



SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES ASOCIADOS A LA DEMENCIA.

ABOUT THE CONTRIBUTION OF OCCUPATIONAL THERAPY TO NON-PHARMACOLOGIC APPROACHES FOR THE TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS ASSOCIATED WITH DEMENTIA.

Javiera Rodríguez F¹, Jean Gajardo J²

Resumen

El aumento de la población adulta mayor en Chile y el mundo, ha determinado un cambio epidemiológico que desafía nuevos abordajes para situaciones de salud de relevancia emergente. Los trastornos cognitivos y las demencias son una situación de alta prevalencia con la edad avanzada y tienen un alto impacto en el bienestar individual y familiar. La inexistencia de tratamiento curativo para la demencia determina que las intervenciones busquen una mejor calidad de vida de quienes padecen la enfermedad y sus cuidadores. Uno de los problemas asociados que afecta de gran forma el bienestar de la persona y su familia, corresponde a los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia, por lo que las estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el manejo de estos síntomas son un eje relevante de acción para todo profesional involucrado en el área. Visualizando la Terapia Ocupacional como un abordaje no farmacológico de estos síntomas, este trabajo busca reflexionar sobre la contribución de la profesión en el manejo y prevención de éstos, vinculando marcos conceptuales sobre demencia y síntomas conductuales y psicológicos asociados, con la perspectiva disciplinar propia y la incorporación de la ocupación como una estrategia de abordaje.

Palabras clave

Terapia Ocupacional, demencia, trastorno conductual, aproximación no farmacológica, ocupación.

¹ Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. tel: +56288357249, javiera.rodriguez.fue@gmail.com

² Terapeuta Ocupacional, Máster en Gerontología Social, Licenciado en ciencias de la Ocupación Humana. Profesor Asistente Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile. Independencia 1027, Santiago. tel: +5629786342, jgajardo@med.uchile.cl



Abstract

The increase in elderly population in Chile and the world, has determined an epidemiological shift that leads us to pay attention to emerging health situations and new strategies for treatment. Cognitive disorders and dementias are a situation of high prevalence when associated with age and have a high impact on wellbeing of the individual and the family. The absence of curative treatment for dementia determines that interventions focus on achieving a better quality of life of those with the disease and their caregivers. One of the problems that affect the quality of life of the person and family remains on the behavioral and psychological symptoms associated with dementia so that pharmacologic and non-pharmacologic strategies for managing these symptoms are an axis of action and demands interest from all professionals involved in the area. Considering Occupational Therapy as a non-pharmacological approach to dementia, this work seeks to reflect on the contribution of the profession in the management and prevention of behavioral and psychological symptoms associated, linking conceptual frameworks on behavioral and psychological symptoms associated with dementia with the own disciplinary perspective that incorporates occupation as a main approach.

Key words

Occupational Therapy, dementia, behavioral disorder, non-pharmacologic approach, occupation.



INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Sociodemográfica (CASEN) 2006, las personas mayores de 60 años alcanzaban el 13% de la población total del país y se proyecta que para el año 2025 la población mayor representará el 20% de los chilenos (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009). El proceso de transición demográfica que experimenta nuestro país tiene como consecuencia un cambio epidemiológico que incide en que patologías vinculadas con la edad avanzada incrementen su prevalencia. Uno de los síndromes más discapacitantes que puede afectar a la población mayor corresponde a la demencia, cuya prevalencia a nivel nacional es de 5-8% en individuos de más de 65 años, 15-20% en los de más de 75 años y 25- 50% en los de más de 85 años (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2010). Se estima que en el año 2010 existían 35.6 millones de personas con demencia en el mundo y que los números se duplicarán cada 20 años, incrementándose a 115.4 millones el 2050 (Alzheimer`s Disease International [ADI], 2010), lo que ha determinado la generación de políticas socio sanitarias destinadas a los cuidados de esta situación de salud.

La demencia se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y un impacto en la funcionalidad (Hoyl & Aravena, 2006). En la actualidad, no existe un tratamiento que cure la demencia, por ello la atención se centra en promover el bienestar y la calidad de vida de las personas con demencia (pcD) y su entorno (Lucas-Carrasco, Pero & March, 2011).

Tradicionalmente, los problemas cognitivos han sido el principal foco de interés en el tratamiento e investigación de las personas con demencia (Jara, 2007). Sin embargo, cada vez es más reconocido que los síntomas no cognitivos constituyen una problemática importante en el proceso de la enfermedad, debido a su alta prevalencia y su significativo impacto en el bienestar de las pcD, familiares y cuidadores (Douglas, James & Ballard, 2004; Slachevsky & Fuentes, 2005). Estos síntomas conocidos usualmente como trastornos



del comportamiento, síntomas conductuales, síntomas neuropsiquiátricos o síntomas no cognitivos de la demencia, han sido agrupados bajo el concepto de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD) (Finkel, 1996, en International Psychogeriatric Association [IPA], 2010).

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 (Durante, Guzmán & Altimir, 2010). Los SPCD pueden constituir una de estas problemáticas, las cuales no sólo pueden afectar de manera significativa a la pcD sino que también a su entorno (Calderón, 2006).

Las intervenciones no farmacológicas en los SPCD han sido referidas como una primera estrategia de abordaje a considerar en el manejo de estos síntomas (Calderón, 2006; Gitlin, Winter, Vause, Herge & Chernett, 2009; Slachevsky & Fuentes, 2005). No obstante, el adecuado abordaje de los SPCD implica primariamente comprender cuáles son los factores que están vinculados con su aparición. Marcos conceptuales emergentes han señalado que los SPCD podrían reflejar la interrelación e interacción entre la patología, las capacidades de la persona y el entorno físico y social en que esos comportamientos ocurren (Cohen-Mansfield, 2004; Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2007; Volicer & Hurley, 2003).

Desde esta premisa, ¿de qué manera estos marcos conceptuales podrían aportar a la práctica de la TO en el abordaje de las pcD que presentan estos síntomas? ¿Cómo la TO podría contribuir al manejo no farmacológico de los SPCD centrándose en los elementos de la persona y el ambiente? ¿La ocupación podría formar parte de la intervención no farmacológica?



¿Por qué es relevante la intervención en los SPCD?

Finkel y Burns (1999) definieron los SPCD 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). Su prevalencia en la población de pcD es importante, alcanzando un 75% durante el desarrollo de la enfermedad e incluso se los ha definido como parte integral del síndrome (Calderón, 2006). Este porcentaje puede aumentar casi a 80% en personas institucionalizadas y no existe un consenso acerca de la agrupación de estos síntomas, pero para fines prácticos se los ha agrupado en dos grupos: síntomas conductuales³ y síntomas psicológicos⁴ (Slachevsky & Fuentes; 2005, IPA, 2010). Su presentación muchas veces varía dependiendo del tipo de demencia. Se ha reportado gran presencia de delirios en la demencia tipo Alzheimer y un mayor índice de depresión en la demencia vascular. Las alucinaciones visuales son comunes de encontrar en la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal ha estado asociada con una alta incidencia de comportamientos culturalmente inadecuados y desinhibición sexual (ADI, 2010; Hoyl & Aravena, 2006; Slachevsky, Fuentes, Javet & Alegría, 2007). Es importante destacar que cualquier tipo de SPCD puede encontrarse en cualquier tipo de demencia.

Los SPCD, más que los trastornos cognitivos, motivan la consulta inicial de las pcD (López, Vilalta, Garre, Pons & Cucurella, 2007; Slachevsky & Fuentes, 2005). Estos síntomas repercuten en la funcionalidad de la persona e impactan en su calidad de vida (Calderón, 2006; Garriga, 2010), provocando que el desempeño sea muy diferente al habitual. A su vez, el no abordaje de estos síntomas puede generar un estrés significativo para el cuidador, contribuir a una institucionalización prematura e incrementar los costos de los cuidados (IPA, 2010).

³Se identifican sobre la base de la observación del paciente, incluyendo agresión física, gritos, inquietud, agitación, vagabundeo, comportamientos culturalmente inadecuados, desinhibición sexual, acaparamiento y arrebatos verbales.

⁴Se identifican sobre la base de entrevistas con pacientes y familiares, incluyendo ansiedad, ánimo depresivo, alucinaciones y delirios.



Considerando su alta prevalencia y el impacto que genera la aparición de estos síntomas tanto para la persona como para su entorno, su manejo puede convertirse en uno de los desafíos que enfrenta la TO en la intervención de pcD. El deterioro que los SPCD pueden generar en el funcionamiento diario y el impacto sobre los cuidadores y familiares, es uno de los aspectos que hacen que el abordaje de TO sea fundamental. Sin embargo, para su adecuado manejo, resulta esencial conocer cuáles son los factores que están detrás de estos síntomas.

Concepciones sobre factores causales de SPCD

La Asociación Internacional de Psicogeriatría sugiere que la etiología de los SPCD incorpora factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y sociales (IPA, 2010). Por su parte, Cummings (2003), señala que los SPCD resultan de la interacción de tres causas principales: la disfunción cerebral, la historia y personalidad del individuo y el medio ambiente en el que se desenvuelve (Slachevsky et al., 2007). Así es como, mientras algunos de estos comportamientos pueden ser producto directo del daño neurológico de la persona, en muchos casos son un indicador de falta de confort o una conducta adaptativa de la persona que trata de dar respuesta a un problema (Cohen- Mansfield, 2001, en Losada, 2004). A su vez, el estrés en los cuidadores y pobres relaciones interpersonales entre éstos y la persona con demencia pueden provocar y exacerbar los SPCD (IPA, 2010). Diversos marcos conceptuales emergentes, han intentado explicar el origen de estos comportamientos basándose en la interacción que existe entre la pcD y el ambiente.

El Modelo Ecológico del Envejecimiento de Lawton o Competence-Environmental Press Model desarrollado por Lawton y Nahemow en 1973 (Volicer & Hurley, 2003), describe el comportamiento como una función de las capacidades de la persona y la demanda ambiental, y señala que a medida que se deterioran las capacidades de la persona, aumenta la influencia del ambiente o la presión ambiental sobre el comportamiento. Si el



medio ambiente es demasiado demandante o poco estimulante tiene como resultado síntomas conductuales como la agitación o la pasividad en las pcD (Gitlin et al, 2009).

Desde esta perspectiva, Hall y Buckwalter en 1987, a través del Modelo de la Progresiva Disminución del Umbral de Estrés o Progressively Lowered StressThreshold Model (Volicer & Hurley, 2003), señalan que el umbral de estrés es más bajo en las pcD y los problemas de conducta son el resultado del exceso de estrés ambiental. El estrés puede ser causado por condiciones físicas (enfermedades, hambre, sed), estímulos múltiples, cambios en el cuidador, la rutina, el medio ambiente, las demandas que exceden las capacidades y la retroalimentación negativa y restrictiva.

El Modelo de Necesidades No Cubiertas o Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model desarrollado por Algase (1996) y Cohen-Mansfield (2001) (IPA, 2010; Volicer & Hurley, 2003), señala que el problema conductual se relaciona con una necesidad no satisfecha y es causada por la interacción que existe entre los factores y rasgos estables de la persona y factores ambientales fluctuantes. Así, por ejemplo, la agresividad ocurre con mayor frecuencia en situaciones de cuidado íntimo, en las que resulta estimable que la persona se sienta más vulnerable y amenazada.

A partir de estos tres modelos, se desprende la importancia de comprender que el detrimento global que experimenta la pcD la enfrenta a las demandas ambientales con habilidades muchas veces insuficientes para una adecuada adaptación e influencia en su entorno. Un nivel de exigencia que no se corresponda con sus habilidades puede provocar frustración y ansiedad en la persona, lo que puede ocasionar reacciones negativas (apatía, agitación, tristeza) (Fleming et al, 2009, en IPA, 2010). A su vez, con la demencia, las habilidades de la persona para satisfacer sus necesidades están alteradas, exponiendo a la persona a métodos disfuncionales de comunicación y comportamiento para lograr sus objetivos (Stokes, 1996, en Losada 2004). Desde esta perspectiva, las intervenciones de los SPCD debieran estar dirigidas favorecer el equilibrio entre los recursos y habilidades de la



persona y las demandas o estimulación que el ambiente le proporcione, y tanto el profesional como el cuidador, estar atentos a las necesidades particulares de las pcD (Ayalon, Gum, Feliciano & Areán, 2006). ¿Cómo se atiende a estas problemáticas? ¿De qué manera puede contribuirse desde la Terapia Ocupacional?

Consensuando la incumbencia para la Terapia Ocupacional

El abordaje farmacológico ha demostrado un efecto modesto en el control de estos síntomas, además las personas mayores, y en particular, las afectadas de demencia presentan una escasa tolerancia y son más vulnerables a los efectos secundarios de los fármacos (Gil & Sánchez, 2006). En la actualidad se recomienda iniciar las intervenciones utilizando procedimientos no farmacológicos (Calderón, 2006; Gitlin & cols., 2009; Slachevsky & Fuentes, 2005). Sin embargo, cuando los SPCD son severos y significan un riesgo para la persona y su entorno, es necesario combinar el abordaje no farmacológico con uno farmacológico (IPA, 2010; Losada, 2004).

En los últimos años se ha estudiado estrategias no farmacológicas para atenuar los SPCD. Entre las que muestran mejor evidencia se encuentra el uso de música, ejercicios, actividad, modificaciones ambientales, y apoyo y educación a cuidadores (Gitlin, 2012; IPA, 2010). Los profesionales de la salud cuentan, por tanto, con una serie de estrategias que podrían contribuir al manejo de estos síntomas, sin embargo, al abordarlos desde la TO, nuestra reflexión se orienta naturalmente a responder cómo las estrategias y marcos conceptuales descritos pueden complementarse con los modelos y lineamientos propios de la disciplina, tomando en cuenta a la pcD, el ambiente físico y social donde se desenvuelve, y el ajuste que debe existir entre estos elementos. Al mismo tiempo, emerge la problematización sobre el cómo la ocupación puede contribuir a este manejo.

La intervención de TO debiese basarse en la visualización de la pcD como un individuo con una historia singular de valores e intereses, actividades vitales y patrones de vida diaria



(Kielhofner, 2006). Desde el modelo de persona-ambiente-ocupación (Law et al, 1996, en Stewart, Letts & Law, 2005) la persona se considera como un ser singular con habilidades innatas para el desempeño. Es posible que la pcD sea incapaz de aprender nuevas habilidades, pero las antiguas habilidades y los hábitos suelen estar profundamente arraigados y se pueden utilizar durante mucho tiempo mientras la enfermedad progresa (Borell, Sandman & Kielhofner, 1991, en Ward, 2005). Las necesidades no cubiertas de las pcD podrían estar asociadas a sus intereses, valores propios, hábitos y/o roles previos.

Cohen-Mansfield (2000) señala que existe una gran variabilidad entre las pcD que manifiestan comportamientos problemáticos y una gran variabilidad intrapersonal a lo largo del proceso de la enfermedad, lo que sugiere que es necesario individualizar las intervenciones a las necesidades y características específicas de cada persona (Losada, 2004). Diversos estudios sobre abordaje no farmacológico en SPCD han concluido que cuando las intervenciones son diseñadas y adaptadas en torno a los intereses y habilidades de cada persona, tienen mejores resultados (Ayalon et al, 2006; Cohen-Mansfield, 2004; Douglas et al, 2004; Gitlin et al, 2009; IPA, 2010). Lo que propone el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, de acuerdo a la práctica centrada en el cliente⁵, es una perspectiva de abordaje que podría colaborar en el manejo de los SPCD, ya que como señala Law (1997) y Rogers (1951), le otorga facultades y habilita a las personas, tomando en cuenta sus necesidades particulares (Kielhofner, 2006). Sin embargo, podría ser difícil llevarse a cabo en estadios avanzados de la enfermedad, por lo cual el trabajo en conjunto con el cuidador se vuelve esencial.

Es imposible comprender a la persona sin considerar su contexto (Dunn, Haney, Brown & Youngstrom, 2005). Bajo esta premisa, se ha desarrollado una serie de programas de aproximación no farmacológica, basados en intervenciones domiciliarias de terapia ocupacional, los cuales buscan favorecer la calidad de vida de las pcD y sus familias. En

⁵ Fearing, Law y Clark (1997) la definen como una alianza que forman el paciente y el terapeuta para emplear sus habilidades y fortalezas combinadas para el trabajo en pos de los objetivos del paciente.



dos de estos programas⁶, Gitlin (2005) conceptualiza los SPCD como una consecuencia de la interacción entre la pcD (necesidades no satisfechas, discomfort, miedo, condiciones médicas), el cuidador (estrés, estilo de comunicación) y el ambiente (desorden, riesgos) (Gitlin & Corcoran, 2005; Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2007). Desde este modelo triádico se desprende la importancia de considerar las necesidades y problemáticas de la pcD, pero que a su vez el ambiente, tanto físico como social, son elementos que tienen igual peso en la expresión de los SPCD. El Modelo de Ocupación Humana conceptualiza el ambiente como proveedor de oportunidades, demandas y limitaciones (Kielhofner, 1980, en Kielhofner, 2006). Si consideramos que los factores y rasgos estables de la pcD no van a cambiar y la enfermedad progresará, es necesario modificar el ambiente, favoreciendo las oportunidades y disminuyendo las demandas, de acuerdo a los recursos de la persona.

Law (1996), desde el modelo de persona-ambiente-ocupación, señala que la persona se relaciona con señales ambientales y se comporta en consecuencia (Stewart et al, 2005). Si consideramos que las pcD son más vulnerables a las señales ambientales, el ambiente debiera ser adaptado en concordancia.

Desde el ambiente social, el cuidador y/o la familia deben ser capaces de reconocer las necesidades de la pcD y a su vez, tener claridad acerca de las capacidades y limitaciones con las que cuentan para establecer un ambiente acorde. Favorecer el bienestar y las estrategias comunicativas del cuidador también debe formar parte de las adecuaciones ambientales (Gitlin et al, 2005; Gitlin et al, 2009). De acuerdo con Zarit & Leitsch (2001), el bienestar de la persona cuidada y el del cuidador están muy relacionados (Losada, 2004). Desde el ambiente físico, la estructura y la predictibilidad son aspectos importantes del medio en el que viven las personas con demencia (Ward, 2005).

⁶ Home Environmental Skill-Building Program y Advancing Caregiver Training.



Se ha señalado que un ambiente calmo, que proporcione seguridad, soporte y que promueva la actividad significativa puede prevenir o minimizar la ocurrencia de los SPCD (IPA, 2010). Tal como indican Zemke & Clark (1996), las actividades significativas, al estar dentro de un contexto determinado y al ser nombradas por la cultura, pueden ser llamadas ocupaciones (AOTA, 2008). Desde nuestra disciplina y a través del prisma de modelos basados en el desempeño ocupacional, se considera que dentro de esta adaptación/interacción de la persona con el ambiente existe otro elemento, llamado ocupación. Las ocupaciones “reflejan valores culturales, proveen significado para el individuo y satisfacen las necesidades humanas de auto cuidado, entretención y participación en la sociedad” (Crepeau, Cohn, & Shell, 2003, en AOTA, 2008, p. 5). Investigaciones sugieren que para los individuos con deterioro cognitivo, la actividad puede “llenar un vacío”, mantener roles sociales, permitir expresiones positivas, disminuir frustraciones y mejorar los sentimientos de conexión (Cohen-Mansfield, Parpura-Gill & Golander, 2006, Kolanowski, Buettner, Costa & Litaker, 2001, Phinney, Chaudhury & O’Connor, 2007, en Gitlin et al, 2009). Para las pcD, el desempeño de ocupaciones podría ser una forma satisfacer necesidades de participación y de mantener una vinculación con el ambiente.

A su vez, las ocupaciones proveen estructura a la vida, forman hábitos y regulan las relaciones afectivas con el resto de personas y con el medio (Kielhofner, 2006; Moruno & Romero, 2003). Beck (2002) señala que un equilibrio bien ponderado de actividades diarias es un importante componente de las intervenciones, para evitar la baja o sobre estimulación (IPA, 2010). Si consideramos que los cambios en la rutina, las demandas que exceden las capacidades o la baja estimulación pueden desencadenar los SPCD, otorgar la oportunidad a las pcD para que participen en ocupaciones, con rutinas establecidas, podría prevenir su ocurrencia. Sumado a esto, se ha descrito que el desempeño de una actividad depende de la coincidencia entre las capacidades de la persona y las demandas que impone el ambiente sobre estas capacidades (Law et al, 1996, en Stewart et al, 2005). A través del



programa denominado TAP⁷, Laura Gitlin señala que el uso de actividades adaptadas a las capacidades preservadas de las pcD y sus intereses puede minimizar o eliminar las conductas problemáticas tales como la depresión, la agitación y ansiedad, por medio de adecuaciones ambientales y entrenamiento a los cuidadores sobre técnicas de manejo y comunicación (Gitlin et al, 2009).

CONCLUSIONES

En el trabajo con personas con demencia es de importante consideración el favorecer la calidad de vida de éstas y su entorno, por lo que el abordaje de los Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados con la Demencia resulta esencial. La Terapia Ocupacional debe contribuir al manejo de estos síntomas ya que constituye una problemática que limita el desempeño y que afecta de manera dramática a su entorno social.

Los Síntomas Psicológicos y Cognitivos asociados con la Demencia obedecen a una compleja génesis multifactorial. Los marcos conceptuales referidos reflejan la importancia de los factores psicosociales implicados, considerando el impacto que provoca el detrimento de funciones cognitivas, funcionales y comunicacionales en una personas con demencia y su interacción con las características físicas y sociales del ambiente. Comprender los síntomas psicológicos y conductuales asociados con la demencia desde esta perspectiva resulta fundamental para su abordaje no farmacológico.

Los marcos conceptuales pueden aportar a la práctica de Terapia Ocupacional ya que proporcionan una orientación para detectar la causa y/o comprender el significado de los síntomas y así dirigir las acciones para manejarlos. A su vez, pueden complementarse con modelos y propios de la disciplina, ya que son coincidentes al enfatizar en las

⁷ Tailored Activity Program. El término "tailored" hace referencia a un diseño hecho "a la medida" de la persona, según sus capacidades, intereses e historia.



particularidades de la persona (biografía, historia ocupacional, intereses) y que el comportamiento no puede ser separado de las influencias del ambiente.

El y la Terapeuta Ocupacional pueden adaptar el ambiente cotidiano de la persona con demencia según las capacidades de ésta, su interés y su nivel de bienestar, considerando las barreras y los soportes que se presenten. La valoración del ambiente físico y social es fundamental, por tanto emerge la necesidad de documentar diferencias en las intervenciones ambientales según el contexto de atención, ya sea una institución o el hogar propio de la persona; ya sea con el apoyo cuidadores formales o de cuidadores informales.

Las ocupaciones pueden ser un medio para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales asociados con la demencia, ya que a través de ellas las personas con demencia pueden establecer una relación adecuada con su entorno, siempre que estén ajustadas a las características y necesidades particulares de la persona y que el ambiente proporcione los recursos tanto sociales como físicos para favorecer su desempeño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer`s Disease International (ADI). (2010). *World Alzheimer Report: The Global Economic Impact of Dementia*. Recuperado el 19 de Febrero de 2012 desde <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). (2008). *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (Gómez, S., Trads.). Recuperado el 11 de Febrero de 2012 desde www.ucursos.cl

Ayalon, L., Gum, A., Feliciano, L., & Areán, P. (2006) Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2182-2188. Recuperado el 25 de Enero de 2012 desde <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/166/20/2182>

Calderón, J. (2006). Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia. En Marín, P.P., & Gac, H., Carrasco, M. *Geriatría y Gerontología* (Primera Edición). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.



Cohen-Mansfield, J. (2004). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. *FOCUS*, 2, 288-308. Recuperado el 3 de Febrero de 2012 desde <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=49730>

Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004) Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 171-179. Recuperado el 6 de Febrero de 2012 desde <http://searchpdffiles.net/Non-pharmacological-interventions-in-dementia-Simon-Douglas,-lan-....html>

Dunn, W., Haney, L., Brown, C., & Youngstrom, M.J. (2005). Ecología del Desempeño Humano. En Blesedell, E., Cohn, E., & Boyt, B. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (Décima Edición). Madrid, España: Editorial Panamericana.

Durante, P., Guzmán, S., & Altimir, S. (2010). Demencia Senil. En Durante, P., Pedro, P. *Terapia Ocupacional en Geriátrica: Principios y Práctica* (Tercera Edición). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Garriga, J. (2010) *Plena Identidad: Manejo de síntomas conductuales en demencia*. Recuperado el 22 de Enero de 2012 desde <http://plenaidentidad.com/manejo-de-sintomas-conductuales-en-demencia/>

Gil, P., & J, Sánchez. (2006). Demencia. En Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). *Tratado de Geriátrica para Residentes* (pp. 173-186). Recuperado el 25 de Enero de 2012 desde <http://www.segg.es>

Gitlin, L. (2012). *Non Pharmacological Approaches in Ederly with Cognitive Impairment*. Trabajo presentado en Seminario de Extensión sobre Aproximación No Farmacológica en Adultos Mayores con Trastornos Cognitivos, Febrero, Santiago de Chile.

Gitlin, L., & Corcoran, M. (2005). *Occupational Therapy and Demetia Care: The Home Enviromental Skill- Building Program for Individuals and Families* (Primera Edición). Maryland, USA: AOTA Press.

Gitlin, L., Winter, L., Dennis, M., & Hauck, W. (2007). A non-pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: Design and methods of Project ACT. *Clinical Interventions in Aging*, 2(4), 695-703. Recuperado el 3 de Febrero de 2012 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670989/pdf/cia-2-695.pdf>

Gitlin, L., Winter, L., Vause, T., Herge, E., & Chernett, N. (2009). The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potencial. *The Gerontologist*, 49(3), 428-439. Recuperado el 3 de Noviembre de 2012 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682173/pdf/gnp087.pdf>



Hoyl, T., & Aravena, C. (2006). Demencia. En Marín, P.P., Gac, H., & Carrasco, M. *Geriatría y Gerontología* (Primera Edición). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

International Psychogeriatric Association (IPA). (2010). *Complete Guide to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Recuperado el 2 de Febrero de 2012 desde https://groups.itsservices.org.uk/download/attachments/35686715/IPA_Complete+Guide+to+BPSD_2010+edition.pdf

Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22, 4-14. Recuperado el 5 Febrero de 2012 desde <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional* (Tercera Edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

López, S., Vilalta, J., Garre, J., Pons, S., & Cucurella, M.G. (2007) Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Revista de Neurología*, 45(11), 683-688. Recuperado el 2 de Febrero de 2012 desde <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4511/y110683.pdf>

Losada, A. (2004). *Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia*. Recuperado el 5 de Febrero de 2012 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-intervenciones-01.pdf>

Lucas-Carrasco, R., Pero, M., & March, J. (2011) Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*, 52, 139-46. Recuperado el 25 de Enero de 2012 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/neurologia-lucas-calidad-01.pdf>

Moruno, P., & Romero, D.M. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas* (Primera Edición). Barcelona, España: Masson

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2009). *Las personas mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Recuperado el 20 de Febrero de 2012 desde <http://www.senama.cl/archivos/libroblanco.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2010). *Mesa Plan Nacional de Demencias. Propuesta de Acción: Las Personas Mayores y los Trastornos Demenciantes en Chile*. Recuperado el 20 de Febrero de 2012 desde <http://senama.cl/Archivos/Alzheimer/4.pdf>

Slachevsky, A., & Fuentes, P. (2005) Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 133, 1242-1251.



Recuperado el 25 de Enero de 2012 desde
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005001000015&script=sci_arttext

Slachevsky, A., Fuentes, P., Javet, L., & Alegría, P. (2007). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Guía para familiares y cuidadores* (Primera Edición). Santiago, Chile: Lom Ediciones

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.

Volicer, L., & Hurley, A. (2003). Management of Behavioral Symptoms in Progressive Degenerative Dementias. *Journal of Gerontology*, 58A (9), 837-845.

Ward, J. (2005). Adultos con Enfermedades Mentales. En Blesedell, E., Cohn, E., Boyt, B. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* (Décima Edición). Madrid, España: Editorial Panamericana.