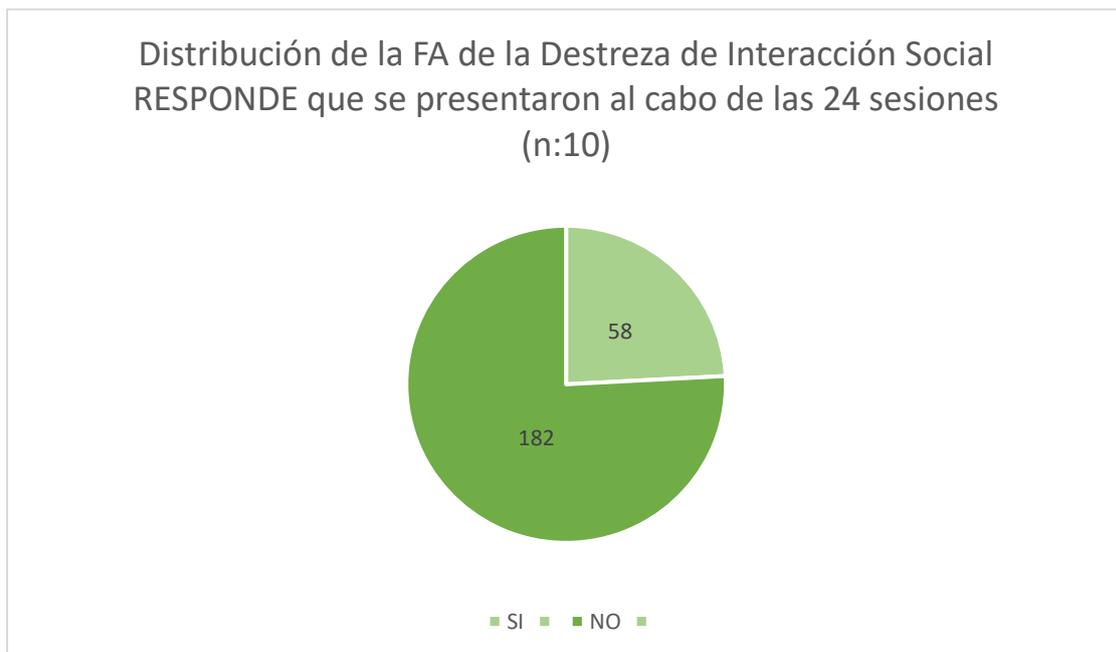


La destreza de ejecución de Interacción Social RESPONDE se observa cuando al acercarse la to al residente y hablarle mantiene una conversación fluida mediante la respuesta a preguntas y comentarios que son apropiados al contexto social; incluye proporcionar información y/u opiniones cuando se le piden; también incluye proporcionar una respuesta adecuada a una disculpa o feedback expresado por el compañero social. Se pudo observar que la destreza RESPONDE se presentó un total de 58 veces, siendo un 24%, y no se presentó un total de 182 veces, un 76%, al finalizar las 24 sesiones.

Tabla 17: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Interacción Social Responde al cabo de las 24 sesiones

Destreza de Interacción Social RESPONDE	FA	FR	F%
SI	58	0.24	24%
NO	182	0.76	76%
Total	240	1	100%

Gráfico 20: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza RESPONDE en los participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones



La destreza de ejecución de Interacción Social EXPRESA EMOCIÓN se observa cuando al acercarse la to al residente y hablarle demuestra afecto y emociones hacia la profesional y/o compañero social, de una forma que es socialmente aceptable y apropiada al contexto social, incluye expresar emoción a través de las expresiones faciales personales o tono de voz de una

forma que se iguala al mensaje recibido; también incluye expresar emoción como oyente y como hablante. Se pudo observar en los 10 residentes de la muestra (n:10), que la destreza EXPRESA EMOCIÓN se presentó un total de 38 veces, siendo un 16%, y no se presentó un total de 202 veces, un 84%, al cabo de las 24 sesiones.

Tabla 18: Distribución de Frecuencias absolutas, relativas y porcentual de la Destreza de Interacción Social Expresa Emoción al cabo de las 24 sesiones

Destreza de Interacción Social EXPRESA EMOCIÓN	FA	FR	F%
SI	38	0.16	16%
NO	202	0.84	84%
Total	240	1	100%

Gráfico 21: este gráfico permite visualizar la relación de las veces que se presentó y no se presentó la destreza EXPRESA EMOCIÓN en los 10 participantes de la muestra (n:10) al finalizar las 24 sesiones

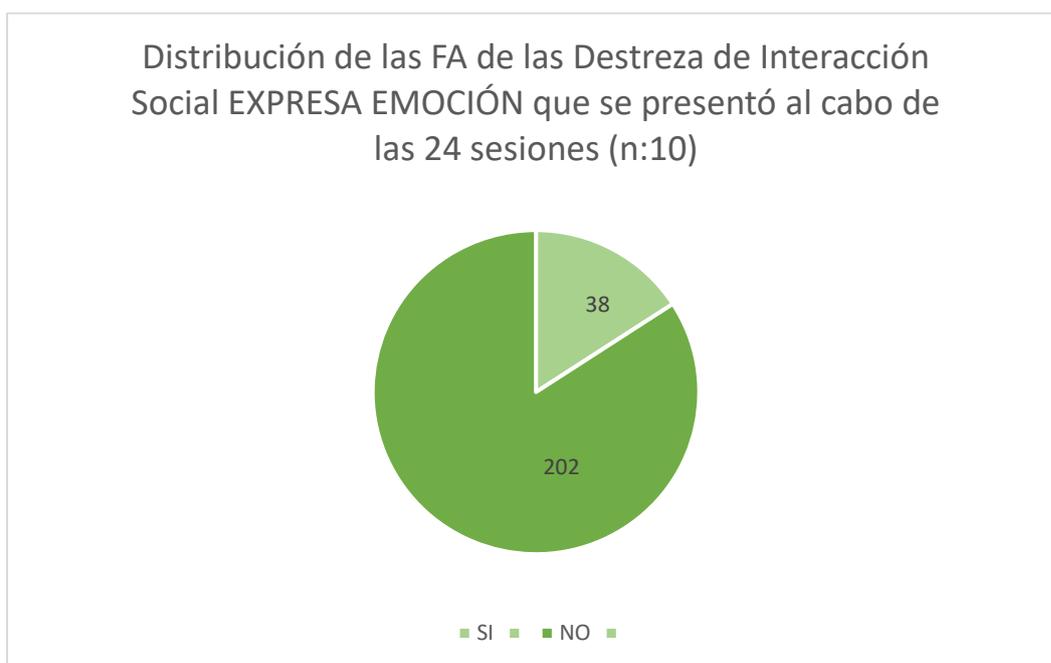
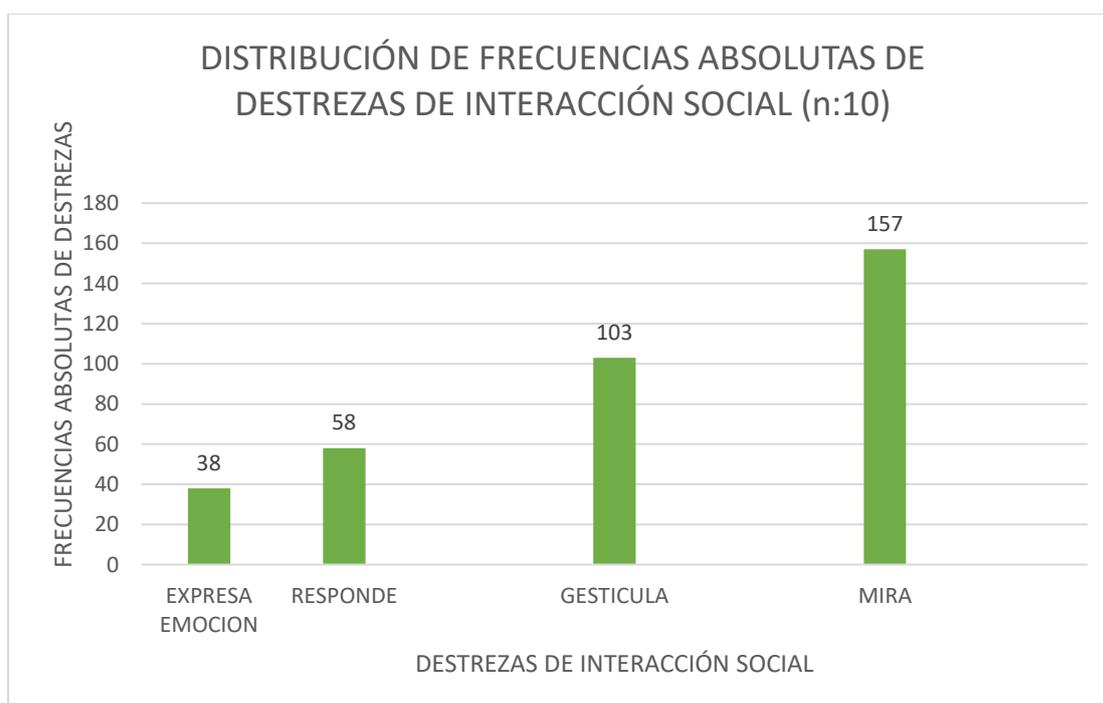


Tabla 19: Tabla de frecuencias absolutas correspondiente a las variables Destrezas de Ejecución de Interacción Social (Expresa emoción, Responde, Gesticula, Mira) que se presentaron en las personas mayores (PM) institucionalizadas con demencia severa de la muestra (n:10), al cabo de las 24 sesiones de Terapia Ocupacional (T.O) en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019

DESTREZAS DE EJECUCIÓN INTERACCIÓN SOCIAL	FA	FR	F%
EXPRESA EMOCION	38	0,11	10,7%
RESPONDE	58	0,16	16,3%
GESTICULA	103	0,29	29%
MIRA	157	0,44	44%
TOTAL	356	1	100%

Gráfico 22: este gráfico representa la distribución del total de FA de la Destrezas de Interacción Social: MIRA, GESTICULA, RESPONDE, EXPRESA EMOCIÓN que se presentaron en los participantes de la muestra (n:10) al cabo de las 24 sesiones



6) Describir cómo se presentan las destrezas de ejecución de Interacción Social: (“Mira”, “Gesticula”, “Responde”, “Expresa emoción”) en personas mayores institucionalizadas con demencia severa, de 65 a 95 años, al cabo de 24 sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de EMS, en CABA durante el año 2019.

Para indicar la presencia de la destreza de interacción social “Mira, se observó en las PMs que integraron la muestra al momento en que la to se acercó a hablarles, que los residentes lograron hacer contacto visual de una forma relajada, durante casi todo el tiempo que duró la interacción. Dicha destreza se pudo observar durante cada sesión, al momento que la to se acercó y les habló de frente buscando el contacto visual.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, hablando de manera clara con frases de pocas palabras y buscando el contacto visual, esperando que el o la residente sostuviera la mirada.

Esta destreza de procesamiento, “Mira” se presentó un total de 157 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se relatan algunas situaciones observadas con algunas de las PM en las que se presentó esta habilidad de interacción social

CG, residente masculino de 93 años. Cuando la to se acercó de frente y le habló con frases cortas sonriéndole, el residente mantuvo el contacto visual mientras duró la interacción, la siguió con la mirada al momento que la profesional se dirigió a buscar una pelota de tela, continuó sosteniendo el contacto visual mientras realizaron tres pases de pelotas consecutivos.

DR, residente femenina de 75 años. La mayoría de las sesiones en que la residente logró sostener el contacto visual, lo hizo por pocos segundos y luego cuando la to le habló llamando su atención volvió a mantener la mirada.

EN, residente femenina de 92 años. Durante la mayor parte de las sesiones la residente sostuvo un sonido estereotipado acompañado de movimientos rítmicos de manos. Cada vez que la to se acercó a hablarle, EN logró el contacto visual y pudo mantenerlo mientras duró la interacción.

Para indicar la presencia de la destreza de interacción social “Gesticula” se observó en las PMs que integraron la muestra que al momento en que la to se acercó a hablarles, los residentes lograron utilizar gestos socialmente apropiados para comunicarse o apoyar un mensaje. Dicha destreza se pudo observar durante cada sesión, al momento que la to se acercó y les hablo de frente buscando el contacto visual.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, hablando de manera clara con frases de pocas palabras y buscando el contacto visual.

Esta destreza de procesamiento, “Gesticula” se presentó un total de 103 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se relatan algunas situaciones observadas con algunas de las PM en las que se presentó esta habilidad de interacción social

EN, residente femenina de 92 años, en varias sesiones cuando la to se acercó y le habló, EN logró sostener el contacto visual y responder con gesto de cabeza por sí o por no a la pregunta sobre si le agradaba la música que se escuchaba en la sala.

ML, residente masculino, en varias sesiones cuando la to se acercó y le habló, logró sostener el contacto visual durante la interacción y mantener intención comunicativa con balbuceo ininteligible y algunos monosílabos acompañados de gestos faciales que intentaban apoyar el mensaje. En algunas ocasiones hacía el gesto de negación con la cabeza cuando se le ofrecían diferentes estímulos y objetos.

La residente SM de 92 años, en algunas ocasiones, abrió los ojos cuando la to se acercó y le habló. Luego de aplicar estímulo táctil, mantuvo el contacto visual sostenido y sonrió a modo de respuesta frente el halago que recibió.

La residente IV, en varias ocasiones para rechazar el objeto que se le ofrecía lo hacía con gesto de cabeza.

Para indicar la presencia de la destreza de interacción social “Responde”, se observó en las PMs que integraron la muestra, que al momento en que la to se acercó a hablarles, los residentes lograron dar respuesta verbal adecuada a las preguntas y comentarios que se le hacían, logrando en algunos casos proporcionar la información que se le solicitó sobre su estado anímico, o sobre sus gustos y preferencias. Inclusive hubo casos de respuesta adecuada a una disculpa o feedback expresado por la to. Dicha destreza se pudo observar al momento que la to se acercó y les habló de frente buscando el contacto visual.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, hablando de manera clara con frases de pocas palabras y buscando el contacto visual.

Esta destreza de procesamiento “Responde” se presentó un total de 58 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se relatan algunas situaciones observadas con algunas de las PMs en las que se presentó esta habilidad de interacción social

EN, residente femenina de 92 años, logró en varias ocasiones dar respuesta verbal al saludo y decir “gracias” cuando se despedía. En muchas sesiones pudo detener la vocalización estereotipada para responder verbalmente a la pregunta de la to y en una ocasión cuando la to se acercó y le dijo " I love you", E.N detuvo el sonido estereotipado para responder " I love you too"

El residente ML, durante una sesión en la que la to se le acercó para ofrecerle un objeto mientras le hablaba con palabras simples y frases cortas, logró expresar verbalmente agrado diciendo "que lindo" con tono de emoción positiva y mirando a la to.

IV, residente femenina de 76 años de edad, en diferentes sesiones cuando la to se acercó y le habló logró responder verbalmente al saludo de manera adecuada

Para indicar la presencia de la destreza de interacción social “Expresa Emoción”, se observó en las PMs que integraron la muestra que al momento en que la to se acercó a hablarles, los residentes lograron dar respuesta demostrando afecto y emociones de una forma que es socialmente aceptable, a través de expresiones faciales, adecuación del tono de voz se igualó al mensaje recibido; y/o con expresión verbal directa. Dicha destreza se pudo observar al momento que la to se acercó y les habló de frente buscando el contacto visual.

La posición de la to con respecto al residente con el que se estaba llevando a cabo la intervención siempre se realizó de frente, hablando de manera clara con frases de pocas palabras y buscando el contacto visual.

Esta destreza de interacción social, “Expresa Emoción” se presentó un total de 38 veces en las 24 sesiones.

A continuación, a modo de ejemplo se describen algunas situaciones observadas con algunas de las PM en las que se presentó esta habilidad de interacción social

La residente E.N logró en muchas de las sesiones alcanzar la mano de la to para darle un beso y luego apoyarla sobre su cara en gesto de cariño.

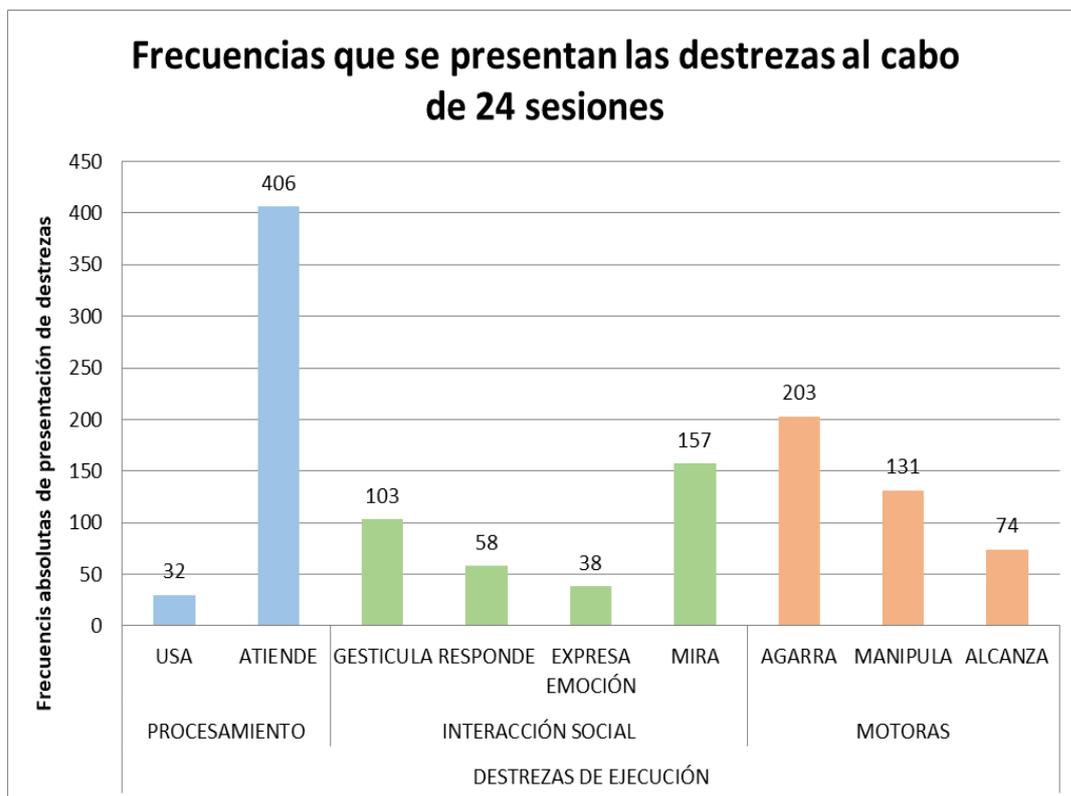
Las personas mayores con demencia tienen alterada la capacidad de procesar correctamente la información proveniente de sus entornos, lo que deriva en una desconexión con los mismos y la aparición de síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD) (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2007).

Polonio López, B., Castellanos Ortega, M. & Viana Moldes, I. (2008), explican que Jean Ayres, en su desarrollo de la teoría de Integración Sensorial, relaciona el procesamiento de la información proveniente de los entornos, con la capacidad del ser humano para llevar a cabo acciones de manera eficaz, y agregan que el terapeuta ocupacional que basa su práctica en esta teoría, busca a través de un entorno con estímulos controlados, favorecer en las personas respuestas satisfactoria a la demanda de los entornos físicos y sociales.

Al dar cuenta de la presencia de las habilidades de interacción social, Mira , Responde, Gesticula , Expresa Emoción, en PMs con diagnóstico de demencia severa, tratadas desde el abordaje de EMS en un dispositivo de TO, se nos permite pensar en qué medida el ambiente físico y el entorno social pueden ser facilitadores u obstaculizadores en el desempeño ocupacional de las personas con este síndrome y abrir nuevos interrogantes de investigación para favorecer la conexión con los entornos de las personas mayores institucionalizadas con este tipo de patología.

A continuación, se presenta a modo de resumen un gráfico con las FA de todas las Destrezas de Ejecución

Gráfico 23: en el gráfico se expresa el total de las veces que se presentan las destrezas de ejecución al finalizar las 24 sesiones. En el mismo se puede apreciar que la destreza de ejecución Atiende es la que se observa con mayor frecuencia, dentro de las clasificadas de Procesamiento. En segundo lugar: Agarra, en tercer lugar: Mira dentro de las que pertenece a Interacción Social en cuarto lugar: Manipula dentro de la clasificación de Motoras



Resultado de la hipótesis:

De acuerdo a lo resultados obtenidos en el trabajo de campo queda corroborada la hipótesis que “Las personas adultas mayores institucionalizadas, de 65 a 95 años, que presentan demencia en estadio severo, y son abordadas desde Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en CABA en 2019, presentan al menos una de las siguientes destrezas de ejecución: Motoras (Alcanza, Agarra, Manipula); de Procesamiento (Atiende, Usa); de Interacción Social (Mira, Gesticula, Responde, Expresa emoción) al cabo de 24 sesiones”.

Tabla 20: en esta tabla se observa las FA de la presentación de cada destreza por cada U.A al cabo de las 24 sesiones.

RESIDENTE	DESTREZAS DE PROCESAMIENTO		DESTREZAS DE INTERACCIÓN SOCIAL				DESTREZAS MOTORAS		
	Usa	Atiende	Gesticula	Responde	Expresa Emoción	Mira	Agarra	Manipula	Alcanza
CG	2	38	10	7	3	14	18	13	7
DR	2	50	1	0	0	19	28	17	12
MD	0	0	0	0	0	0	24	0	0
BM	0	45	16	4	0	16	15	8	7
EN	8	57	13	10	8	21	30	19	11
ML	4	45	15	4	2	20	26	19	10
BK	0	38	14	4	10	15	9	7	8
RS	9	61	17	8	0	20	28	27	11
SM	2	29	4	8	3	13	10	9	2
IV	5	43	13	13	12	19	16	14	6
TOTAL	32	406	103	58	38	157	203	133	74

CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos podemos afirmar que dimos respuesta a nuestra pregunta de investigación: “¿Qué destrezas de ejecución se presentan en personas mayores institucionalizadas con demencia severa, durante las sesiones de Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en un hogar geriátrico en CABA en 2019?”.

Se logró identificar la presencia de destrezas de ejecución motoras, de procesamiento y de interacción social y describirlas tal como se han presentado durante las 24 sesiones en las que se realizó el trabajo de campo, por lo que podemos decir que nuestra hipótesis ha sido corroborada:

“Las personas adultas mayores institucionalizadas, de 65 a 95 años, que presentan demencia en estadio severo, y son abordadas desde Terapia Ocupacional en un dispositivo de Estimulación Multisensorial en CABA en 2019, presentan al menos una de las siguientes destrezas de ejecución: Motoras (Alcanza, Agarra, Manipula); de Procesamiento (Atiende, Usa); de Interacción Social (Mira, Gesticula, Responde, Expresa emoción) al cabo de 24 sesiones”.

Retomando lo descrito en el Marco teórico sobre la demencia severa, ésta corresponde al estadio 7 de las escalas GDS y FAST, donde según se especifica, hay un marcado descenso en la capacidad de la persona para desempeñarse en sus AVDB. Presentan severas dificultades para comunicarse a través de lenguaje verbal y/o gestual, reconocer a sus cuidadores y realizar alguna actividad voluntaria con un propósito determinado (Woodward, 2013). Según la Escala FAST (Reisberg et al., 1988) en el estadio 7: pueden hablar entre cinco y seis palabras hasta llegar a sólo una, van perdiendo todas las habilidades hasta sólo poder caminar para luego simplemente sentarse y más tarde sólo sonreír y finalmente sólo levantar la cabeza sin ayuda.

Desde nuestra disciplina se considera al desempeño ocupacional de una persona el resultado de la interacción entre el ambiente, la persona y la ocupación (Modelo Canadiense del Desempeño, 1997) y las destrezas de ejecución las unidades más pequeñas de la ocupación observadas en un determinado entorno como acciones con un propósito funcional (Fisher, 2014). Entendemos que no es posible que todos los participantes de la muestra respondan siempre y de igual manera al tratamiento, ya que, si bien todos cursan demencia severa, cada uno tiene su singularidad. Atendiendo a sus características individuales, pudimos observar que estas personas con bajo nivel de funcionamiento, se pueden beneficiar con la EMS bajo la modalidad de intervención individual en contexto grupal. El hecho de que, en un ambiente con estímulos controlados, aparezcan habilidades como la atención, el contacto visual, la respuesta

verbal adecuada, en personas que cursan demencia severa y han perdido conexión con los entornos, nos hace pensar que, si bien esta patología es un síndrome crónico y progresivo, las personas que lo sufren podrían mejorar su calidad de vida si logran un mejor procesamiento de la información proveniente de sus entornos, por lo que nos parece relevante haber dado cuenta de la presencia de destrezas de ejecución y dejar abiertos interrogantes para futuras líneas de investigación.

A continuación, presentaremos un cuadro algunos ejemplos, como breve síntesis de la descripción de las destrezas de ejecución observadas en las PMIs y su forma de presentación.

Consideramos este trabajo como un primer acercamiento a la EMS en un dispositivo de T.O para PM institucionalizadas con demencia severa. Es importante tanto para el ejercicio de nuestra profesión como para la población en cuestión y las instituciones, que los terapeutas ocupacionales como agentes de salud, tomemos un rol activo para difundir información sobre esta temática y los resultados de este tipo de abordaje en el tratamiento no farmacológico de la demencia a los distintos actores (familia, cuidadores, comunidad, colegas y profesionales de la salud).

Resulta relevante que la comunidad científica de Terapia Ocupacional pueda continuar con esta línea de investigación para llevar a cabo estudios cada vez más específicos y se pueda pensar en la implementación de proyectos y políticas de salud pública para las personas mayores con demencia severa que se encuentran institucionalizadas.

Los resultados, no son generalizables al universo planteado, sino meramente de la muestra estudiada. A la luz de estos resultados se abren nuevos interrogantes sobre la forma en que se presentan las destrezas de ejecución. Esto excede el presente trabajo, por lo que quisiéramos dejar abiertos otros interrogantes para nuevas líneas de investigación con respecto a la eficacia

de este tipo de tratamiento: ¿Por qué estas destrezas de ejecución se presentan de esta manera?
¿En cuánto mejora la respuesta adaptativa de las personas mayores institucionalizadas con demencia severa, cuando son tratadas desde TO con este tipo de abordaje no farmacológico?
¿Las destrezas de ejecución que se presentan en un entorno con estímulos controlados, se repiten frente a la demanda de los entornos cotidianos?

Como sugerencia metodológica a futuro, el trabajo podría verse enriquecido mediante la realización de un análisis más profundo, con ensayos controlados aleatorizados y realizar estudios específicos para esta población con uso de instrumentos de observación y evaluación aplicados de manera interdisciplinaria, que faciliten analizar los beneficios de la EMS dentro y fuera de la sala y en distintos horarios.

BIBLIOGRAFÍA

- American Occupational Therapy Association (AOTA), Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 3º ed. (2014). Publicación y divulgación: www.terapia-ocupacional.com; www.atopr-online.org
- Arriola Manchola E. (2012) Demencia severa, avanzada y cuidados paliativos. Reunión de otoño 2012 de la SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología- Grupo de Demencias).
- Ayres, J.A (2006) *La Integración sensorial y el niño*. Parte I. La Integración sensorial y el cerebro. México D. F. Editorial Trillas Eduforma
- Ballesteros Jimenez, S (2014), *Habilidades cognitivas Básicas: formación y deterioro*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) ISBN electrónico: 978-84-362-6865-2
- Begoña Polonio López / Mª Cruz Castellanos Ortega / Inés Viana Moldes (2008) *Terapia Ocupacional en la Infancia Teoría y práctica (Colección Terapia Ocupacional)*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Buiza, A, Etxeberria, I y Yanguas, J (2005). *Deterioro cognitivo grave*. Madrid. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 27. [Fecha de publicación: 01/04/2005]. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro-01.pdf>
- Cohen-Mansfield J, Libin A & Marx MS. (2007) Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *J Gerontol A BiolSciMed* 2007Aug.62: 908-16 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17702884>
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M, Regier NG & Thein K. (2010) Can persons with dementia be engaged with stimuli? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 Apr; 18(4): 351–362. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3142782/>
- Durante Molina, P., Guzman Lozano, S. y Altimir Losada, S (2010) Demencia senil. En Durante Molina P. y Tarrés, P. (Ed.) *Terapia ocupacional en geriatría, 3º ed.* cap. 14 (pp. 220-263). Barcelona, España: Elsevier Masson

- Fernández Lópiz, E. (2014) Ecología del Envejecimiento I. Aspectos epistemológicos, teorías de la adaptación y tradiciones en la investigación. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*. N° 70, 1er Semestre/2014, AÑO XXXII, pp.: 43-61. ISSN: 0212-9876.
- Fernández-Ballesteros R., Caprara M.G., Iñiguez J. y García L.F. (2005) Efectos de la promoción del envejecimiento activo (RevEspGeriatrGerontol 2005; 40:92-102) Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-promocion-del-envejecimiento-activo-efectos-13073814>
- Gajardo J. y Abusleme L. M.T (2016) Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena *Revista Médica Clínica Las Condes* 27, (3), 286-296 Santiago, Chile. Recuperado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401630030X>
- Gajardo J.J. y Aravena C. J.M. (2016) ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54, (3) julio-septiembre 2016, 239-249 Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, Santiago, Chile Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331548410008.pdf>
- García-Soler, A, Buiza Bueno, C., Vaca Bermejo, R y Ansorena Urchegui X., (2012), Desarrollo de un instrumento de registro de implicación/engagement en la actividad para la elaboración sistemática de personas mayores con deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2014, 49 (2), 65-68. Recuperado en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X1300053X>
- Heather R & Arango Lasprilla J. C (2006) Retrogénesis theory in Alzheimer's disease: Evidence and clinical implications. *Anales de la Psicología*, 22, (2, diciembre), 260-266. Recuperado en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/25921/25161>
- Hernández Pina, F. (1998). Diseño de investigación. En Buendía Eisman, L, Colás Bravo, M, y Hernández Pina, F (Ed.) *Métodos de investigación en psicopedagogía* (pp.91-117). Madrid, España: McGraw-Hill
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P., (2006) Metodología de la investigación 5° ed. México: McGraw-Hill. ISBN: 978-607-15-0291-9
- Izal, M y Fernández-Ballesteros, R (1990) Modelos ambientales de la vejez. *Anales de psicología*, 6 (2), 181-198. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf

- Levy, LL & Burns, T. (2005) Cognitive disabilities reconsidered: rehabilitation of older adults with dementia, En: Katz, ed. (2005) Cognition and occupation across the life span: models for intervention in occupational therapy. Bethesda: American Occupational Therapy Association
- Mangone, C. A (2016). Tratamiento Farmacológico y No Farmacológico de los trastornos conductuales en la demencia. *Revista Argentina Alzheimer y otros trastornos cognitivos* (23), pp. 19-24. Recuperado en <http://alzheimer.org.ar/revista/revista24-2016.pdf>
- Martínez Ledesma J. Y del Toro A. (2004) *Nuevos Horizontes en Estimulación Sensorial, Snoezelen: un mundo sensorial*. Terapia-Ocupacional.com El portal en español de terapia ocupacional. Recuperado en:
http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Estimulacion_sensorial_jmtnez_Ledesma.shtml
- Ministerio de Salud Pública de la Nación, (2011), Resolución 1480/2011, *Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Objetivos*, en el Boletín Oficial de la República Argentina
- Olazaran J, Agüera-Ortiz L.F, Muñiz Schwochert R. (2012) Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención y tratamiento. *Rev. Neurol* 2012; 55:598-608. Recuperado en: http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Consejo Ejecutivo 139º reunión. Punto 6.1 del orden del día provisional. 29 de abril de 2016 EB139/3 *Demencia. Informe de la secretaria. Epidemiología y carga de la demencia*. Consultado el 14 de abril de 2016: Enfermedad de Alzheimer Internacional y Organización Mundial de la Salud. *Demencia: una prioridad de salud pública*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1), Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud OPS (2013), *Demencia, una prioridad de Salud Pública*, World Health Organization, 2012 ISBN 978 92 4 156445 8. Washington, EEUU. Recuperado en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=690403AF5364EC775ECF58B649BB7792?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Catalogación por la Biblioteca de la OMS, ISBN 978 92 4 356504 0

- Padierna Acero, J.A (1991) El impacto del medio ambiente en las instituciones geriátricas y psicogerriátricas Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2699658.pdf>
- Pawlowicz, M.P y Botinelli, M.M (2003) 5- Introducción a los métodos cualitativos. En Botinelli y colaboradores. (Ed.) *Metodología de investigación, herramientas para un pensamiento científico complejo*. (pp. 77- 130)
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Rodríguez F J, Gajardo J J (2012) Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional Facultad de Medicina Escuela de Terapia Ocupacional*, 12(2). Recuperado en:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129505/sobre-la-contribucion-de-la-terapia-ocupacional-en-el-manejo-no-farmacologico-de-los-sintomas-psicologicos-y-conductuales-asociados-a-la-demencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rubio, J.; Varas, J. (1999) Cap. 16, La Encuesta en el texto, unidad 3: La Diseño del Cuestionario. El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación, Ed. CCS, Madrid.
- Sabino, C. (1992) *El proceso de investigación*, Caracas, Venezuela: Editorial Panapo
- Samaja, J. (2002). Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación Científica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires
- Sarasola, D, Demey, I y Rojas, G (2016). Cap. I: La enfermedad de Alzheimer: una epidemia del siglo XXI. En: Bagnati, P *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Manual para la familia*. 3ªEd (pp. 33-43). Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos
- Souza Minayo, M.C, Ferreira Deslandes, S., Romeu Gomes, (2012) *Investigación social: teoría, método y creatividad*. 2a ed. -Buenos Aires: Lugar Editorial, 2012.
- Stewart, D, Letts, L, & Law, M (2005). Modelo persona-ambiente-ocupación. En Blesedell, E., Cohn, E., Boyt, B. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (Décima edición). Madrid, España: Editorial Panamericana
- van Weert J.C.M., & Bensing, JM (2009) Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. *Informaciones Psiquiátricas*, 195-196 (1-2),

33-50 Recuperado en: <https://dare.uva.nl/search?identifier=bd1556eb-22a7-4aff-9bf5-e672d8c84eff>

Vander Mynsbrugge, T, Van de Velde, D, Aletta, F, Botteldooren, D, Devos, P & De Vriendt, P, (2018) *Explorando los factores ambientales acústicos que influyen en el comportamiento y síntomas psicológicos de la demencia: un estudio de observación participativa*. Congreso Internacional de T.O 2018, WFOT, Cape Town, Sud África

Woodward M., (2013) Aspects of communication in Alzheimer's disease: clinical features and treatment options. *Int Psychogeriatr.* 2013; 25(6): 877-885. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23522497>

Ynoub, R y colaboradores (2014) Cap. IV. El «diseño de la investigación»: una cuestión de estrategia Material de cátedra UBA/ UNMdP