



PACIFICO

PACÍFICO: APORTES DESDE EL DISEÑO INDUSTRIAL
AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE AGITACIÓN
EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON
DEMENCIA LEVE A MODERADA

TESIS DE GRADO EN DISEÑO INDUSTRIAL

AUTORAS: Br. Virginia Amengual
Br. Constanza Valli

TUTORA: Lic. Rita Soria
COTUTORA: Arq. Adriana Babino

TRIBUNAL: Victoria Suárez
Lucía Arobba
Rita Soria
Adriana Babino

CORRECCIÓN DE ESTILO: Clara Amengual



Escuela Universitaria
Centro de Diseño



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Diciembre, 2017

*A las abuelas Chichita y Vitucha
Por darnos la mano para toda la vida*

Gracias por el amor infinito



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas e instituciones que formaron parte de este trabajo, en particular al Hogar de Ancianos de San José y todo su equipo, que nos abrieron las puertas de forma desinteresada siempre que lo necesitamos. A todos los adultos mayores y acompañantes que nos permitieron acercarnos y poder realizar todas las instancias planteadas.

A las profesionales Desirée Ambielle, Martha Gnocchi y Macarena Arispe por formar parte activa del equipo multidisciplinar, acompañándonos durante todo el proceso. A Raúl Madeira por brindarnos la información técnica necesaria, a Mariana Rodríguez por toda su dedicación en el desarrollo del prototipo.

A Selva Barreto y Mónica Mato por toda la dedicación tanto profesional como emocional.

A Clara Amengual por el regalo inmenso de la corrección completa de este trabajo.

A Seba, Sofi, Pau, Fito y Tati por habernos sostenido, apoyado y acompañado cada día de este largo, intenso y emotivo proceso.

A todos nuestros amigos y familiares que formaron parte de esta etapa.

Sin ellos este trabajo no podría haber sido posible.



RESUMEN

La realización de actividades placenteras, como las intervenciones sensoriales vinculadas al tacto, contribuyen a disminuir estados de agitación en personas adultas mayores con demencia, considerándose fundamental que estas se mantengan con regularidad en el tiempo. Para ello es clave el vínculo que se establece con el acompañante (cuidador, familiar, allegado).

PACÍFICO es un dispositivo de estimulación sensorial táctil, cuyo uso habilita el acercamiento y la intervención de tacto/contacto, en la actividad vincular entre adulto mayor con demencia y su acompañante, planteando a su vez un canal de comunicación paraverbal que contribuya a mejorar el vínculo entre ambos usuarios, limitado por el desarrollo del síndrome.



INTRODUCCIÓN

“Este cuarto que no eligió, este mundo que no es el suyo y estos ojos desconocidos que la miran, que la buscan y que aseguran conocerla. Acá la niebla, más allá también la niebla, sobre sus manos viejas como de piel de papel sobre los huesos de antiguo barro valiente todavía caminante...”.
Tabaré Cardozo, 2006

La demencia es una condición degenerativa que afecta áreas del cerebro y deteriora las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores que la padecen, al presentar síntomas como pérdida de memoria, problemas en escritura y el lenguaje, entre otros.

También se manifiesta en el ámbito psicológico y conductual, a través síntomas y signos diversos (por ejemplo: síntomas psiquiátricos, alteraciones conductuales, problemas en el relacionamiento, etc.) que afectan el bienestar del adulto mayor con demencia, su forma de relacionarse con otras personas y con el entorno que las rodea.

Los Síntomas Psicológicos Conductuales (SPCD) resultan persistentes y complejos de aminorar si se desconocen los factores que los generan y las correctas formas de abordaje. Esto se debe, en parte, a la ausencia de información que se brinda desde el ámbito médico e institucional sobre los síntomas y sus tratamientos.

Uno de los SPCD más frecuentes es la agitación, que se manifiesta a través de estados ansioso/nerviosos generados por situaciones estresantes para el adulto mayor. Los estados de agitación se pueden desencadenar por diversos factores ambientales, cambios en el entorno o alteraciones propias de la demencia. Conlleva frecuentemente limitaciones físicas, uso excesivo de fármacos e inclusive la institucionalización, reduciendo la calidad de vida de los adultos mayores y sobrecargando al acompañante.

Resulta complejo eliminar todos los factores estresantes que desencadenan dichos estados, por ende es necesario encontrar una forma de aminorarlos una vez que se presentan.

Actualmente la agitación se aborda desde dos campos: el farmacológico, que es el más conocido y aplicado, pero el más perjudicial para el adulto mayor, debido a los efectos secundarios que presenta, y el no farmacológico, que engloba varias terapias alternativas, que no cuentan actualmente con gran difusión en el ámbito médico e institucional. Aunque sus resultados científicamente no son concluyentes, existen trabajos de investigación que dan cuenta de los impactos positivos en personas con demencia.

El abordaje del Diseño ofrece una perspectiva diferente a las de otras disciplinas que abordan la temática del adulto mayor (Medicina, Psicología, Neurología, Andragogía); no habiéndose encontrado durante la etapa exploratoria del presente trabajo productos cuyos diseños estén específicamente enfocados en mitigar los estados de agitación.

Es por esta razón que el propósito de este trabajo es contribuir desde el Diseño a la reducción de los estados de agitación en personas mayores con demencia leve o moderada, buscando mejorar el vínculo afectivo entre dichas personas y sus allegados, consiguiendo así una mejora en la calidad de vida de estos.

El cumplimiento de dicho propósito se desarrolló en dos etapas distintas, una primera de estudios exploratorios y una segunda correspondiente al proceso proyectual.

Para la confección de la primera etapa se tomaron estudios de referencia como: “Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento”, Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., & Muñoz-Schwochert, R. (2012), “Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática”, Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., & Muñoz, R. (2010); y “Estrategias de afrontamiento en situaciones de agitación en sujetos con demencia”, Naveira Amado, L. (2015), entre otros, que operaron como punto de partida para la generación de diversos instrumentos de análisis. A su vez se realizaron consultas a informantes calificados, se analizaron productos existentes en el mercado, dirigidos a personas con demencia, y características del usuario y su entorno. Los resultados de esta instancia conformaron insumos para la segunda etapa, entre ellos el listado de requisitos aplicables a un posible diseño.

Para la realización del proceso proyectual se utilizó una metodología iterativa basada en una triangulación entre el equipo de trabajo, los informantes calificados y las instituciones que permitieron el acceso directo a la población usuaria. Generando así instancias de constante monitoreo de las propuestas desarrolladas, orientadas a un diseño final que cumpla con las necesidades y limitaciones de los usuarios.

Al final del proceso se realizaron verificaciones con los usuarios, obteniendo un resultado positivo al respecto del diseño propuesto.



ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I- Encuadre de la propuesta	
1.1 - Planteamiento de la problemática	10
1.2 - Objetivos	11
1.3 - Justificación	12
1.4 - Limitaciones	13
1.5 - Glosario de términos básicos	14
1.6 - Abreviaturas	15
Capítulo II - Marco de referencia	
2.1 - Situación de las personas adultas mayores en Uruguay	18
2.2 - Rol de las personas adultas mayores en la sociedad Uruguaya	19
2.3 - Las personas adultas mayores y la familia	20
2.4 - Cambios físicos y neurológicos de las personas adultas mayores	22
2.5 - La demencia en las personas adultas mayores	23
2.6 - Síntomas psicológicos conductuales en las personas adultas mayores con demencia	25
2.7 - Terapias no farmacológicas para el tratamiento de los síntomas psicológicos conductuales en las personas adultas mayores con demencia	28-31
2.7.1 - Terapia de reminiscencia	29
2.7.2 - Musicoterapia	30
2.7.3 - Terapias basadas en intervenciones multisensoriales	30
2.7.4 - Masoterapia	31
2.8 - Recomendaciones para el diseño sensorial enfocados en adultos mayores	32

Capítulo III - Desarrollo de la propuesta metodológica

3.1 - Descripción de la propuesta metodológica	36-40
3.1.1 - Aproximación a la temática	38
3.1.1.1 - Revisión bibliográfica específica sobre la temática	38
3.1.1.2 - Consultas a informantes calificados	40
3.1.2 - Análisis de productos existentes	41-50
3.1.2.1 - Relevamiento de objetos enfocados en personas con demencia, existentes en el mercado	41
3.1.2.2 - Análisis del mercado existente, de objetos enfocados a personas con demencia	45
3.1.2.3 - Análisis usuario, producto, actividad, contexto (UPAC) de objetos seleccionados	50
3.1.3 - Análisis de usuario meta: persona adulta mayor con demencia	55
3.1.3.1 - Sesiones de aproximación al usuario	55
3.1.4 - Análisis de los contextos cotidianos del adulto mayor con demencia	58

Capítulo IV - Propuesta de diseño

4.1 - Proceso de diseño iterativo	64-67
4.1.1 - Árbol de problemas y soluciones	64
4.1.2 - Listado de requisitos de producto para el diseño a desarrollar	65
4.1.3 - Concepto de producto	67
4.1.4 - Observación y análisis de las interacciones del adulto mayor frente a una actividad manual planteada	68
4.1.5 - Análisis antropométrico de los usuarios	70
4.1.6 - Análisis de materiales seleccionados para la realización del producto	72
4.1.7 - Sesiones de comprobación de avances del proceso de diseño con usuarios	74
4.1.8 - Sesiones de comprobación de avances del proceso de diseño con informantes calificados	78
4.1.9 - Story board: Relato del proceso de diseño	80
4.1.10 - Beneficios del dispositivo en la reducción de la agitación	87

4.2 - Presentación del producto	88-102
4.2.1 - Memoria descriptiva	88
4.2.2 - Vistas del producto	89
4.2.3 - Aspectos morfológicos del dispositivos	90
4.2.4 - Análisis de las proporciones	91
4.2.5 - Aspectos funcionales del dispositivo	92
4.2.6 - Opciones de manipulación	94
4.2.7 - Situaciones y contextos de usos	96
4.2.8 - Secuencia de uso	97
4.2.9 - Elecciones semánticas y comunicacionales	98
4.2.10 - Desarrollo de la marca	99
4.2.11 - Desarrollo de envase y manual de uso	100
4.2.12 - Aspectos tecnológicos: Proceso productivo	101
4.2.13 - Análisis de factibilidad económica	102
4.3 - Verificaciones	103-107
4.3.1 - Sesiones de verificación con usuarios con demencia	103
4.3.2 - Sesiones de verificación con personas acompañante	104
4.3.3 - Sesiones de verificación con personas calificadas	104
Capítulo V - A modo de conclusión	109
Capítulo VI - Bibliografía	111
Capítulo VII - Apéndice	



ENCUADRE DE LA PROPUESTA







1.1 PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA

El vínculo afectivo entre el adulto mayor con demencia (AMD) y las personas de su entorno inmediato se ve deteriorado por los comportamientos y las conductas que el AMD adopta durante los estados de agitación, al dificultar la comunicación y el relacionamiento cotidiano, y generar un desgaste en dicho vínculo. A su vez, la falta de tratamientos apropiados para la agitación genera en el AMD sensación de malestar y estrés, pudiendo agravar estos estados, desencadenando una posible temprana institucionalización.

Actualmente la disciplina del Diseño no se asocia a este tipo de problemáticas, no se han encontrado diseños que respondan al tratamiento de SPCD. Por ende, trabajar al respecto de esta temática, desarrollando no solo un diseño que responda a las necesidades del AMD, sino también un trabajo que sirva como insumo para el desarrollo de futuras propuestas, intentando visibilizar la problemática, se considera un aporte desde esta disciplina.

1.2 OBJETIVOS

GENERALES

Aportar una solución de diseño que contribuya a mitigar los estados de agitación en las personas mayores con demencia.

ESPECÍFICOS

Identificar y listar aportes encontrados en bibliografía que permitan una aproximación al síndrome de la demencia y sus síntomas, como la agitación.

Identificar, clasificar y describir productos que se ofrecen en el mercado para personas adultas mayores con demencia, focalizando prestaciones.

Diseñar un dispositivo que apunte a mitigar los estado de agitación en personas adultas mayores con demencia, que contemple una actividad vincular con las personas de su entorno inmediato, tendiente a mejorar la calidad de vida.



1.3 JUSTIFICACIÓN

Las poblaciones en estado de vulnerabilidad social resultan una temática latente actualmente, debido al interés en incremento que presentan los entes gubernamentales sobre este asunto (en 2004 con la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor y la creación del Instituto Nacional de Mujeres en 2005, entre otros).

Las personas adultas mayores con demencia conformar una población vulnerabilizada en Uruguay, se estima que hay 54 000 personas con demencia, cifra que se prevé que ascienda a 77 000 personas en el año 2030 y a 112 000 en el 2050, lo que implica un incremento del 107 % (ADI-BUPA, 2013). En el año 2015, la OMS catalogó a la demencia como uno de los trastornos más comunes en este grupo etario, reconociéndose a esta como una de las principales causas de discapacidad en la vejez. Debido a esto es que en 2016 se crea el proyecto de ley para la implementación del Programa Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Alzheimer (PRONALEAL), con el fin de aminorar el impacto en la calidad de vida de las personas que presentan dicho síndrome.

Debido a lo anteriormente expuesto, se puede asegurar que la problemática que presentan los adultos mayores con demencia en Uruguay resulta de interés social, y por ende un asunto de interés para la Universidad de la República, como cita en el artículo 2 de la Ley Orgánica: “Le incumbe asimismo [...] contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana...”.

Este trabajo tiene como objetivo no solo desarrollar una propuesta de diseño que atienda las problemáticas de dicha población, sino también permitir la visibilidad del asunto planteado, aportando, a través de la Universidad de la República, a la construcción de conocimiento al respecto. Evidenciando, a su vez, la escasez de aportes por parte de la disciplina del Diseño en Uruguay en este campo (no se detectaron diseños nacionales enfocados a la demencia, por tanto tampoco al tratamiento de los síntomas psicológicos conductuales en dicho síndrome).

Con el anhelo de que este pueda resultar el punto de partida para más trabajos y desarrollos sobre dicha temática.

1.4 LIMITACIONES

- Este trabajo se centra en las demencias de tipo Alzheimer, frontotemporales entre otras, sin considerar aquellas demencias que provocan disfuncionalidad física en las manos, impidiendo la posibilidad de manipular objetos con cierta autonomía.
- Las verificaciones finales se realizaron con personas con características similares a las que acompañaron los procesos de creación y convalidaciones en las etapas de desarrollo de la propuesta.
- El prototipo de prueba se realizó en espuma de poliuretano con terminación en soft masa, que cumple con características similares al propuesto para su producción final en espuma de poliuretano con terminación (lisa) que genera dicho material.



1.5 GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS

CARÁCTER FUNCIONAL: “Aquel rasgo morfológico, fisiológico o fenológico que puede ser medido en un organismo y el cual se encuentra relacionado con un efecto sobre uno o más procesos ecológicos o con una respuesta a uno o más factores ambientales”.

ENVEJECIMIENTO: “Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente, la muerte”.

VULNERABILIDAD SOCIAL: “Riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencias de situaciones externas y/o internas”.

VÍNCULO AFECTIVO: “Hace referencia al lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y de desarrollo”.

SÍNDROME: “Conjunto de síntomas y signos que concurren en una enfermedad, de forma que la presencia de alguno de ellos suele ir asociada con otros; la etiología de cada uno puede ser diversa”.

PREMÓRBIDO: “Personalidad caracterizada por signos o síntomas precoces de un trastorno mental”.

AFASIA: “Trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y la expresión de lo que se quiere decir”.

ANTIPSICÓTICOS: “Tipo de medicamento que se emplea para tratar los síntomas de la psicosis, tales como alucinaciones (visiones, sonidos, olores, gustos o contactos que una persona cree que son reales, pero que no lo son), delirios (creencias falsas) y demencia (pérdida de la capacidad de pensar, recordar, aprender, tomar decisiones y resolver problemas).

ANTIPSICÓTICOS: “Tipo de medicamento que se emplea para tratar los síntomas de la psicosis, tales como alucinaciones (visiones, sonidos, olores, gustos o contactos que una persona cree que son reales, pero que no lo son), delirios (creencias falsas) y demencia (pérdida de la capacidad de pensar, recordar, aprender, tomar decisiones y resolver problemas).

ANSIOLÍTICOS: “Medicamento que se usa para tratar los síntomas de ansiedad, como los sentimientos de temor, terror, incomodidad y tirantez muscular, que se pueden presentar como reacción a la tensión. La mayoría de los medicamentos ansiolíticos bloquean la acción de ciertas sustancias químicas del sistema nervioso. También se llama medicamento contra la ansiedad”.

IATROGENIA: “Conjunto de todas las patologías o complicaciones producidas por la propia actividad médica”.

CENTRÍPETA: “Que se mueve hacia el centro o atrae hacia él”.

PARAVERBAL: “El lenguaje paraverbal es el uso, que hace el emisor de entonaciones, ruidos, pausas, énfasis, silencios, variaciones en su voz en la comunicación hacia el receptor. Todos los elementos citados le dan sentido y coherencia al mensaje dado. Sin la comunicación paraverbal, no interfiere la comunicación oral.

El lenguaje paraverbal favorece y acrecienta el uso de emociones sentimientos y actitudes del emisor.”

CENTRO DE DIA: “Se denomina centro de día para personas mayores dependientes a todo establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna especializado a personas que precisan de ayuda para la realización de las actividades básicas y/o actividades instrumentales de la vida diaria”.

PÉTRISSAGE: “Las maniobras de petrissage son aquellos en los que los tejidos blandos (músculos preferentemente) se comprimen contra el hueso subyacente o contra sí mismos”.

1.6 ABREVIATURAS

Adulto Mayor: **AM.**

Adulto Mayor con Demencia: **AMD.**

Persona con demencia: **PD**

Síntomas Psicológicos Conductuales en la Demencia: **SPCD.**

Terapias Farmacológicas: **TF.**

Terapias No Farmacológicas: **TNF.**

Enfermedad de Alzheimer: **EA.**

Equipo de Observación: **EO.**

Guía de Actividad: **GA.**

Organización Mundial de la Salud: **OMS.**



MARCO DE REFERENCIA







2.1 SITUACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN URUGUAY

En Uruguay la población de adultos mayores representa, según los datos recabados en 2015 por la Oficina Oficial de Presupuesto y Planeamiento, el 13,7 % de la población total, creciendo de forma exponencial. El índice de envejecimiento pasó de ser 50,9 en 1996 a 60,2 en el 2011. Estos datos traen a la luz la transición demográfica del Uruguay, que deja como saldo una población envejecida. A partir de estos datos, resulta inevitable la reflexión al respecto del rol del adulto mayor en la sociedad y su participación en esta.

Desde un enfoque de carácter funcional, el concepto de adulto mayor se determina con base en el envejecimiento de la persona. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de los 60 años la tasa de mortalidad aumenta considerablemente, debido a las disminuciones físicas y mentales generadas por daño celular y molecular.

Pero este abordaje no es el único que caracteriza al AM. Desde un enfoque social, los cambios en las interacciones que se dan entre el AM y su entorno son un factor delimitante.

“Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición” (OMS, Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, página 29).

Según la OMS (2015), estos cambios no son lineales ni uniformes, por ende no hay un factor real etario que defina al AM. Sin embargo, la diversidad en las necesidades y capacidades de salud de la persona no son aleatorias, sino que dependen de los hechos ocurridos a lo largo de su vida.

En el marco legislativo en Uruguay se considera adulto mayor a todas las personas mayores a 65 años, según la ley 18 617 del año 2009. Este rango etario se tomará como punto de partida junto con la siguiente definición de vejez: “La vejez es una situación, que implica procesos y productos, no necesariamente desde una visión funcional (o sistémica), sino cultural. Esto implica que los cambios o procesos biológicos, la salud y la enfermedad, no pueden entenderse sin referencia a una cultura y al lenguaje de la misma” (Ramos (1), Meza (1), Maldonado (1), Ortega (2) y Hernández (3), 2009, p. 54).

(1 Profesores de tiempo completo de la Facultad de Psicología, módulo Psicología Social. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Júpiter Ramos Esquivel, Adriana Marcela Meza Calleja, Iraam Maldonado Hernández. 2 Profesora investigadora del Centro de Estudios sobre Aprendizaje y Desarrollo del Departamento de Psicología Básica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 3 Profesora del Departamento de Clínicas de Salud Mental. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara) en su texto “Aportes para una conceptualización de la vejez”

En la actualidad se intenta reivindicar el lugar del adulto mayor (AM) en la sociedad con el fin de alejar el concepto de vejez del de enfermedad, buscando mejorar su calidad de vida. Se trabajará con la definición de calidad de vida brindada por la Organización Mundial de la Salud: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno” (OMS, 2017).

2.2 ROL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA SOCIEDAD URUGUAYA

“Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado”, (Guerrero & Yépe, 2015).

Para resguardar los derechos de este grupo poblacional, el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay decretó en 2004 la Ley N.º 17 796, Promoción integral de los adultos mayores. Consta de seis artículos que abarcan desde la salud del individuo hasta su integración social. A continuación se citará el artículo 2, que determina los derechos de estas personas:

“Declárase que son derechos del adulto mayor:

La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida.

Alcanzar una vejez digna en la que prevalezca el bienestar físico, psíquico y socioeconómico.

Contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica.

Tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes.

Tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional.

Tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad”.

Además, en 2004 se creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor, que tiene como cometido la promoción de actividades de esparcimiento, recreación y socialización para la tercera edad. Desde entonces existe un abanico bastante amplio de actividades para los AM que se realizan en diversos lugares, como centros zonales, municipios o demás instituciones públicas.



Más allá de las leyes y planes gubernamentales que resguardan al AM y que fomentan su integración, es necesario un rol activo de los vínculos cercanos que el individuo posea. Según Inmayores (4) en su publicación *Las personas mayores ante el cuidado aportes de Inmayores para la construcción de un sistema nacional de cuidados.*, en la mayoría de los casos estos vínculos están conformados por la familia.

2.3 LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y LA FAMILIA

Placeres Hernández, De León Rosales y Delgado Hernández (2011) sostienen en su texto *La familia y el adulto mayor*, que la familia es el grupo natural del ser humano, en ella se cumplen las principales funciones de socialización. En este ámbito el sujeto adquiere su identidad e individualidad dentro de la red intergeneracional. La familia es de carácter universal y abarca a la mayoría de los miembros de una sociedad. Más allá de que existen innumerables tipos, todas cuentan con un orden jerárquico y se mueven a través de redes de solidaridad, no necesariamente se trata de lazos sanguíneos. El sujeto no puede vivir con calidad de vida estando aislado de algún tipo de estructura que lo contenga.

Al entrar en la vejez, el adulto mayor realiza una transición de un rol de protector a un rol de protegido: “Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas en el que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos” (Hernández, et. al., 2011, p. 474).

Como explica Landariel, 2001 en su texto *Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social*, en la familia, no siempre se pueden esperar comportamientos de solidaridad y confraternidad para con sus miembros, muchas veces se repiten desigualdades sociales o actitudes negativas. Esto se puede ver reflejado en los AM, que en oportunidades sufren situaciones de abandono familiar u otros tipos de arreglos intrafamiliares, donde rápidamente el vínculo se diluye y no se tienen en cuenta las necesidades del propio AM.

En cuanto la vejez avanza, se comienzan a evidenciar en el AM el deterioro natural o no de sus capacidades físicas y/o cognitivas, generando alteraciones en las estructuras familiares. Las familias se ven obligadas a evaluar la posibilidad de institucionalizarlos o contratar acompañantes para que cuiden de ellos. En la mayoría de los casos se considera la incorporación de un cuidador domiciliario (familiar o contratado), que cumple el rol de velar por la seguridad del AM y acompañarlo en este proceso. El rol de cuidador no resulta sencillo en ninguno de los casos, sobre todo si se presenta con una enfermedad.

: 4 (El Instituto Nacional de las Personas Mayores, Inmayores, fue creado por la Ley N.º 18 617 en la órbita del MIDES. Es el instituto rector en materia de vejez y envejecimiento y tiene por cometido la promoción integral de las personas mayores. Sus funciones principales son la coordinación, el diseño y la evaluación de las políticas sociales dirigidas a dicha población).

“Los cuidadores se afectan en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una 'carga' que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador” (Espín; 2008, p. 395).

Según el Sistema Nacional de Cuidados, la mayoría de los cuidadores informales son hijos o familiares directos del AM, por lo que el vínculo que existe entre padre e hijo dificulta más la aceptación de la enfermedad. El deterioro que sufre el familiar a cargo de un AM resulta aún mayor que el de un cuidador experto.

Una de las enfermedades más frecuentes en el AM es la demencia, una patología degenerativa que afecta todas las áreas cognitivas del cerebro. Esta afectación genera un cambio en su medio más cercano, como vincular y familiar, que no solo afecta a las personas que las padecen, sino también trastorna todo su entorno, sobrecargando a sus cuidadores y familiares.

“La demencia tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes” (OMS, 2017).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, las relaciones interpersonales entre el AM y su cuidador informal pueden resultar conflictivas debido a la sobrecarga que este último sufre durante este periodo. “En general el vínculo afectivo entre el cuidador familiar y el enfermo es muy intenso. Desde la posición omnipotente y excluyente, muchas veces reparadora del cuidador, pasando por la actitud victimista y chantajista, muchas veces tiránica del enfermo, se dan frecuentemente relaciones que sostienen y fomentan una patología encubierta. Estas relaciones colocan a veces al cuidador, en el límite de su resistencia psíquica y física. [...] Se podría decir que cuanto más estrecho y absorbente es el vínculo entre cuidador y enfermo, más evidentes son los efectos negativos sobre la persona del cuidador” (Conde-Sala, J. L., 1993, p. 95-96).

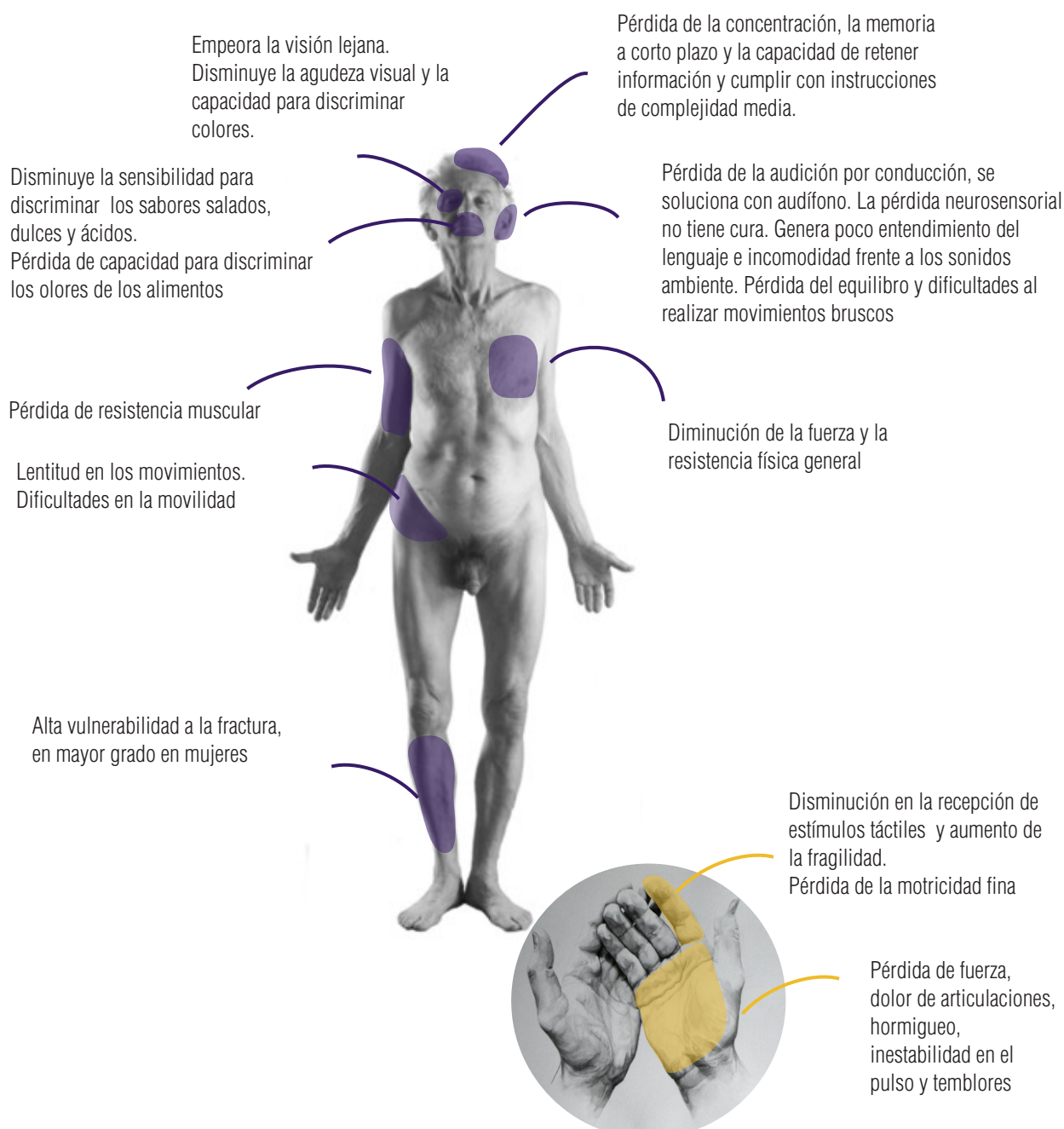
Según Mastropietro y Pedraza (2006), explorar en la reducción de la sobrecarga del cuidador permitirá generar relaciones interpersonales, en las que este puede ser más contenedor y afectuoso ante las necesidades emocionales del AM, ayudando a mejorar la calidad de vida de ambos.



2.4 CAMBIOS FÍSICOS Y NEUROLÓGICOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

A medida que el envejecimiento avanza, las limitaciones que se deben al deterioro natural de la persona se empiezan a evidenciar.

A continuación se presenta un esquema que agrupa los cambios físicos y mentales más relevantes en la redacción de la calidad de vida de las personas adultas mayores.



2.5 LA DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La demencia afecta en el ámbito mundial a unas 47 millones de personas, cada año se registran 9,9 millones de nuevos casos. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase a cerca de 75 millones en 2030 y a casi el triple en 2050, 132 millones. (OMS, 2017)

La OMS define demencia como “un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (OMS, 2017).

Los signos y síntomas de la demencia se pueden separar en tres etapas:

Etapa temprana (demencia leve): A menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- Tendencia al olvido;
- Pérdida de la noción del tiempo;
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia (demencia moderada): A medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía (demencia severa): En la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes.

Los síntomas incluyen:

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- Dificultades para caminar;
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbar y desembocar en agresiones.



El mal de Alzheimer constituye el 70 % de las patologías detectadas, aunque no es la única que deriva en demencia (demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia vascular o demencia multiinfarto, enfermedad de Binswanger, entre otras), resulta la más frecuente en la población mundial de AM y la más conocida en el ámbito social (OMS, 2017).

La demencia ocupa un lugar relegado en la sociedad debido al enfoque centrado en las disminuciones que plantea el sistema médico: “Las formas de abordar y comprender a las demencias influyen directamente en las concepciones que circulan en torno a estas. Particularmente el modelo biomédico, al centrar su atención en aquellos aspectos deficitarios de la persona con esta patología, constituye un elemento clave en la conformación de situaciones de estigmatización, a partir de las que a estas personas se las desacredita socialmente, adjudicándose características negativas” (Zunino, 2016, p. 10) (estudiante de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay). En su trabajo final de grado Zunino plantea que las situaciones de estigmatización se manifiestan en personas con demencia excluyendo las de habitar espacios sociales, debido a que se las define a través de sus aspectos patológicos, dejando de lado los aspectos sanos que la persona mantiene.

La preservación de los derechos humanos en personas con demencia es un tema que preocupa a nivel mundial. La OMS expresa al respecto:

“Con frecuencia a las personas que padecen demencia se les deniegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema. En muchos países, el uso de medios de inmovilización tanto físicos como químicos está a la orden del día en los centros de atención para personas mayores o en los servicios de cuidados intensivos, aunque haya en vigor normativas que defienden el derecho de las personas a ver preservada su libertad y tomar sus propias decisiones. Hace falta un marco legislativo apropiado y favorable basado en normas de derechos humanos internacionalmente aceptadas para garantizar la máxima calidad en la prestación de servicios a las personas con demencia y sus cuidadores” (OMS, 2017).

El objetivo de este trabajo es mejorar la calidad de vida del AM y su entorno, a través de la estimulación de vínculos placenteros para ambos. Se decidió trabajar en la denominada demencia leve y moderada debido a que las posibilidades de intervención del diseño en etapas muy avanzadas de la enfermedad es reducida, ya que las capacidades cognitivas del AM se ven realmente afectadas, alejándose la posibilidad de trabajar en algún tipo de interacción con otras personas.

El síndrome presenta diversos síntomas, cognitivos, sociales, etc. Se decidió hacer foco en los síntomas psicológicos conductuales de la demencia alineado con el objetivo de mejorar sus vínculos y relacionamientos.

2.6 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CONDUCTUALES EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA

Según Hernández, et. al. (2011), el término Síntomas Psicológicos y Conductuales en la demencia (SPCD) se utiliza para describir un grupo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y de la conducta que ocurren en todos los tipos de demencia. Olazarán, Agüera-Ortiz y Muñiz (2015) sostienen que se relacionan directamente con la personalidad premórbida de quien la padece, y que resultan los síntomas más desgastantes de la demencia a la hora de interactuar con su entorno.

“Los síntomas psicológicos conductuales pueden clasificarse en dos categorías, el síndrome psicótico, compuesto por alucinaciones frecuentemente asociadas a ideas delirantes y trastornos de la conducta, y el síndrome afectivo, donde se manifiesta la disforia, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora, síntomas neurovegetativos, tales como trastornos del sueño o del apetito, apatía e ideas delirantes” (Slachevsky, Fuentes, 2005).

Entre los PSCD más difíciles de abordar se encuentran los estados de agitación, ya que pueden manifestarse de infinitas maneras y engloban los síntomas del síndrome afectivo anteriormente nombrado. Naveira (2015) define agitación como

un conjunto de síntomas que se caracteriza por la actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no se relaciona directamente de las necesidades o problemáticas de la persona agitada y que pueden presentar un trastorno subyacente común como deshidratación, cambios de entorno, dolores, etc.

Uno de los componentes principales del estado de agitación es la ansiedad presente en el adulto mayor, y se define como: “Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado de forma verbal, gestual o motora” (Olazarán, et. al, 2015).

Los subtipos de agitación se definen:

Subtipos de agitación			
Conductas físicamente no agresivas	Conductas verbalmente no agresivas	Conductas físicamente agresivas	Conductas verbalmente agresivas
<ul style="list-style-type: none"> -Inquietud general -Gesticulación repetitiva - Caminar constante -Manejo inapropiado de los objetos - Ocultar objetos Vestir inadecuado 	<ul style="list-style-type: none"> - Negativismo - Constantes peticiones de información - Jactancia verbal - Quejas o gemidos - Interrupciones irrelevantes -Frase reiterativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Golpear - Empujar - Rascarse - garrar objetos - Agarrar personas - Dar patadas - Morder - Escupir 	<ul style="list-style-type: none"> - Chillidos - Lenguaje malsonante - Estallidos temperamentales - Emisión de ruidos extraños



Según Naveira (2015), los episodios de agitación pueden reducir la calidad de vida no solo de la persona que los padece, sino de sus cuidadores y familiares. Como exhibe el cuadro de los subtipos de agitación, en algunos casos los AM se pueden tornar violentos y poner en peligro la integridad física de las personas.

Algunos estudios sugieren recomendaciones para controlar estados de agitación. Dentro de estas recomendaciones priman respetar las características premórbidas de la persona, no burlarse ni ridiculizarlos, evitar discusiones, brindarles espacios seguros y darles afecto de forma pasiva. Pero estas recomendaciones no siempre son utilizadas. Actualmente, las estrategias utilizadas para tratar dichos estados conllevan situaciones familiares de sobrecarga, causando en ciertos casos la institucionalización de los AM.

El Boletín Farmacológico N.º 22 del País Vasco (INFAC) argumenta:

“La agitación conlleva una pérdida importante de la calidad de vida del paciente, debido no solo al propio proceso, sino también al conjunto de estrategias para tratarlo, pues, por una parte, se tiende a aislar y sobremedicalizar al paciente y, por otra, la sobrecarga del cuidador puede influir en la calidad de la atención que el paciente reciba. Por todo ello, es una situación que con frecuencia lleva a la claudicación familiar, siendo motivo de institucionalización”.

Por estas razones se decidió focalizar en la búsqueda por aminorar los estados de agitación en personas con demencia leve o moderada.

El rol del cuidador en la detección del estado de agitación en una persona con demencia es fundamental.

Por lo general el familiar (cuidador informal) siempre es el mismo: “Entre las personas que realizan los cuidados informales a la persona dependiente habitualmente se puede diferenciar alguna con una mayor implicación y responsabilidad en los cuidados. Esta es conocida como cuidadora principal” (Roca, Blanco, 2007).

El cuidador pasa gran parte del día con la persona con demencia y está atento a todos sus comportamientos por lo tanto es la persona más apta para detectar comienzos de estados de agitación y afrontarlos.

Como sostienen Losada, Montorio, Izal, Márquez, (2006) la relación entre la persona con demencia y su cuidador es tan profunda e intensa que termina afectando psíquicamente al cuidador, al generar ansiedad, estrés y depresión.

De acuerdo con lo conversado en una entrevista abierta (ver anexo B) realizada a la diplomada en Psicogerontología, Desirée Ambielle ⁽⁵⁾, la mejor forma de detectar la ansiedad/agitación en un paciente con demencia es a través del estado de agitación del propio cuidador, que se estresa debido al estado del demenciante.

“En la mayoría de los casos, los cuidadores de las personas con trastornos cognitivos pueden anticipar los momentos de ansiedad y de agitación de la persona con demencia, por ser quien pasa a ser su YO. Desde simbolizar con la palabra cuando esta ya no está (afasia), como ser la memoria, cuando los olvidos están presentes repetidamente en la vida cotidiana. Es el cuidador quien pone la palabra; el símbolo lingüístico y

5 La técnica de la psicóloga D. Ambielle consiste en la psicoterapia con estimulación cognitiva, Psicología Integral. Lo que logra es estabilizar al paciente, analizar la repetición desde la teoría psicoanalítica, narra sus recuerdos, es “escuchado” desde un plano analítico, sosteniendo temores e inseguridades que aparecen específicamente en la primera etapa de la patología, los cuales son base de estados ansiosos. La estimulación cognitiva en el lenguaje, gnosias, praxias, y las distintas memorias mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente. Desde un plano biológico, se logra neuroplasticidad cerebral (conexión de redes neuronales), enlenteciendo el proceso degenerativo de la enfermedad, [psicológicamente] desde una perspectiva psicológica aumenta el disfrute, la alegría y la autoconfianza al ver que puede lograr realizar los ejercicios, confianza y sostén emocional. Estos momentos de bienestar del paciente repercuten en la familia de una forma positiva, ya que el humor y el estado de ánimo del mismo cambian mejorando notoriamente.

la memoria en la falta de recuerdo” (Ambielle, entrevista a profundidad, Junio 2017). Las manifestaciones del estado de agitación en una persona con demencia son repetitivos: “Siempre que esa persona se agite manifestará las mismas conductas, esto le permite al cuidador detectar los estados de agitación de forma más efectiva, si este ya reconoció previamente en otros episodios cuáles son los comportamientos que AM repite (por ejemplo un movimiento repetitivo del cuerpo, como temblor constante en el pie, rascarse, tocar una tela)” (Ambielle, entrevista a profundidad, Junio 2017).

A continuación se listan posibles síntomas conductuales de estados de agitación en los adultos mayores con demencia, con base en el ranking de detección de ansiedad en demencia construido por los doctores K. K. Shankar, M. Walker, D. Frost & M. W. Orell en su trabajo “The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia”, publicado online el 9 de junio de 2010.

			Puntaje
Preocupaciones	1	Preocupaciones acerca de su salud física	
	2	Preocupaciones sobre su desempeño cognitivo(perder la memoria, perderse al salir a la calle, incapacidad de seguir una conversación)	
	3	Preocupaciones sobre las finanzas, los problemas familiares, la salud de otros familiares	
	4	Preocupaciones por cosas superfulas (constantemente intentar llamar la atención acerca de temas triviales)	
	5	Preocupaciones con respecto a falsas creencias o percepciones	
Aprehensión y vigilia	6	Asustado y ansioso	
	7	Sensible a los sonidos (respuestas exageradas frente al ruido)	
	8	Problemas para dormir (para dormirse o para mantenerse dormido)	
	9	Irritabilidad (se enoja mas fácil que lo usual, reacciones temperamentales y enojadas)	
Tensión motora	10	Temblores	
	11	Tensión motora(quejas sobre dolor de cabeza u otras partes del cuerpo)	
	12	Comportamiento inquieto(movimiento constante de manos, no poder permanecer quieto o sentado, frotarse las manos o frotarse constantemente la ropa)	
	13	Fatiga o cansancio	
Respuestas involuntarias	14	Palpitaciones (quejas al respecto de aceleración en el ritmo cardíaco o taquicardias)	
	15	Boca seca (a excepción de cuando toma la medicación), malestar estomacal	
	16	Hiperventilación, sensación de corto de aire (aunque no esté haciendo ejercicio físico)	
	17	Mareos, aturdimiento (sensación de que se va a desvanecer)	
	18	Sudoración, temblores o escalofrío, estremecimiento o entumecimiento de dedos de manos y pies	
Fobias (miedos que son exclusivos, que no tiene sentido y tienden a evitar como miedo a las acumulaciones de personas, salir solos, estar en un cuarto pequeño o ser asustados por algún tipo de animal, alturas, etc). Describa			
Ataques de pánico (sentimiento de ansiedad o muerte que son tan fuertes que ellos piensan que van a morir o tener un infarto o simplemente tiene que hacer algo para detener la sensación, como inmediatamente dejar el lugar o llamar a un familiar). Describa			



En el marco de esta investigación, no se encontraron tratamientos específicos para los estados de agitación en demencia. Según Inmayores, el tratamiento más utilizado para la agitación es el farmacológico, principalmente con antipsicóticos y ansiolíticos, pero resulta una respuesta poco eficaz, con altas posibilidades de iatrogenia (alteración del estado, enfermedad o afección causada sin intención por el médico, los tratamientos médicos o los medicamentos).

Como complemento al uso de medicación se plantean terapias no farmacológicas. Según Olazarán, et. al., (2010) en su texto *“Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática”*, los resultados son positivos al respecto del uso de tratamientos no farmacológicos en personas con demencia, planteando la posibilidad de suplantar ciertas medicaciones.

La alternativa más recomendable es un tratamiento mixto, reduciendo el uso de fármacos y sumando terapias alternativas. Según Inmayores, el tratamiento mixto de los PSCD puede resultar el más favorecedor para el paciente, ya que el resultado de los tratamientos farmacológicos aislados no abarca todos campos de su comportamiento.

Se entiende que el aporte que se puede realizar desde Diseño al tratamiento de la agitación viene dado por la exploración de terapias no farmacológicas, con el objetivo de diseñar una actividad que aporte a la reducción de los estados de agitación en personas con demencia.

2.7 TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CONDUCTUALES EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA

Se define Terapia No Farmacológica (TNF) como “intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (Olazarán, Muñiz, 2009, p. 6). Se trata de terapias variadas, en general experimentales y multisensoriales, guiadas por especialistas que se adecuan a las necesidades puntuales de cada individuo.

Existe una variedad amplia de TNF que tratan distintos campos de rehabilitación de la persona con demencia (anexo II), no todos enfocados en aminorar la agitación.

Se seleccionaron TNF que muestran resultados en la reducción de la agitación en pacientes con demencia.

2.7.1 TERAPIA DE REMINISCENCIA

La terapia de reminiscencia se define como: “Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.)” (Olazarán y Muñiz 2009, p. 7). Para aplicarla se pueden utilizar distintos estímulos sensoriales autorreferenciales al AM, por ejemplo trabajar con fotografías, relatos, hechos históricos o melodías. Pero toda terapia de reminiscencia tiene un objetivo en común “[...] se trata de conseguir un sentido de integridad, de coherencia con la propia vida y no desesperar por la incapacidad de revivir de manera diferente para remediar aquello que le ha disgustado, logrando alcanzar la sabiduría; por tanto, la terapia de reminiscencia faciliten dicho proceso de integración a través del recuerdo autobiográfico” (González-Arévalo, 2015).

Las dinámicas utilizadas pueden ser tanto individuales como grupales (dos a seis participantes), siempre incluye un guía de actividad que lleva adelante la terapia planteada (Olazarán y Muñiz 2009). Puede tratarse un tema en particular, como en la terapia Tolson (6), una actividad semanal de 45 minutos guiada por expertos en la historia del fútbol, donde a través de esta temática se tocan cuatro temas estandarizados: la familia, la profesión, la fiesta y los juegos. También puede presentar temática libre como la metodología de Woods (7). Un programa de doce sesiones centradas en un tema diferente, incluyendo niñez, etapa escolar, trabajando la vida, el matrimonio, las vacaciones y los viajes.

Afonso, et. al., (2010) listan los siguientes beneficios de la reminiscencia.

- Funcionamiento social;
- Reducción de conductas problemáticas;
- Memoria - Relaciones familiares;
- Satisfacción y bienestar;
- Reducción de la desorientación;
- Reducción de la sintomatología depresiva;
- Lenguaje;
- Adaptación a las actividades del día a día.

Según Afonso, et al, (2010) la reminiscencia presenta resultados positivos en la mejora de la comunicación, la interacción y los comportamientos de personas con demencia, por tanto la terapia de reminiscencia resulta efectiva para mantener y mejorar los campos emocionales, la vida diaria y la memoria en personas con demencia.

6 Tolson D, Schofield I. Football reminiscence for men with dementia: lessons from a realistic evaluation. *Nurs Inq* 2012. 7 Woods R, Bruce E, Edwards R, Elvish R, Hoare Z, Hounsborne B, et al REMCARE. reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicenter randomised trial. *Health Technol Assess* 2012. Revisar, está confuso, entreverado, referenciarlo mejor..



2.7.2 MUSICOTERAPIA

La musicoterapia se define como “la utilización de la música y de todos sus elementos para trabajar los estados de ánimo, las necesidades físicas, emocionales y sociales de una persona” (Vidal, Terradas, Vila, 2015, p. 10).

Según Vidal, et. al., (2015), la musicoterapia se realiza en sesiones con el objetivo de generar canales de comunicación para que los AM mejoren su capacidad de relacionarse y por ende su humor. Recomiendan realizarlas en grupo, ya que los estimula a relacionarse entre ellos. También pueden realizarse individualmente, pero en ambos casos es necesario contar con un musicoterapeuta que guíe la actividad. Plantean que es preferible seleccionar músicas de su agrado, de las que los AM pueden recordar la letra, ya que la repetición es un elemento fundamental para obtener un resultado positivo.

Las sesiones planteadas por Vidal, et. al. (2015), presentan diferentes técnicas, entre ellas la de cantar, recitar los nombres de los miembros del grupo y recordar las letras de las canciones cantadas.

El estudio “¿Que aporta la musicoterapia al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer?” concluye en que la musicoterapia consigue reducir o calmar la agitación, la irritabilidad y la agresividad en personas con demencia.

2.7.3 TERAPIA BASADA EN INTERVENCIONES MULTISENSORIALES

“La estimulación multisensorial o Snoezelen es un método que estimula los sentidos mediante la luz, el sonido, el olfato y el tacto. El objetivo de la estimulación multisensorial es ejercer una influencia positiva sobre el bienestar de las personas mayores con demencia, aunque también se emplea para reducir el estrés de los cuidadores” (Van Weert, Bensing, 2009, p. 34).

La terapia planteada por van Weert, Bensing (2009) se compone de sesiones individuales o grupales, guiadas por expertos, que plantean actividades con distintos materiales de estimulación sensorial. Durante la sesión el AM recibe distintos estímulos sensoriales, con el objetivo de generar una mejora en la agudeza de los sentidos. Se propone el uso de tres salas (blanca, negra y aventura), dependiendo de las necesidades y características de la persona. Las salas pueden utilizarse de forma combinada, los elementos presentes en cada sala pueden variar dependiendo de las tecnologías utilizadas. La frecuencia y la duración de las sesiones dependen del experto que está a cargo de la actividad.

El concepto Snoezelen puede ser llevado a una escala hogareña, siempre y cuando se cumpla ciertos objetivos:

“La filosofía de intervención Snoezelen también se puede aplicar desde la cotidianidad, teniendo siempre presente las funciones que se pueden promover: promover la relajación, desarrollar la confianza en uno mismo, potenciar el autocontrol, incentivar la exploración y el desarrollo de capacidades creativas, establecer una buena comunicación con el personal que conduce la sesión, proporcionar una situación de ocio y bienestar,

incentivar la exploración y las capacidades creativas, promover en la persona la oportunidad de elegir, aumentar el nivel de concentración y de atención, y reducir las alteraciones de conducta” (Kwok, como se citó en Alonso, Shalock, 2010,p. 24).

Los casos analizados en la revisión bibliográfica: “*Terapia Snoezelen en demencia*” (Pérez, López, Moreno) concluyen en resultados positivos en el estado general de bienestar de la persona, así como en la reducción de agitación, apatía y comportamientos agresivos.

2.7.4 MASOTERAPIA

La masoterapia o masaje terapéutico es una terapia basada en las estimulaciones sobre el cuerpo, se define como “el arte científico y sistema de aplicación de deslizamientos (effleurage), fricciones, vibraciones, percusiones, amasamientos (pétrissage), estiramientos, compresiones o movimientos articulares pasivos o activos, dentro de la amplitud del movimiento fisiológico normal de las personas” (Fritz, como se citó en Ávila, Mansilla, 2015, p. 627).

La técnica descrita por Ávila, et. al. (2015), se centra en el amasamiento (pétrissage) que se lleva a cabo con contorsiones y tracciones de forma suave sobre la piel, aplicando distintas presiones. Se realiza en palma, dorso, dedos y muñecas.

También se puede realizar sobre la espalda. Además se aplica la técnica de effleurage superficial (técnica de desplazamiento con las manos, palma y pulpejos, de manera superficial sobre la piel de forma centrípeta). Principalmente se realizan masajes en manos y dedos, aunque también se pueden realizar sobre la espalda, cuello, hombros, brazos, antebrazos o cabeza.

La revisión realizada por los fisioterapeutas Carolina Barquilla Ávila y Juan Rodríguez-Mansilla, en el año 2015, recopila distintos estudios que sustentan la eficacia de los masajes terapéuticos y la posibilidad de que estos suplanten o reduzcan el uso de fármacos, para el tratamiento de la agitación en personas con demencia. La revisión plantea resultados positivos al respecto del uso de masoterapia en la reducción de la agitación en demencia, aunque no es concluyente. “Su aplicación sobre las extremidades superiores consigue disminuir significativamente 4 (agitación verbal, vagabundeo, agitación mental y resistencia a los cuidados) de los 5 síntomas que habían estudiado, persistiendo esta mejora en los 7 y 14 días posteriores a la intervención” (Ávila, Mansilla, 2015, p. 632).

Según Ávila, Mansilla, (2015) el masaje presenta mecanismos que activan áreas biomecánicas, neurológicas y fisiológicas, generando beneficios físicos como incremento de la circulación sanguínea, mejora en el flujo de oxígeno, etc. Además presenta beneficios en adultos con demencia, como inducir a una sensación de calma, reduciendo la incomodidad y la agitación, mejorando sus estados de ánimo. “En este aspecto, Snyder, et. al., en un estudio realizado en personas mayores, afirman que la aplicación del masaje aumenta la relajación y disminuye la frecuencia y la intensidad de los comportamientos agitados durante la intervención” (Ávila, Mansilla, 2015).



Luego de analizar las cuatro terapias tomadas como base y la entrevista con la psicogerontóloga Desirée Ambielle, se propone una actividad para permitirle al AMD desviar la atención del asunto que lo mantiene agitado, ofreciendo otro foco de interés centrado en el vínculo afectivo con su cuidador. La detección del estado de agitación y el planteamiento de la actividad es tarea del cuidador, al que se le brindará información primordial para guiarlo en este proceso.

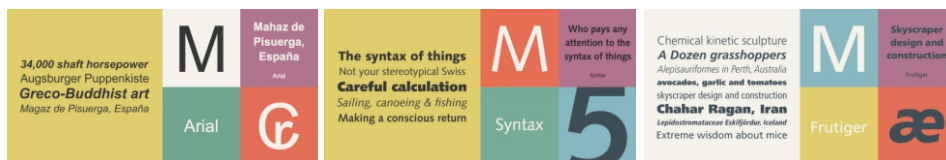
Para el diseño de dicha actividad se decidió tomar de cada terapia los factores que resultaron más aplicables a los alcances y limitaciones del vínculo cuidador-persona con demencia.

2.8 RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO SENSORIAL ENFOCADO EN ADULTOS MAYORES

VISTA



- El uso de tipografías en tamaños no menor a 12 pts. (4.2 mm de alto). Preferentemente sin serifo (san serif)



- Se recomienda un mínimo de contraste entre un elemento y su fondo de 50:1. Por ejemplo entre un texto y el fondo de este. La recomendación independiente de la paleta cromática es acentuar los contrastes. Los colores más eficaces son los azules y los verdes oscuros



- Se pueden utilizar: las luces de colores suaves, caleidoscopios, pinturas de colores, objetos brillantes que cuelgan en la ventana o incluso fuera, y reflejan los rayos del sol; vidrios de colores, espejos que reflejan la luz entrante del sol.
- Evitar el uso de luces brillantes y las luces que se mueven o parpadean de forma rápida, ya que pueden causar confusión y exceso de estimulación.

OÍDO



- Se recomienda entre 500 Hz 700 Hz porque es la frecuencia audible para personas con pérdida natural de audición.
- Se recomienda el uso de sonidos relajantes y de la naturaleza también instrumentos musicales

TACTO



- Se pueden utilizar texturas con distintos rugosidades, acabados o temperaturas.
- Se recomienda incorporar la vibración como estímulo táctil.
- También acariciar a la persona con la yema de los dedos o brochas de cerdas suaves, ya que es el sentido que se vincula más a la parte afectiva.
- Se pueden mezclar texturas o generarlas con la suma de objetos (por ejemplo varias canicas o semillas)
- La recepción táctil es la que presenta menos pérdida con el avance de la demencia y se relaciona directamente con la relajación.

OLFATO

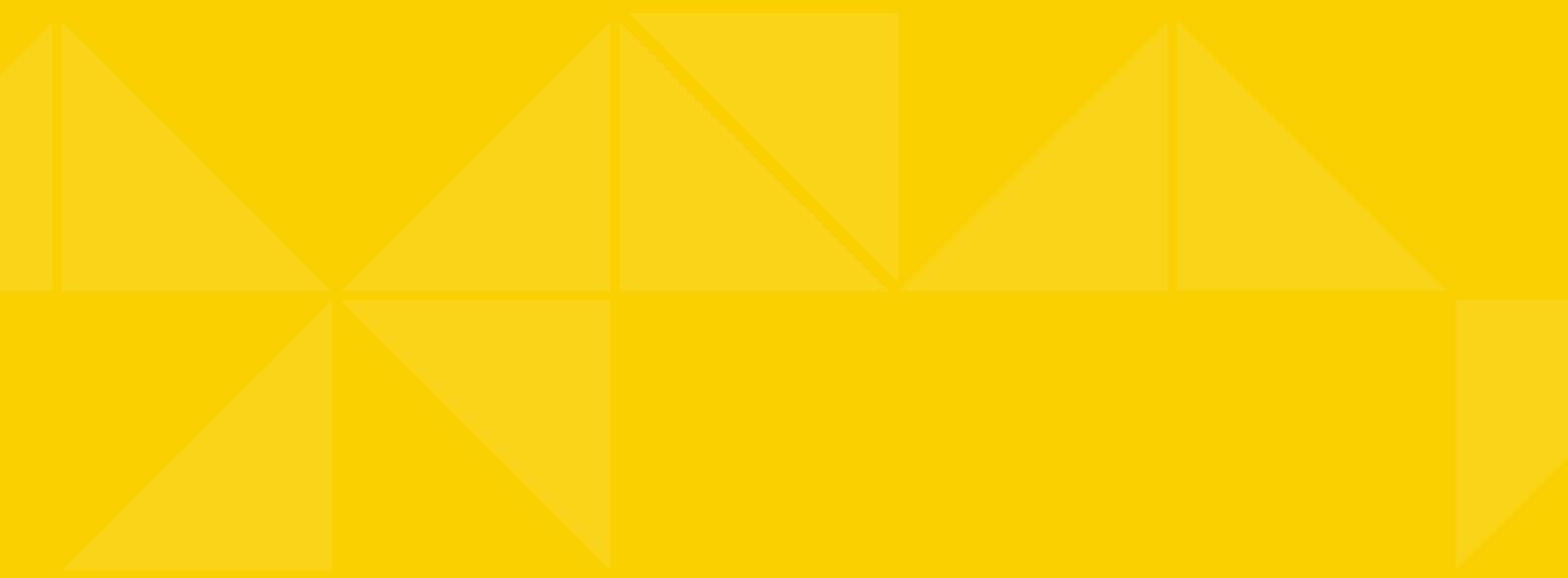


- Se pueden utilizar aromas como la lavanda que es calmante y equilibra las emociones, la melisa que es relajante y menta que disminuye la distracción.
- También la utilización de olfato como objeto de reminiscencia.





DESARROLLO DE LA PROPUESTA METODOLÓGICA







3.1 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA METODOLÓGICA

En este capítulo se presenta la perspectiva adoptada en cuanto a métodos, técnicas y procedimientos empleados para el estudio y concreción del presente trabajo.

En donde se puede diferenciar dos momentos diversos, uno que se denominó de estudios exploratorios y otro de proceso proyectual propiamente dicho.

Para llevar adelante el estudio exploratorio se trabajó desde un enfoque cualitativo, recabando y triangulando información de diferentes fuentes, a saber lectura de bibliografía sobre el adulto mayor y la demencia, centrándose particularmente en el contexto local. Se realizaron entrevistas con personas calificadas, dirigidas a diferentes aspectos clínicos y sociales que hacen a la vida del adulto mayor, y en particular al adulto mayor con demencia. A su vez, se realizaron observaciones de adultos mayores, focalizando el análisis en tres puntos neurálgicos:

- los vínculos que se generan entre el adulto mayor con demencia y entorno,
- sus actividades cotidianas y terapéuticas.
- las características propias del entorno y las actividades que realizan en dichos espacios (los modos de establecer vínculos, en sus actividades tanto cotidianas como terapéuticas)

Los resultados de la investigación exploratoria formaron parte de los inputs del proceso proyectual, generando el concepto de producto a desarrollar. De modo que se establecieron las condiciones priorizadas en la etapa anterior como pertenecientes al dispositivo, que se iría desarrollando en un balance entre iteraciones y entregas modelizadas.

Durante el proceso proyectual se confeccionaron diferentes figuras de análisis, fichas de producto, mapas de usuarios, mapas de contextos, diagrama de actividades, listado de requisitos y simuladores de la propuesta (bocetos, maquetas, modelos de control).

Se conformó un equipo referente para interactuar durante el desarrollo del proyecto, sus iteraciones y sus “entregas”, integrado por una psicóloga, una neuróloga, una diseñadora industrial y dos enfermeras focalizadas en el trabajo con personas con demencia, con quienes se realizaron los monitoreos constantes de los desarrollos del dispositivo y de las actividades. Se realizaron estudios en territorio (trabajo de campo) aparte de las ya mencionadas observaciones, también de testeos y validaciones, que aportaron tanto a la investigación exploratoria como al proceso proyectual.

A continuación se exponen las herramientas y actividades utilizadas.

LISTADO DE ACTIVIDADES	FINALIDADES
<p data-bbox="188 472 874 566">APROXIMACIÓN A LA TEMÁTICA</p> <ul data-bbox="188 566 874 719" style="list-style-type: none"> - Relevamiento de bibliografía especializada. - Consultas a informantes calificados 	<p data-bbox="900 472 1527 719">Conocer las características generales de los AMD y su entorno, profundizando al respecto de los SPCD y sus posibles tratamientos.</p>
<p data-bbox="188 743 874 837">RELEVAMIENTO DEL MERCADO EXISTENTE</p> <ul data-bbox="188 837 874 1128" style="list-style-type: none"> -Relevamiento de objetos para personas con demencia existentes en el mercado. -Realización de mapas de universo de productos - Análisis usuario-producto-actividad contexto (UPAC) de productos seleccionados 	<p data-bbox="900 743 1527 1128">Obtener un panorama general del mercado local e internacional con el que el diseño a realizar convivirá. Contar con un análisis de las características de dichos objetos y oportunidades de diseño que se puedan observar. A su vez obtener un análisis de las interacciones de los diversos subgrupos de objetos analizados.</p>
<p data-bbox="188 1153 874 1247">RELEVAMIENTO DEL USUARIO META</p> <ul data-bbox="188 1247 874 1400" style="list-style-type: none"> - Sesiones de aproximación al usuario (Guía de focos de observación para la primera aproximación a la institución 1) 	<p data-bbox="900 1153 1527 1400">Observar cómo el AMD se vincula con las personas, objetos y entornos de una actividad planteada, para conocer necesidades y limitaciones</p>
<p data-bbox="188 1424 874 1554">ANÁLISIS DE CONTEXTOS COTIDIANOS DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA</p> <ul data-bbox="188 1554 874 1635" style="list-style-type: none"> - Análisis de contextos cotidianos del AM 	<p data-bbox="900 1424 1527 1635">Contar con las características de los contextos cotidianos que habita el AMD, para obtener requerimientos para el diseño.</p>



3.1.1 APROXIMACIÓN A LA TEMÁTICA

3.1.1.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ESPECÍFICA SOBRE LA TEMÁTICA

Se realizó un relevamiento de bibliografía presente en:

- Google academics,
- Biblioteca de Psicología de la Universidad de La República,
- Biblioteca de Escuela Universitaria Centro de diseño de la Universidad de La República, Biblioteca de Medicina de la Universidad de La República,
- Colibri, repositorio institucional de la Universidad de la República

Al respecto de la situación del adulto mayor con demencia en Uruguay, agrupando las siguientes subtemáticas:

- El adulto mayor en Uruguay, características sociales y demográficas;
- El adulto mayor y su entorno;
- Demencia como síndrome, aspectos médicos y sociales;
- Síntomas psicológicos conductuales en demencia;
- Agitación como síntoma de la demencia;
- El rol del cuidador informal de personas con demencia;
- Terapias no farmacológicas para la reducción de la agitación en demencia.

Se seleccionaron los 10 textos más relevantes, con el objetivo de brindar un panorama general de la situación del adulto mayor con demencia en Uruguay. Se confeccionaron fichas bibliográficas.(ver apéndice A)

ESTRUCTURA DE FICHA UTILIZADA PARA EL RELEVAMIENTO BIBLIOGRÁFICO.

La estructura de la ficha bibliográfica se conformó tomando como referencia el ejemplo de ficha propuesta por Andrea Saltzman, en su libro El cuerpo diseñado, sobre la forma en el proyecto de la vestimenta.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

TÍTULO DEL TEXTO

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO

Se debe recordar a manera de proposición la idea central del texto. Es importante resaltar que en ocasiones esta idea puede estar explícita en el texto, y en otros casos ser desarrollada a lo largo del mismo.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO

Son los elementos más importantes del texto. Son las ideas principales que sostienen los autores. En la ficha pueden ser expresadas en palabras propias o ser una copia literal del texto

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO

Aquí se consignan las dudas o inquietudes que le al lector al leer el texto y que no estén resueltas en el mismo surgen

PROPÓSITO DEL AUTOR

Es la intención comunicativa del texto. Hace referencia a cómo el autor argumenta, critica y expone sus ideas, y con qué propósito lo hace.

APORTES DEL TEXTO

Se mencionan los conocimientos y la información que fue nueva para el lector.

POLÉMICAS

Se considera polémica a las discrepancias que tiene el autor con un tema específico. Estas pueden estar implícitas.

TOMA DE POSICIÓN

omar una postura crítica frente al texto leído. Comentario biográfico y bibliográfico del autor del texto. Sirve para orientarnos acerca de la trayectoria y la vida del autor.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE

Términos y definiciones que son sumamente relevantes en el texto y que pueden resultar desconocidos para el lector. Se anotan las palabras desconocidas (con su respectivo significado), como las definiciones presentadas por el autor en el texto.

n° de
ficha



3.1.1.2 CONSULTAS A INFORMANTES CALIFICADOS

Se seleccionaron las áreas de conocimiento relevantes para dicha investigación, que se desprenden de las fichas bibliográficas realizadas:

- Aproximación patológica de la demencia (Geriatría, Neurología, Neurogerontología);
- Aproximación psicológica de la demencia (Psicología, Psicogerontología, Psiquiatría);
- Aproximación social de la demencia (cuidadores formales, cuidadores informales, personas a cargo de instituciones).

Se denominan informantes calificados a los individuos formados en el las singularidades de las personas con demencia y las herramientas para mejorar su calidad de vida.

Se plantearon entrevistas abiertas, con guías de preguntas específicas para cada informante. Las guías se confeccionaron con base en cuestionamientos que surgen durante la investigación.

Se registró la información brindada a través de grabaciones de audio y registro escrito, y se confeccionan fichas con la información pertinente obtenida de cada una de las entrevistas. (ver apéndice B)

CONSULTAS A INFORMADOS CALIFICADOS

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____

FECHA: _____

TIPO DE ENTREVISTA: _____

TEMATICAS DE INTERÉS DE LA ENTREVISTA

CONCEPTOS DESTACADOS DE LA ENTREVISTA



3.1.2 ANÁLISIS DE PRODUCTOS EXISTENTES

3.1.2.1 RELEVAMIENTO DE OBJETOS ENFOCADOS EN PERSONAS CON DEMENCIA, EXISTENTES EN EL MERCADO

Se realizó un relevamiento en:

- Tiendas de dispositivos ortopédicos y asistencia médica en Montevideo, Uruguay;
- Sitios locales de venta online;
- Sitios internacionales de venta online;
- Buscadores online.

Bajo las siguientes búsquedas:

- “Dispositivos para personas con demencia”;
- “Juegos para personas con demencia”;
- “Actividades para personas con demencia”;
- “Estimulación sensorial para personas con demencia”;
- “Dispositivos preventivos para personas con demencia”;
- “Dispositivos para Síntomas Psicológicos y Conductuales en personas con demencia”;
- “Dispositivos relajantes para personas con demencia”;
- “Dispositivos cognitivos para personas con demencia”.

Se seleccionaron los dispositivos utilizados específicamente por personas con demencia.

Se confeccionaron fichas de producto como instrumento de registro del relevamiento. (ver apéndice C)

FOTO

DESCRIPCIÓN
Descripción detallada del objeto

OBSERVACIONES
Características puntuales del producto a tener en cuenta

NOMBRE DEL PRODUCTO

1

TIPOLOGÍAS SELECCIONADAS

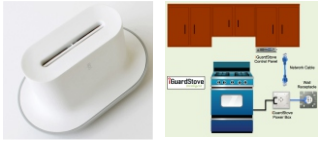
- G** Productos que planteen una actividad grupal
- I** Productos que planteen una actividad individual
- S** Productos que planteen una actividad de estimulación sensorial, involucrando dos o más sentidos

- R** Productos que planteen una actividad con enfoque recreativos / ocio
- P** Productos que planteen una actividad preventiva de distintos factores de riesgos, generados por la demencia

ANÁLISIS DE TIPOLOGÍAS PRESENTES EN FICHAS DE PRODUCTO

Se presentan los objetos analizados, agrupados según subcategorías conformadas por la combinación de tipologías:

P



I S



I R



I P



G R
I



G S
R



I S
R



G S
I R





ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS PATRONES DE TIPOLOGÍAS PRESENTES LAS FICHAS DE PRODUCTO

A continuación se presenta la frecuencia de aparición de cada tipología seleccionada en cada producto:

17	I
5	G
12	S
13	R
7	P

FRECUENCIA DE 1 TIPOLOGÍAS

3	I	G
12	I	S
11	I	R
4	I	P
4	G	S
5	G	R
0	G	P
0	R	P
0	S	P

FRECUENCIA DE 2 TIPOLOGÍAS

1	I	G	S
2	I	G	R
0	I	G	P
9	I	S	R
0	I	S	P
0	I	P	R
4	G	S	R
0	G	S	P
0	G	P	R
0	S	P	R

FRECUENCIA DE 3 TIPOLOGÍAS

1	I	G	S	R
0	I	G	S	P
0	I	S	P	R
0	G	S	R	P

FRECUENCIA DE 4 TIPOLOGÍAS

0	I	G	S	R	P
---	---	---	---	---	---

FRECUENCIA DE 5 TIPOLOGÍAS

INFORMACIÓN RELEVANTE

- La mayoría de los dispositivos analizados son individuales;
- Cinco de veintiún dispositivos permiten actividades grupales;
- Trece dispositivos son recreativos;
- Más de la mitad de los objetos son de estimulación sensorial; La combinación más presente es la de dispositivos individuales, recreativos y de estimulación sensorial;
- Los dispositivos preventivos analizados son individuales;
- Los dispositivos preventivos analizados no son recreativos ni de estimulación sensorial;
- Hay tres objetos grupales que permiten el uso individual;
- Hay solo un objeto que agrupa cuatro características;
- Ninguno agrupa las cinco características;
- Todos los dispositivos de estimulación sensorial contemplan el uso individual (uno solo de ellos plantea además la alternativa de uso grupal).



Eje X

INTERFASE + ACTIVA: Hace referencia a dispositivos que plantean actividades que requieren mayor cantidad de interacciones de parte del usuario.

INTERFASE - ACTIVA: Hace referencia a dispositivos que plantean actividades que requieren menor cantidad de interacciones de parte del usuario.

OBSERVACIONES

Un grupo mayor de dispositivos abarcando la totalidad del cuadrante interfase-activa/recreativo.

Un grupo menor de dispositivos en el cuadrante preventivo/interfase -activa, focalizado en su extremo máximo.

Tres dispositivos en el cuadrante de interfase + activo/recreativo.

Ningún dispositivo en el cuadrante preventivo/interfase + activa.

SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL MAPA DE UNIVERSO

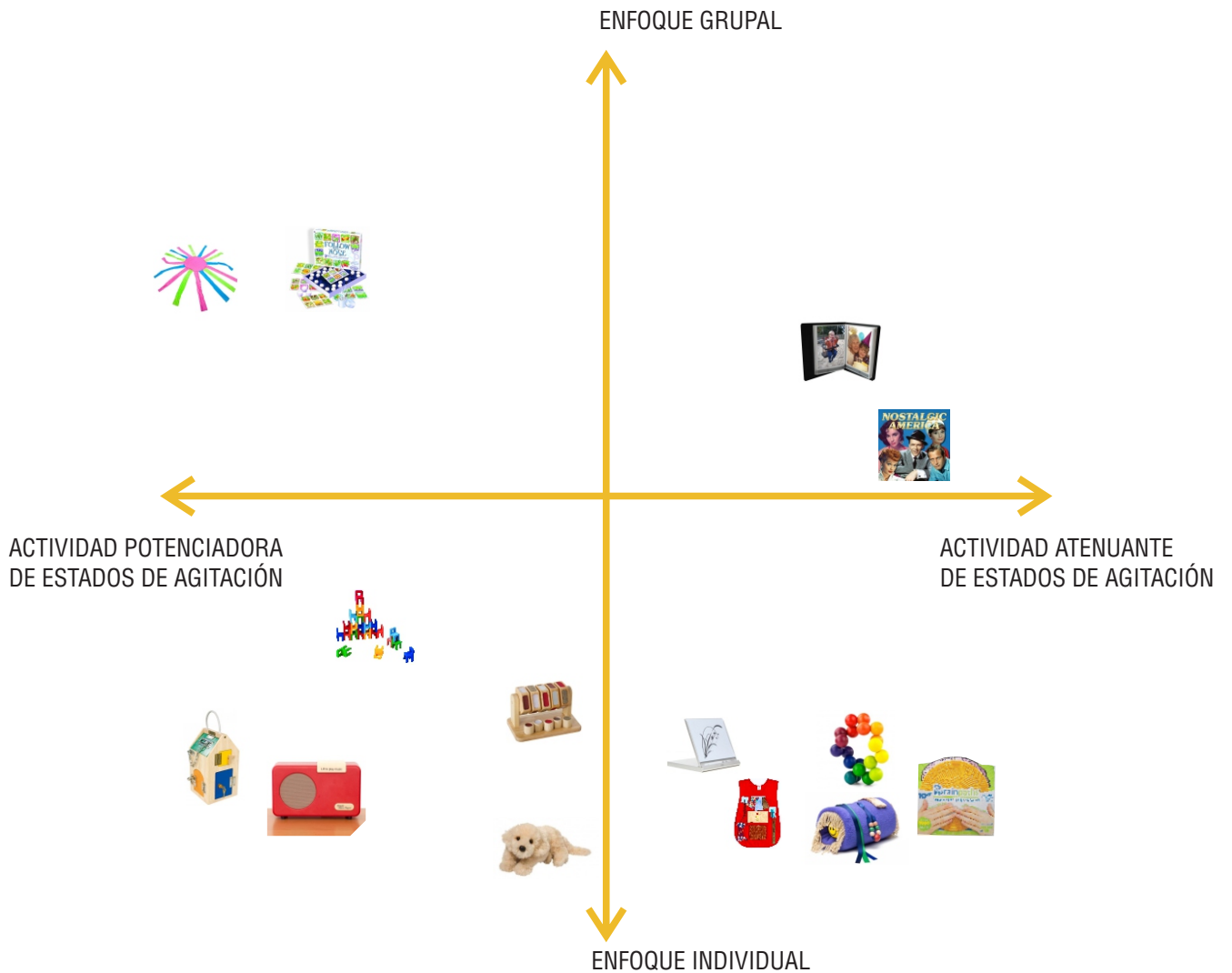
Existe un nicho de mercado en dispositivos que plantean actividades de alta vinculación del adulto mayor.

El universo de los dispositivos recreativos se encuentra más explorado y diverso con respecto a otros analizados en el mapa, aunque en su mayoría plantean actividades con pocas interacciones por parte del usuario.

El universo de los dispositivos preventivos presenta escasa o nula interacción con el usuario.

MAPA 2

Para la realización del siguiente mapa se seleccionaron los objetos que se encontraban en los cuadrantes recreativos/de ocio del mapa 1, ya que el grupo seleccionado presenta una interacción mayor con el usuario, haciéndolos relevantes para analizar bajo los ejes utilizados en este mapa.



DESCRIPCIÓN DE LOS EJES UTILIZADOS

Eje Y:

ENFOQUE GRUPAL: Hace referencia a dispositivos que presentan, en mayor o menor escala, la oportunidad de interacción entre dos o más personas.

ENFOQUE INDIVIDUAL: Hace referencia a dispositivos que plantean, en mayor o menor escala, actividades de interacción individual.



Eje X:

ACTIVIDADES POTENCIADORAS DE ESTADOS DE AGITACIÓN: Hace referencia a las dinámicas planteadas en los dispositivos, que en mayor o menor escala, podrían fomentar estados de agitación en personas con demencia.

ACTIVIDADES ATENUANTES DE ESTADOS DE AGITACIÓN: hace referencia a las dinámicas planteadas en los dispositivos, que en mayor o menor escala, podrían atenuar o prevenir estados de agitación en personas con demencia.

OBSERVACIONES

Se observa una mayor cantidad de dispositivos en los cuadrantes de enfoque individual, que se encuentran repartidos en partes iguales en ambos cuadrantes del eje X.

Se observa una aglomeración de dispositivos en el extremo inferior del eje Y del cuadrante enfoque individual/actividades atenuantes de estados de agitación.

Existen dispositivos en todos los cuadrantes.

No se observan dispositivos en los extremos de enfoque grupal ni de atenuantes de estados de agitación.

SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL MAPA DE UNIVERSO

No se encontraron dispositivos específicos para la reducción de la agitación.

Solo hay dos dispositivos que requieren utilizarse en grupo, pero las actividades plateadas resultan demasiado estimulantes para el adulto mayor con demencia, lo que puede ser contraproducente para controlar la agitación.

Los dispositivos que plantean actividades atenuantes de estados de agitación en su mayoría son de uso individual.

Los dispositivos analizados que plantean actividades, consideradas en mayor escala, atenuantes de estados de agitación utilizan recursos de terapias no farmacológicas para el tratamiento de PSCD.



SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL MAPA DE UNIVERSO

No se encontraron dispositivos que utilicen diversidad de sentidos (en su mayoría estimulan dos sentidos, en un solo caso se estimulan más de dos), por ende se entiende que el universo de los dispositivos analizados no explora la multisensorialidad.

Los dispositivos analizados en muchos casos manejan el binomio tacto-vista, en pocos casos se utiliza el movimiento o el sonido.

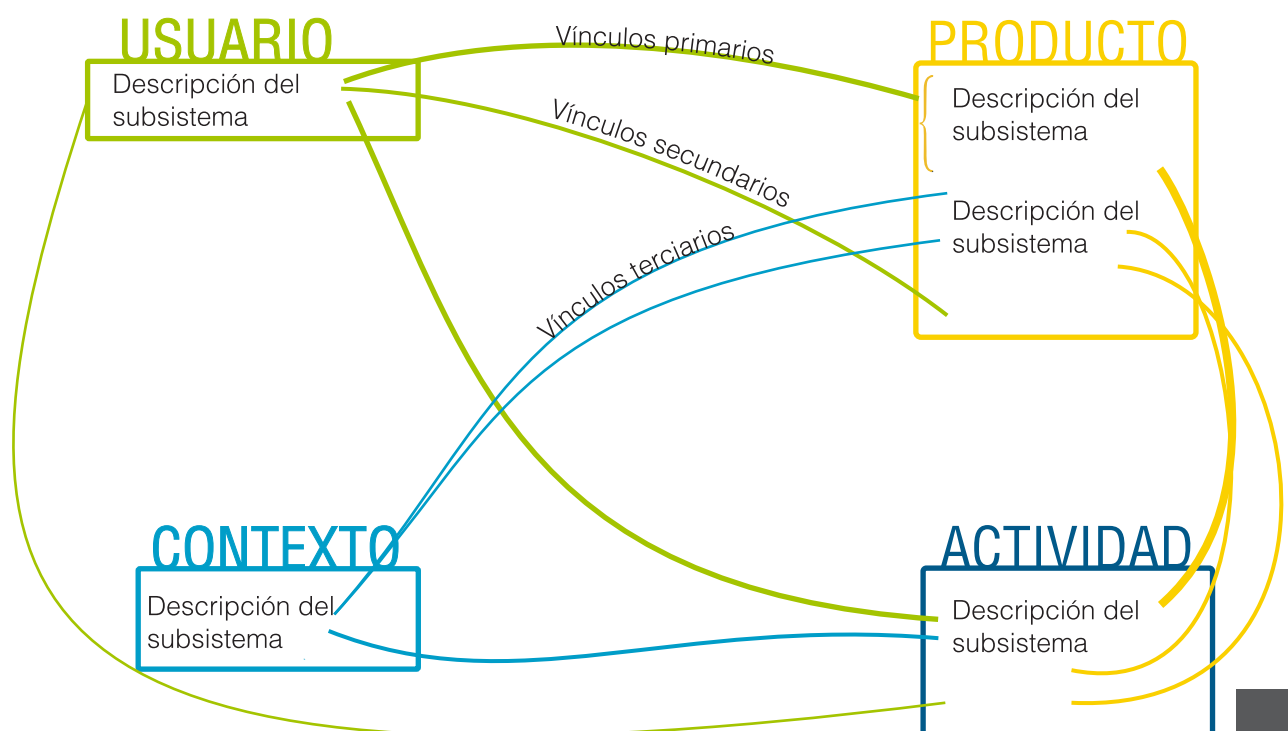
Cuanto más multisensorial se tornan los dispositivos, menos instintivos resultan para el usuario, esto se debe a que complejiza la actividad con el fin de sumar estímulos sensoriales.

3.1.2.3 ANÁLISIS USUARIO -PRODUCTO- ACTIVIDAD - CONTEXTO (UPAC) DE OBJETOS SELECCIONADOS

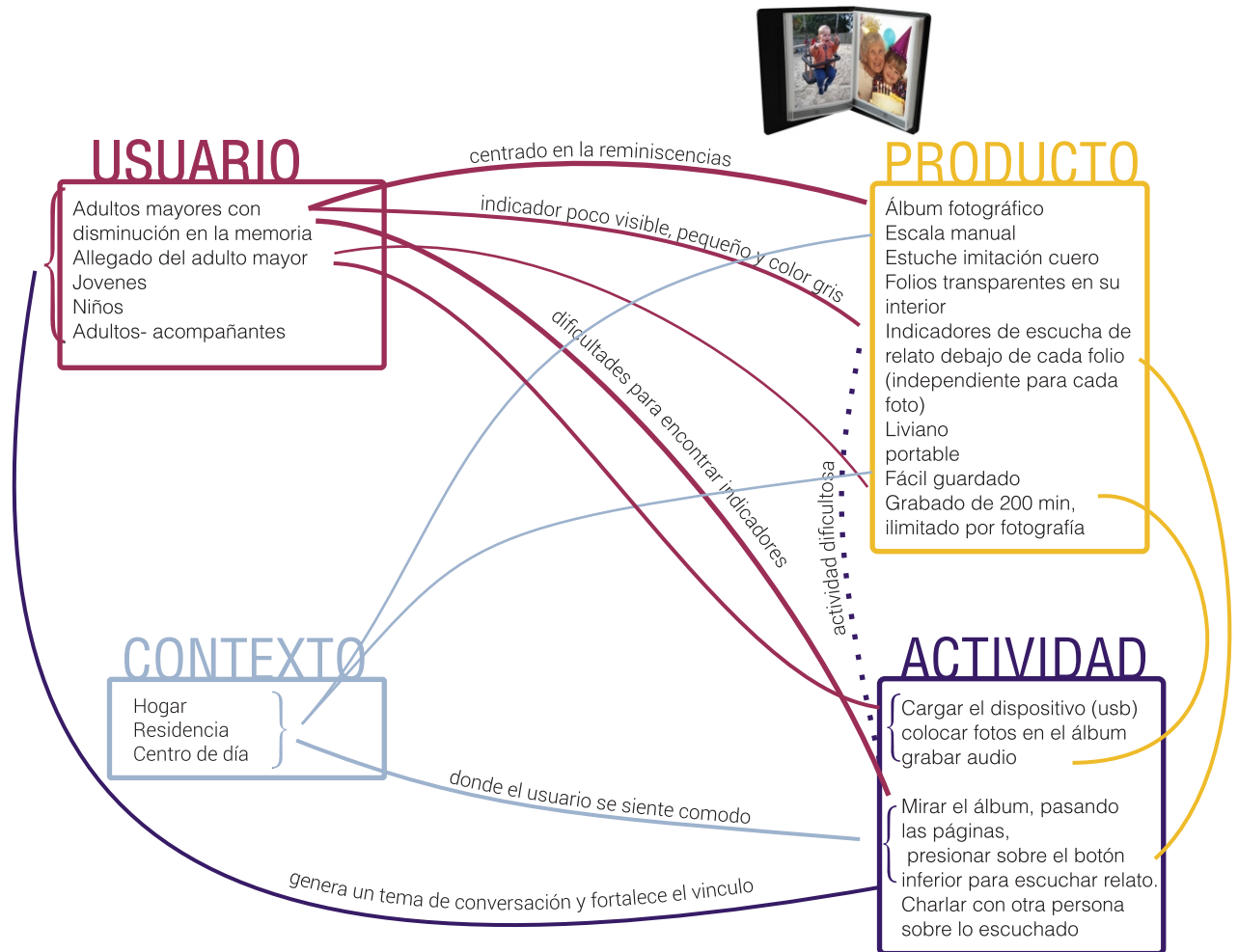
Se seleccionaron cuatro objetos representativos de los siguientes grupos basados en los puntos de interés para el diseño a realizar:

- Objeto de estimulación cognitiva;
- Objeto de estimulación sensorial;
- Objetos que plantean actividades vinculares;
- Objetos que contemplan terapias no farmacológicas analizadas;

Se utiliza como instrumento en análisis UPAC utilizado en la Cátedra de Ergonomía de la EUCD.



UPAC 1: OBJETO QUE CONTEMPLA TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS



LECTURA DEL UPAC 1

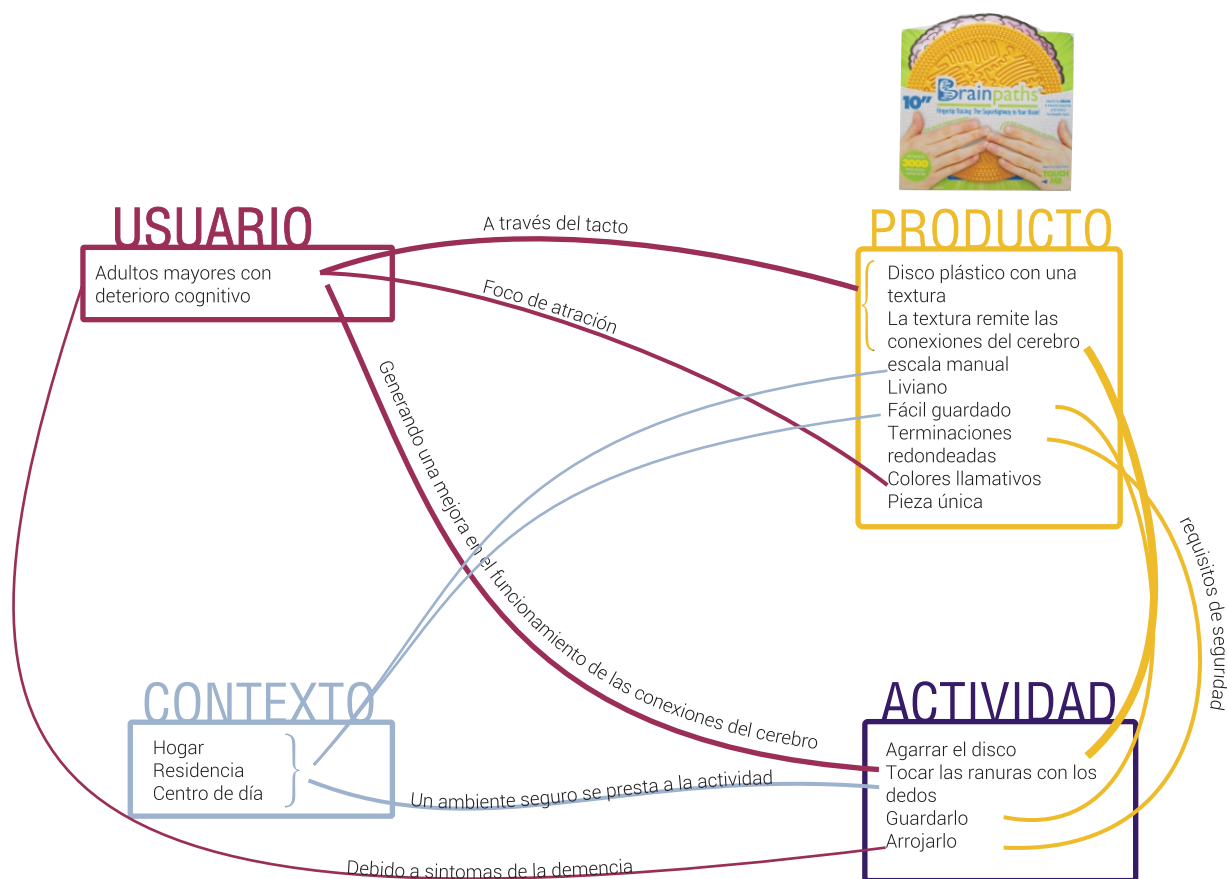
Los indicadores pequeños y poco visibles generan dificultad a la hora de manipular el dispositivo.

El dispositivo plantea una actividad centrada en la reminiscencia que fomenta la comunicación sobre un tema de interés para los usuarios y favorece al vínculo entre la persona con demencia y su acompañante.

La actividad, al realizarse en un entorno conocido para la persona con demencia, favorece a que este se sienta seguro.



UPAC 2: OBJETO DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL



LECTURA DEL UPAC 2

Se observan terminaciones redondeadas que favorece la seguridad del usuario a la hora de manipularlo.

Una actividad que, debido a su forma, favorece la estimulación de las conexiones neurológicas del cerebro.

El color amarillo puede resultar llamativo para el AMD.

Un ambiente seguro para el usuario en el que se pueda concentrar en la actividad realizada.

Se utiliza uno de los sentidos para estimular cognitivamente al usuario.

Al ser una pieza única que no presenta una secuencia de uso dirigida, el usuario puede utilizarlo de la forma que desee y el dispositivo es funcional de todas formas.

UPAC 3: OBJETO VINCULAR



LECTURA DEL UPAC 3

Plantea una actividad vincular en las que los dos usuarios juegan por igual, con las mismas reglas y las mismas condiciones.

Al tener varias piezas de pequeño tamaño, puede resultar peligroso para el usuario, si realiza actividades no deseadas, como colocárselo en la boca o la nariz. Por eso se observa que debería contar con la supervisión de un acompañante.

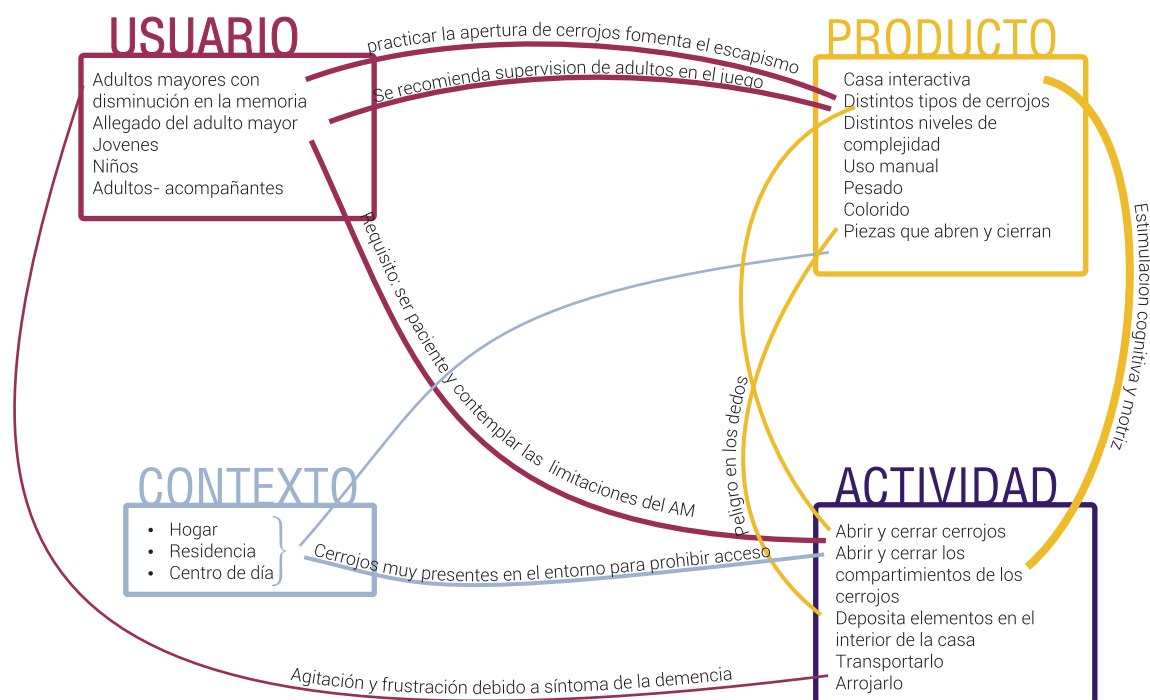
Presenta instrucciones de uso con varios pasos, que puede generar dificultades en el entendimiento del adulto mayor.

El juego plantea una dinámica en la que finalmente se obtiene un ganador, esto puede generar frustración en el adulto mayor, lo que puede desencadenar en un estado de agitación.

Se estimula sensorialmente al usuario con varios sentidos a la vez (vista, olfato, oído), lo que puede generar sobrecarga y confusión.



UPAC 4: OBJETO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA



LECTURA DEL UPAC 4

Se observan terminaciones vivas que pueden generar riesgos en el AMD a la hora de manipularlo.

Al presentar actividades con un fin (abrir el cerrojo), puede generar frustración y por ende agitación en el AMD si no logra resolver la actividad planteada.

Entrenar la motricidad para abrir cerrojos, que luego se encuentran en lugares del entorno como medio de prohibición a ciertos accesos, puede resultar peligroso para el AMD.

Se observan formas figurativas que pueden remitir a juguetes infantiles.

3.1.3 ANÁLISIS DE USUARIO META: PERSONA ADULTA MAYOR CON DEMENCIA

3.1.3.1 SESIONES DE APROXIMACIÓN AL USUARIO.

Se plantean dos instancias de aproximación al usuario, a través de visitas previamente acordadas a una institución donde se realizan talleres diurnos para personas con demencia.

Ambas instancias plantean propósitos específicos, pero el propósito general que las agrupa es observar a las personas con demencia realizando diversas actividades, tomando nota de ciertos comportamientos de relacionamiento con sus compañeros y cuidadores, sin intervenir en sus actividades.

También se realizan anotaciones con respecto al entorno, que luego servirán para el análisis de contexto.

Para el relevamiento de la información se generan tantas unidades de observación como personas presentes (ver apéndice D). Se les asignan nombres hipotéticos para facilitar la identificación.

Para llevar a cabo la actividad, se diseñó una guía (ver apéndice D), compuesta por puntos de observación, hipótesis y cuestionamientos.

INSTANCIA DE APROXIMACIÓN 1

PROPÓSITOS:

Visualizar y analizar los siguientes contactos: visual, verbal y físico de las personas con demencia leve o moderada en una actividad cognitiva.

1. Contacto entre persona con demencia con persona con demencia;
2. Contacto persona con demencia con guía de actividad;
3. Contacto persona con demencia con grupo de investigación.

Tipo de observación: guiada sin interacción directa.

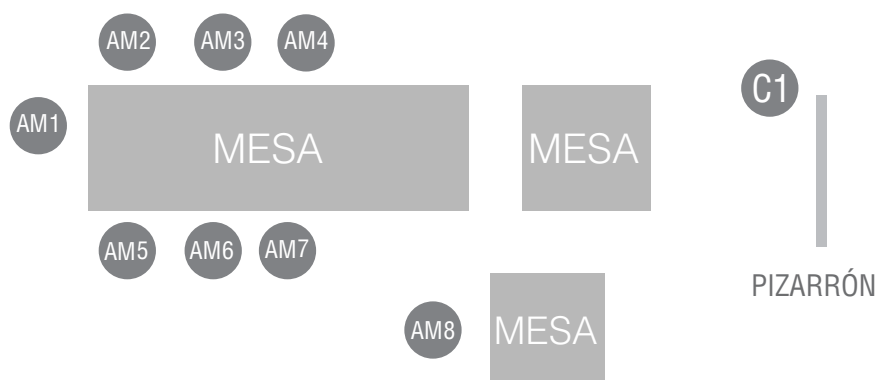
Tipo de registro: anotaciones personales.



ACTIVIDAD

La actividad planteada se lleva a cabo por el equipo de observación (EO) compuesto por dos personas.

El grupo con el que se trabajó estaba compuesto por 9 AM con demencia leve o moderada y 1 guía de actividad a cargo del grupo. Se encontraban sentados alrededor de mesas dispuestos como representa el diagrama.



SÍNTESIS DE LA INSTANCIA DE APROXIMACIÓN 1

El contacto visual entre los AM resultó escaso o nulo, en algunos casos se realizan comentarios pero no se extienden en conversaciones.

Algunas personas observadas se ríen y comparten algunos segundos de contacto visual, pero este no se extiende en el tiempo.

El contacto visual entre los AM y la guía de actividad, en la mayoría de los casos, es extenso, también se observa contacto físico de parte de la guía para con los AM (apoyando una mano sobre la espalda o pasándola sobre el brazo de AM).

Siempre que se observa contacto físico se acompaña con contacto visual, en algunos casos se acompañó de comunicación verbal.

El contacto visual con el grupo de investigación en la mayoría de los casos estuvo presente por lo menos en una ocasión. Por lapsos de no más de 3 segundos, algunos AM observaban más tiempo, también hubo algunos AM que realizaron preguntas con respecto a la actividad.

INSTANCIA DE APROXIMACIÓN 2

PROPÓSITO:

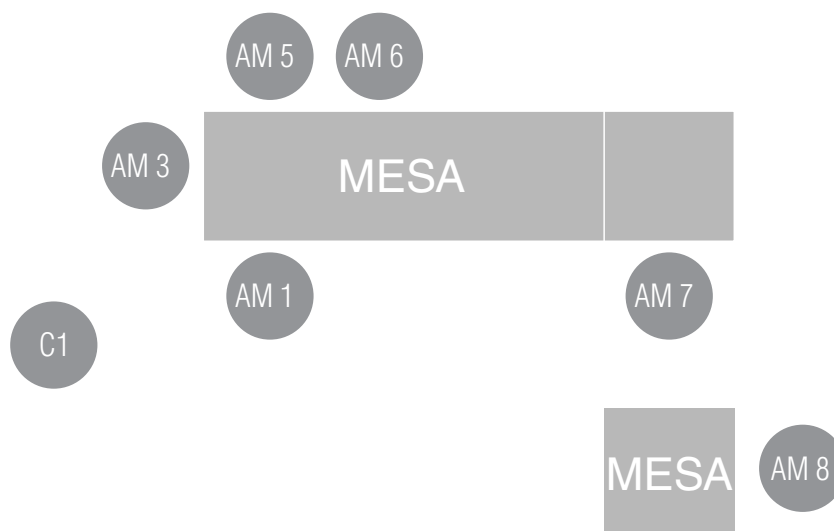
Observar las manipulaciones de los AM con los objetos que forman parte en una actividad centrada en la motricidad.

Verificar las observaciones obtenidas de la visita 1, con respecto al contacto físico, verbal y visual.

ACTIVIDAD:

La actividad planteada se lleva a cabo por el equipo de observación (EO) compuesto por 2 personas.

El grupo está compuesto por 6 mujeres presentes en la instancia de aproximación 1, agrupadas en tres mesas, como muestra el diagrama.



SÍNTESIS DE LA INSTANCIA DE APROXIMACIÓN 2

Se pudo comprobar lo planteado en la primera visita, el contacto visual entre los AM fue escaso a nulo.

Cuando se genera alguna situación inesperada, rápidamente hacen contacto visual con la cuidadora.

Sobre la manipulación se puede concluir que en su mayoría presentan alguna dificultad en la movilidad a la hora de utilizar distintos objetos.

Utilizan distintos tipos de agarre, en su mayoría agarre pinza, donde se observa la manipulación con los dedos, también se observaron agarres de contenedor.



3.1.4 ANÁLISIS DE LOS CONTEXTOS COTIDIANOS DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA

Se realiza un relevamiento de los entornos cotidianos para el adulto mayor:

- Hogar propio (se realiza el análisis basado en el hogar puntual de una persona con demencia);
- Residenciales (se realiza el análisis basado en la institución 2);
- Centros diurnos (se realiza el análisis basado en la institución 1).

Se analizan factores ambientales, las características y disposición de objetos que forman parte del entorno y los flujos de circulación de las personas en dichos espacios, en la búsqueda de limitaciones y requisitos para el diseño a realizar.

Se toma como insumo el análisis de factores ambientales de Cecilia Flores en su libro Ergonomía para el diseño.

ETAPA DE RECONOCIMIENTO			
Observación directa	Fotográfica	Entrevista	Video
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CROQUIS DEL RECORRIDO DE RECONOCIMIENTO			
FACTOR	FUENTE PRODUCTORA	DESENCADENANTES	
Temperatura			
Ventilación			
Ruido			
Iluminación			

ANÁLISIS DE CONTEXTO: CENTRO DIURNO

ETAPA DE RECONOCIMIENTO		
Observación directa	Fotográfica	Entrevista
■	□	■
		Video
		□
CROQUIS DEL RECORRIDO DE RECONOCIMIENTO:		
<p>Se realiza el análisis de factores ambientales sobre el área comedor 2 donde se realizó la actividad</p>		
FACTOR	FUENTE PRODUCTORA	DESENCADENANTES
TEMPERATURA	Equipo de aire acondicionado	Temperatura entre 22-24 grados, dentro del rango de Confort térmico* para el tipo de actividad .
VENTILACIÓN	1 ventana	Se encontraba cerrada, el ambiente se percibía confinado.
RUIDO	Conversaciones esporádicas	43 dBA valor máximo medido en el ambiente trabajado.
ILUMINACIÓN	Iluminación natural 3 luminarias en techo	La iluminación se percibía suficiente para que los AM realizaran las tareas manuales planteadas en esa actividad. Las luces puntuales del techo generaban una iluminación global e uniforme sobre la mesa .



ANÁLISIS DE CONTEXTO: RESIDENCIAL

ETAPA DE RECONOCIMIENTO

Observación directa



Fotográfica



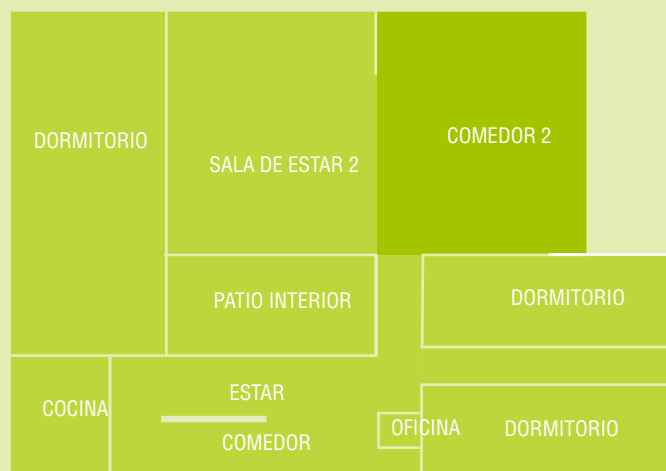
Entrevista



Video

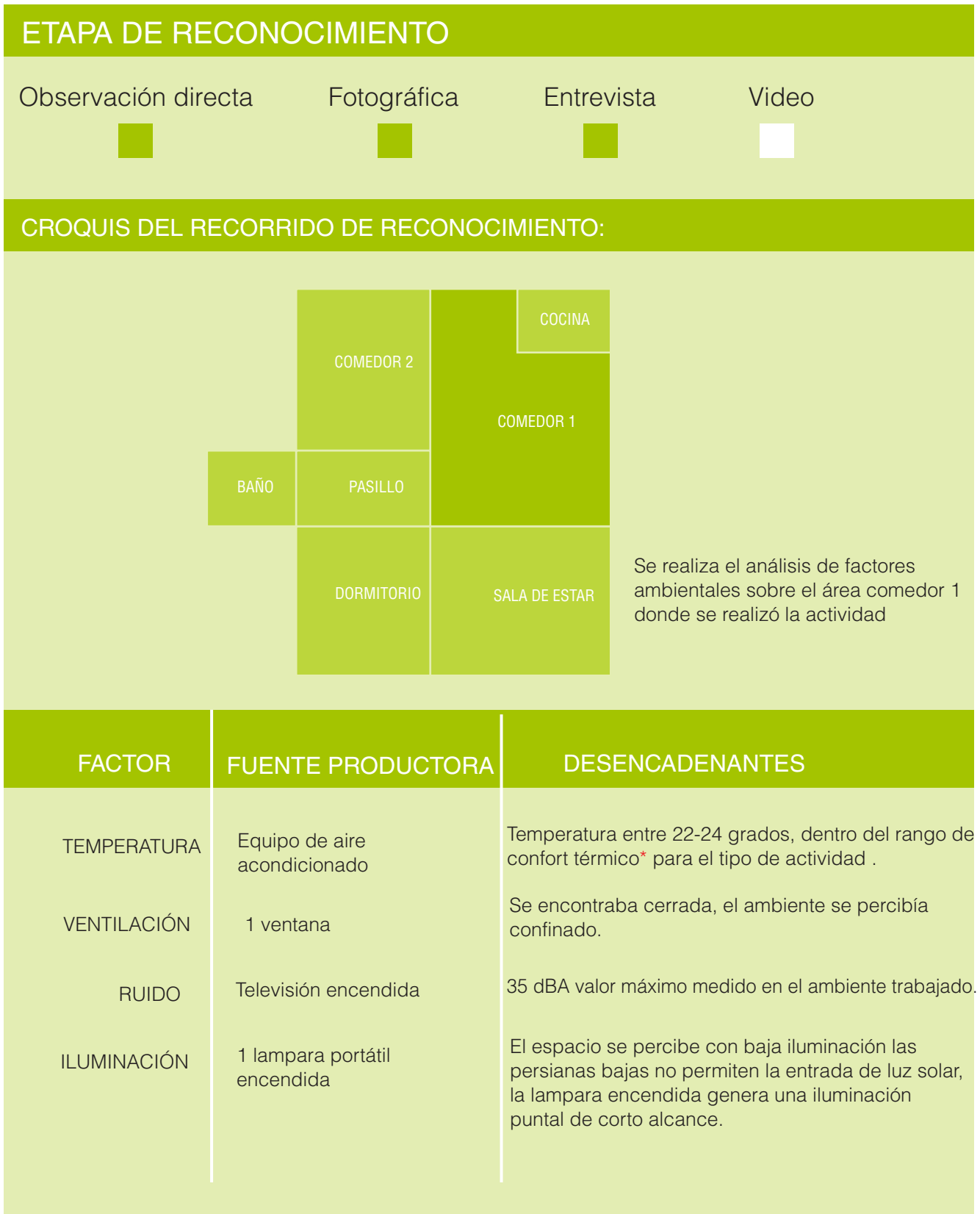


CROQUIS DEL RECORRIDO DE RECONOCIMIENTO:



FACTOR	FUENTE PRODUCTORA	DESENCADENANTES
TEMPERATURA	Equipo de aire acondicionado	Temperatura entre 22-24 grados, dentro del rango de confort térmico* para el tipo de actividad .
VENTILACIÓN	2 ventanas y una puerta ventana	Se encuentran cerradas, pero el espacio es amplio sin puertas y en el sector comedor una ventana se encuentra abierta, por ende no se percibe un espacio confinado
RUIDO	Personas transitando y conversando televisión encendida	72 dBA valor máximo medido en el ambiente trabajado.
ILUMINACIÓN	Luz natural, 2 tubo luz ubicados en el techo, sobre la mesa en la que se encuentran las personas	El espacio se percibe luminoso, los ventanales durante el día permiten el ingreso de luz natural. La iluminación se refuerza con 2 tubo luz de 1 metro de largo que generan una iluminación directa e uniforme sobre el sector donde se encuentran las personas, se pueden realizar tareas de exigencia visuales bajas.

ANÁLISIS DE CONTEXTO: VIVIENDA DEL AMD



IV

PROPUESTA DE DISEÑO



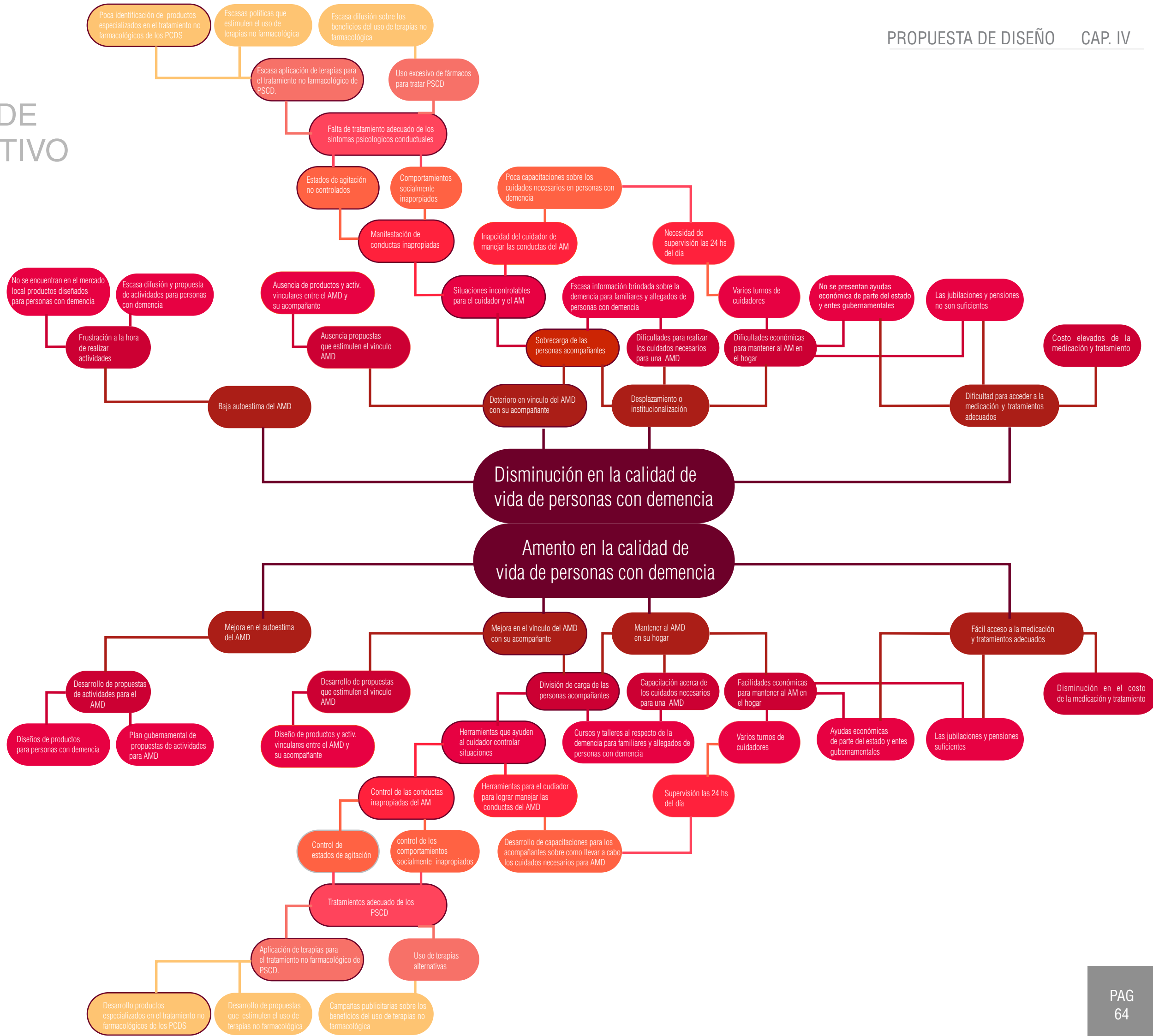




4.1 PROCESO DE DISEÑO ITERATIVO

4.1.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS Y SOLUCIONES

A continuación se presenta el siguiente diagrama, en el que se colocaron los diferentes factores causantes de la disminución en la calidad de vida de las personas con demencia y espejadas las posibles soluciones. Con el fin de conocer el universo de la problemática analizada.



4.1.2 LISTADO DE REQUISITOS DE PRODUCTO PARA EL DISEÑO A DESARROLLAR

REFERENTE A LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL	<p>Dispositivo de estimulación sensorial.</p> <p>Estimulaciones controladas que no fomenten estados de excitación.</p> <p>Control y orden de los estímulos sensoriales involucrados en la actividad.</p>
REFERENTE AL VINCULO	<p>Dispositivo que contemple la estimulación del vínculo afectivo.</p> <p>Actividad en la que el cuidador mantenga un rol secundario.</p> <p>Dispositivo que permita actividades autónomas por parte del AMD.</p>
REFERENTE A LA ACTIVIDAD	<p>Que plante una actividad relajante.</p> <p>Que plantee una actividad recreativa.</p> <p>Que plantee actividades manuales y creativas.</p> <p>Actividades que planteen dinámicas de las terapias no farmacológicas.</p> <p>Actividad que contemple el contacto físico en manos.</p> <p>Pocas y claras instrucciones, tendiendo a la intuición.</p> <p>Actividad que no fomente la competencia.</p> <p>Incluir instancias motivacionales.</p> <p>Instrucciones entendibles para el usuario cuidador.</p>
REFERENTE AL DISPOSITIVO.	<p>Materiales resistentes a golpes y caídas.</p> <p>Terminaciones redondeadas.</p> <p>Uso de colores primarios y altos contrastes.</p> <p>Puntos de focalización remarcados.</p> <p>Utilización de distintas texturas.</p> <p>Pesos livianos o fijaciones resistentes a superficies.</p> <p>Poca cantidad de piezas o partes.</p> <p>Piezas con tamaños acorde a la manipulación y seguridad, teniendo en cuenta actividades no deseadas (realizar análisis ergonómico).</p> <p>Los elementos tecnológicos, si están presentes, deben estar acorde con las capacidades y el conocimiento del AM.</p> <p>Indicadores jerarquizados, claros y legibles para el AM, de preferencia que cada uno indique una sola acción.</p> <p>Contemplar la situación de no uso.</p> <p>Que contemple situaciones de uso no deseadas</p>

CONTEMPLAR:

La baja visión	La lentitud de respuesta a estímulos.
Problemas en la diferenciación de colores.	La falta de concentración.
El uso de lentes.	La fatiga física y mental.
La baja audición.	La falta de equilibrio.
El uso de audífono.	La baja resistencia muscular.
La disminución de motricidad fina.	La fragilidad de los huesos.
Los temblores en manos.	Las dificultades en la detección de gustos y aromas.
La lentitud de los movimiento.	



CONSIDERACIONES DE LOS VÍNCULOS USUARIO-PRODUCTO-ACTIVIDAD-CONTEXTO PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA

- Los indicadores de uso de tamaños pequeños o colores no contrastantes con el resto del dispositivo pueden generar dificultad a la hora de manipularlos;
- Los entornos familiares podrían favorecer al usuario a sentirse seguro mientras realiza la actividad;
- Las actividades centradas que plantean temas de comunicación con las que el adulto con demencia se siente a gusto pueden favorecer a un mejor vínculo con el cuidador;
- Los colores vivos (rojo, amarillo, naranja) pueden resultar atractivos para los usuarios, ya que resaltan de su entorno;
- Los dispositivos que permiten que la persona con demencia realice actividad por sí solo que no ponga en riesgo su seguridad pueden favorecer su autonomía y por ende mejorar su bienestar anímico;
- Los dispositivos con pocas piezas e indicaciones de uso pueden resultar más simples para el entendimiento de las personas con demencia;
- Utilizar los sentidos sensoriales para estimular al usuario podría resultar favorecedor, ya que no se deterioran con el avance de la demencia;
- Dispositivos con varias piezas y secuencias de uso con varios pasos puede generar dificultad a la hora de realizar la actividad para el AMD;
- Las piezas de tamaños pequeños que pueden entrar en orificios como boca o nariz pueden resultar peligrosos para el AMD, ya que se pueden generar situaciones de uso no deseadas que pongan en riesgo su integridad física;
- Las actividades que plantean dinámicas con un único objetivo a alcanzar pueden generar frustración en el AMD y desencadenar estados de agitación;
- La estimulación de varios sentidos en simultáneo, exigiéndole a su vez al usuario que procese esa información, puede ser dificultoso, generando frustración y sobreexcitación;
- Las actividades recreativas que no presentan objetivos definidos más que el disfrute temporal pueden favorecer al usuario a sentirse más relajado.

4.1.3 CONCEPTO DE PRODUCTO

Dispositivos que plantean una actividad vincular entre la persona adulta mayor con demencia y su acompañante, centrada en controlar estados de agitación a través de la estimulación sensorial.





4.1.4 OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES DEL ADULTO MAYOR FRENTE A UNA ACTIVIDAD MANUAL PLANTEADA

Se realizó una instancia de observación de usuarios personas con demencia en una institución seleccionada, a través de una actividad de estimulación sensorial previamente diseñada.

El objetivo de dicha instancia se centró en observar las formas de interacción y manipulación de las personas usuarias con los objetos presentados.

FOCOS DE OBSERVACIÓN: PROPÓSITOS ESPECÍFICOS

Observar y registrar los distintos tipos de agarre de manipulación de los AM.

Observar la interacción con objetos utilizados, focalizando en las limitaciones de manipulación de los AM con respecto a la dureza del material:

- Hundimiento del dedo en la masa;
- Hundimiento de todos los dedos en la masa;
- Capacidad de apretar con una mano.

Como método de análisis de la información recabada se realizaron tablas con base en tres criterios previamente nombrados con respecto a la dureza del material. También se realizaron síntesis de las observaciones, donde se remarcan aspectos que se consideraron relevantes.

ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA ACTIVIDAD PLANTEADA

- Marcadores de colores;
- Hojas A4 blancas lisas;
- Masa para moldear sin endurecimiento;
- Pelota de silicona con luz en el interior en dos tamaños;
- Pelota de goma con textura.

RECOPILACIÓN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realiza el primer acercamiento a través de las hojas y marcadores, planteando una actividad libre.

Pasados 15 minutos, se incorpora la masa, el equipo de investigación se divide en dos grupos para observar y registrar a todos los AM.

Una hora más tarde se seleccionan tres personas con las que se prueba el modelo de control.

Se realiza relevamiento fotográfico durante toda la actividad.

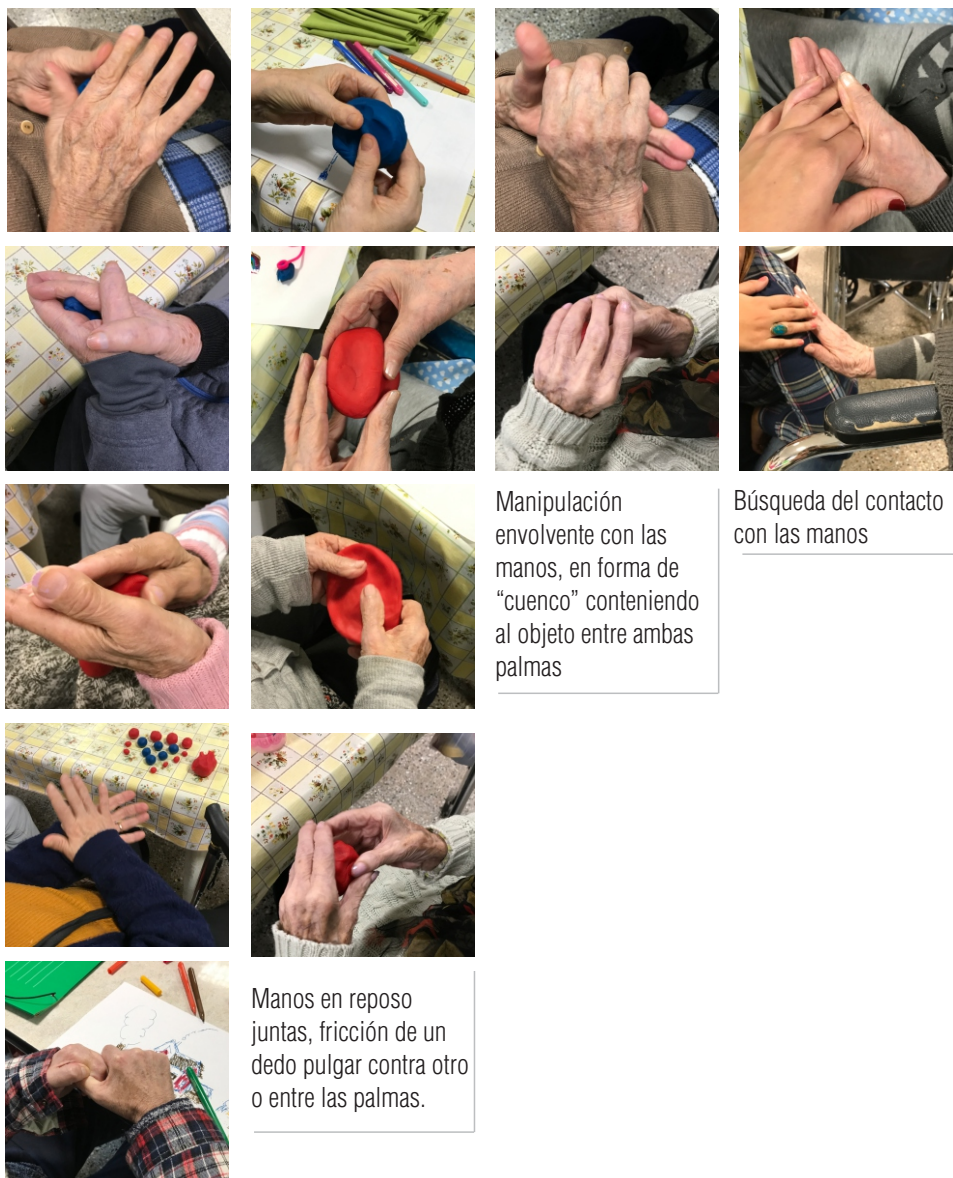
Se analizará cada AM como una unidad de observación. (ver apéndice E)

SI NO

Hundimiento del dedo en la masa	5	1
Hundimiento de todos los dedos en la masa	4	2
Capacidad de apretar con una mano.	5	1

PATRONES IDENTIFICADOS EN LA MANIPULACIÓN

Se observa que la mayoría de los adultos no presentan dificultad en los movimientos analizados, por ende no presentan dificultad en la movilidad de los dedos ni en la manipulación en ambas manos.



Manipulación envolvente con las manos, en forma de "cuenco" conteniendo al objeto entre ambas palmas

Búsqueda del contacto con las manos

Manos en reposo juntas, fricción de un dedo pulgar contra otro o entre las palmas.

Diversas manipulaciones sin manifestar dificultades



4.1.5 ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO DE LOS USUARIOS

Se realizó un análisis antropométrico centrado en las manos con base en las siguientes poblaciones:

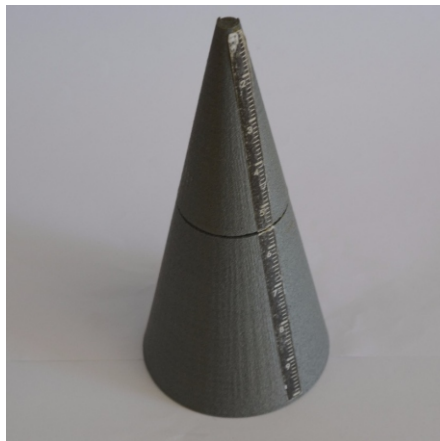
- Hombres y mujeres adultos mayores;
- Hombres y mujeres jóvenes y adultos (cuidadores).

Relevamiento dimensiones de la mano:

- Diámetro de agarre: el mayor ancho de agarre que manifieste cómodo;
- Ancho de pulgar: el ancho máximo del pulgar;
- Ancho de índice: el ancho máximo del índice.

Se realizaron 2 jornadas de medición a 20 personas. (ver apéndice F)

Para la toma de medidas, se contó con el instrumental del laboratorio de ergonomía de la EUCD.



CONO DE AGARRE



ANTROPÓMETRO

Se confeccionaron dos tablas antropométricas con los datos obtenidos en dichas jornadas de medición.

	Unidad: mm									
Diámetro de agarre	62	65	60	66	62	64	68	65	63	62
Ancho de pulgar	21	23	19	20	19	20	23	22	20	22
Ancho de índice	17	19	18	19	17	17	19	18	16	18

	Unidad: mm									
Diámetro de agarre	68	66	64	66	63	64	62	60	60	64
Ancho de pulgar	23	24	22	21	20	21	19	20	19	22
Ancho de índice	19	19	17	18	17	19	16	17	16	20

Luego de realizar las tablas antropométrica se define tomar:

Del diámetro de agarre la medida mínima
 Ancho de pulgar la medida máxima
 Ancho de índice la medida máxima:

Diámetro de agarre	60
Ancho de pulgar	24
Ancho de índice	20

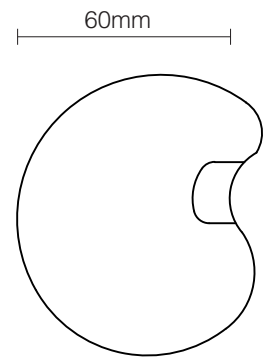
VINCULACIÓN DE LAS DIMENSIONES HUMANAS A LAS DIMENSIONES DEL DISPOSITIVO



DIÁMETRO DE AGARRE



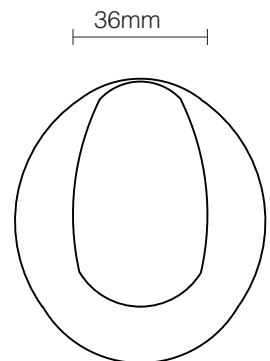
DIÁMETRO DEL DISPOSITIVO



ANCHO DE PULGAR



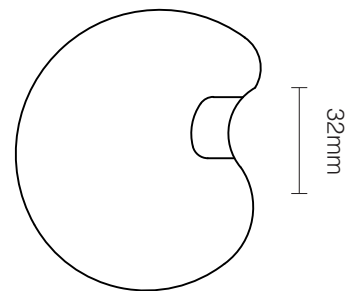
ANCHO DE INDICADORES DE AGARRE



ANCHO DE ÍNDICE



ANCHO DE INDICADORES DE AGARRE





4.1.6 ANÁLISIS DE MATERIALES SELECCIONADOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

Se seleccionan 6 materiales que cumplan con los requerimientos planteados previamente para el diseño a realizar.

Se analizan las características tecnológicas del material:

- Terminación;
- Método de fabricación;
- Temperatura;
- Peso;
- Dureza.



Pelota de referencia para el ecualizador


Las tres últimas características se representan en forma de ecualizadores, donde el cero de referencia es un objeto (pelota de espuma) utilizada en la institución 2 para actividades de fisioterapia. Se seleccionó dicho objeto ya que se observó que los AMD lo manipulan en dicha actividad.

SE CONFECCIONAN FICHAS CON BASE EN DICHO ANÁLISIS.

FICHA 1		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL		
	MATERIAL	Resina de poliuretano flexible		
	TERMINACIÓN	Lisa		
	PRODUCCIÓN	Inyección		
	TEMPERATURA	Frío	<input type="range"/>	Cálido
	PESO	Pesado	<input type="range"/>	Liviano
	DUREZA	Duro	<input type="range"/>	Blando
OBSERVACIONES				
Presenta características adecuadas para la manipulación del AM, pero su temperatura al tacto es muy fría, según lo observado en el trabajo de capo genera rechazo en el AM. Se realizaron pruebas.				

FICHA 2		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	
	MATERIAL	Espuma viscoelástica	
	TERMINACIÓN	Porosa	
	PRODUCCIÓN	Vertido bicomponente en molde	
	TEMPERATURA	Frío <input type="range" value="25"/> Cálido	
	PESO	Pesado <input type="range" value="75"/> Liviano	
	DUREZA	Duro <input type="range" value="75"/> Blando	
OBSERVACIONES			
La textura exterior cumple con las necesidades de los AM pero la dureza del material no es suficiente para permitir el movimiento repetitivo de contracción y relajación y la respuesta del material al estímulo es demasiado lenta. Se realizaron pruebas.			

FICHA 3		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	
	MATERIAL	Caucho termoplástico	
	TERMINACIÓN	Lisa	
	PRODUCCIÓN	Inyección	
	TEMPERATURA	Frío <input type="range" value="25"/> Cálido	
	PESO	Pesado <input type="range" value="75"/> Liviano	
	DUREZA	Duro <input type="range" value="25"/> Blando	
OBSERVACIONES			
Este material no presenta las características buscadas para permitir el amasado por parte del AM y la textura no tuvo aceptación.			

FICHA 4		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	
	MATERIAL	Espuma de poliuretano	
	TERMINACIÓN	Lisa	
	PRODUCCIÓN	Vertido bicomponente en molde	
	TEMPERATURA	Frío <input type="range" value="25"/> Cálido	
	PESO	Pesado <input type="range" value="75"/> Liviano	
	DUREZA	Duro <input type="range" value="75"/> Blando	
OBSERVACIONES			
La espuma poliuretánica presenta características que se adecuan perfectamente a la manipulación del diseño pensado, la temperatura es agradable para los AM, tiene un peso liviano para su tamaño pero tiene suficiente para anclarse bien a la mano del usuario. La sensación generada por la textura superficial de la pelota generó placer en los AM. Se hicieron varias pruebas con diferentes densidades hasta poder encontrar la más adecuada para el usuario.			



FICHA 5		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL		
	MATERIAL	Lycra / Perlas poliestireno expandido		
	TERMINACIÓN	Lisa		
	PRODUCCIÓN	Corte de molde / relleno / cocido		
	TEMPERATURA	Frío	<input type="range"/>	Cálido
	PESO	Pesado	<input type="range"/>	Liviano
	DUREZA	Duro	<input type="range"/>	Blando
OBSERVACIONES				
<p>Este tipo de objetos presenta desventajas debido a lo liviano que resulta en la mano, lo que genera inseguridad en el usuario. A su vez la densidad no se adecua a la manipulario planteada.</p>				

FICHA 6		CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL		
	MATERIAL	Tela rellena con semillas		
	TERMINACIÓN	Depende de la tela		
	PRODUCCIÓN	Cocido y relleno		
	TEMPERATURA	Frío	<input type="range"/>	Cálido
	PESO	Pesado	<input type="range"/>	Liviano
	DUREZA	Duro	<input type="range"/>	Blando
OBSERVACIONES				
<p>Este tipo de objetos presenta una característica interesante, la capacidad de calentarlo y generar una temperatura todavía mas agradable. Pero resulta muy pesado para el usuario, se hicieron pruebas y no despertó real interés en los usuarios.</p>				

4.1.7 SESIONES DE COMPROBACIÓN DE AVANCES DEL PROCESO DE DISEÑO CON USUARIOS

Se realizaron varias instancias de comprobación:

Algunas sesiones grupales con usuarios personas adultas mayores con demencia, donde se realizaron verificaciones puntuales de modelos avanzados, en los que se pueden evaluar comportamientos y preferencias, a través de la observación.

Otras instancias individuales con usuarios personas adultas mayores sin demencia(*) en las que se les presentaron variedad de modelos y se realizaron preguntas sobre preferencias, gustos, comodidad, etc.

De estas sesiones se pudo obtener un feedback verbal de parte del usuario, que resultó fundamental para la toma de decisiones sobre el modelo.

Los resultados obtenidos en las distintas instancias de comprobación se pueden observar en el siguiente story board de la página 80 que relata el proceso de diseño completo.

PRIMERA INSTANCIA: COMPROBACIÓN GRUPAL DE MODELOS CON AMD



PROPÓSITOS

Observar las interacciones del AMD con el modelo de control.

ACTIVIDAD

Se presenta el modelo de control a dos usuarios (uno a la vez), se les muestra cómo se manipula y se lo entrega para que lo experimenten libremente.

SEGUNDA INSTANCIA: COMPROBACIONES INDIVIDUALES DE MODELOS CON AM

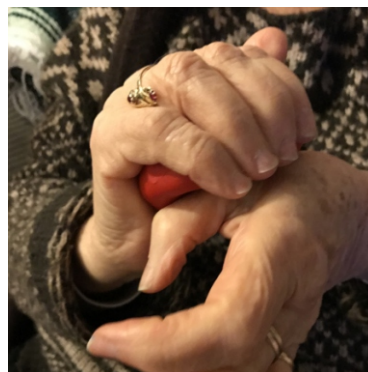
PROPÓSITOS

Observar las interacciones del AMD con la variedad de modelos de control presentados. Obtener información al respecto de preferencias, aspectos positivos y aspectos negativos de los modelos.

ACTIVIDAD

Se presentan los modelos de control a la persona adulta mayor y sin darle indicaciones se lo observa experimentar. Luego se le pide que opine de cada uno, seleccionando los que considera mejores para la actividad planteada.

Esta actividad se realizó en varias ocasiones del proceso, que se pueden observar en el story board de la página 80.



(*)Este grupo no pertenece a la población usuaria analizada, pero presenta muchas características en común con el AMD, sin las limitaciones pertinentes de la enfermedad.



TERCERA INSTANCIA: COMPROBACIÓN GRUPAL DE MODELOS Y MATERIALES CON AMD

Se realizó una instancia de comprobación grupal con modelos de control de avance diverso y materiales seleccionados en una institución previamente visitada. (ver apéndice G)

PROPÓSITO

- Observar y registrar las preferencias frente a tres objetos de espuma de poliuretano con durezas diversas en cada unidad de observación;
- Observar y registrar las preferencias de las distintas texturas al contacto con la mano en cada unidad de observación;
- Observar y registrar la duración de la manipulación de cada modelo de control presentado en cada unidad de observación.

Para el cumplimiento de los propósitos se plantearon las siguientes dinámicas:

PREFERENCIAS EN LAS DISTINTAS DUREZAS DE LAS PELOTAS DE GOMA ESPUMA

Criterio de selección:

De un universo de 7 pelotas se seleccionaron la de dureza 1, 4 y 7.

1	2	3	4	5	6	7
5	10	15	20	30	40	45

La dureza se basa en la escala shore A

ACTIVIDAD PLANTEADA:

Se le presenta a cada unidad de observación las 3 pelotas, se le permite manipularlas algunos segundos.

Se le pregunta: "¿Cuál de las tres pelotas prefieres para apretar?".

Se registra la información en la siguiente tabla:

Dureza 1	
Dureza 4	
Dureza 7	

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN

	AMD
Dureza 1	2
Dureza 2	4
Dureza 3	0

Para este análisis participaron las 6 personas presentes.

PREFERENCIAS DE TEXTURAS DE TRES PELOTAS SELECCIONADAS

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron las texturas de pelotas de espuma de poliuretano que se encontraron en el mercado local.

Pelota 1

Pelota de espuma de poliuretano lisa en todas sus caras con una línea de rebaje que recorre la pelota en un circuito cerrado (imitación pelota de tennis).

Pelota 2

Pelota de espuma de poliuretano con textura en relieve de medias esferas, con línea de rebaje que recorre la pelota en un circuito cerrado (imitación pelota de básquetbol).

Pelota 3

Pelota de espuma de poliuretano lisa con relieves, marcando hexágono en toda la superficie (imitación pelota de fútbol).

ACTIVIDAD PLANTEADA

Se le presentan a cada unidad de observación las 3 pelotas, se toma en cuenta la pelota con la que permanece mayor tiempo. Observación seleccionadas, se prueba la actividad de interfase plantada con el dispositivo

Pelota textura tennis	
Pelota textura básquetbol	
Pelota textura fútbol	

RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN

	AMD
Pelota textura tennis	3
Pelota textura básquetbol	2
Pelota textura fútbol	0

Para este análisis participaron las 5 de las 6 personas presentes.



Modelo de control 1:

Esfera de goma espuma recubierta de soft masa con distintas sustracciones en sus caras. El modelo resulta una de las dos alternativas finales del proceso de diseño realizado.

Modelo de control 2:

Cilindro de goma espuma recubierto en soft masa con adiciones y sustracciones en sus caras. El modelo resulta una de las dos alternativas finales del proceso de diseño realizado.

ACTIVIDAD PLANTEADA

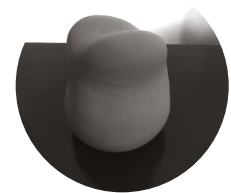
Se le presenta a cada unidad de observación el modelo de control 1 (verificar previamente que la persona no tenga otros objetos enfrente que puedan distraerlo) sin especificar ningún instructivo.

Se contabiliza el tiempo que mantiene el modelo en sus manos.

Cuando la persona deja el modelo, se le retira y se le entrega en su lugar el modelo de control 2, repitiendo el procedimiento.

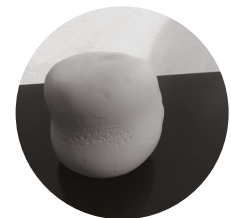
Se registra la información en la siguiente tabla:

Modelo de control 1	Modelo de control 2
... minutos	... minutos



RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN

	Mod. C 1	Mod. C 2
Mayor tiempo	1	4



CUARTA INSTANCIA: COMPROBACIÓN GRUPAL DE LA ACTIVIDAD VINCULAR DISEÑADA CON AMD

PROPÓSITOS:

Comprobar que el diseño de la actividad planteada reciba aceptación de parte de los AMD. Buscar posibles fallas para mejorar la actividad.

ACTIVIDAD

Una miembro del EO (equipo de observación) comienza un contacto con sus manos, sobre las yemas, palmas y dorso en las manos del AMD, manteniendo mientras una conversación.

Luego de algunos minutos se introduce el modelo de control, con el que el miembro del EO realiza masajes y presiones sobre palma y dorso de la mano como muestra la fotografía.

Se realizan contactos con el modelo sobre cantos de mano como se ve en la fotografía.

Se busca el contacto entre ambas manos con el modelo como acercamiento.

Luego se le entrega el modelo al AMD para que lo manipule libremente.



4.1.8 SESIONES DE COMPROBACIÓN DE AVANCES DEL PROCESO DE DISEÑO CON INFORMANTES CALIFICADOS Y USUARIO ACOMPAÑANTE

Se realizaron cuatro instancias de comprobación con usuarios calificados en el siguiente orden: (ver apéndice H)

Sesión 1: Licenciada en enfermería 1;

Sesión 2: Licenciada en enfermería 2;

Sesión 3: Diseñadora Industrial;

Sesión 4: Neuróloga

Sesión 5: Diplomada en Psicogerontología;

Sesión 6: Acompañante contratado del AMD;

Sesión 7: Familiar cuidador informal del AMD.

PROPÓSITOS:

Todas las sesiones presentan como propósito determinar aspectos positivos de los modelos y aspectos a mejorar para seguir trabajando, con el fin de obtener un dispositivo que satisficiera las necesidades de las áreas trabajadas.

ACTIVIDAD:

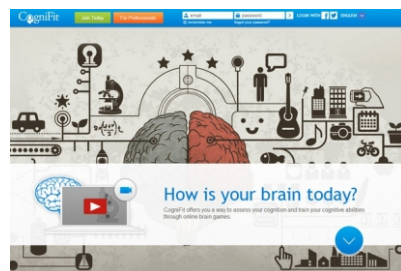
Se le entrega el/los modelos de control trabajados, bocetos, ilustraciones, etc., y se les comenta al respecto del diseño, recibiendo feedbacks de los que se toman notas.



4.1.9 STORY BOARD: RELATO DEL PROCESO DE DISEÑO

DISPOSITIVO IDENTIFICADOR DEL ESTADO DE AGITACIÓN/DISPOSITIVO COGNITIVO SENSORIAL

De la primera instancia de aproximación, se planteó un primer dispositivo que detectara el estado de agitación de la persona con demencia, a través del pulso, y planteara una actividad. La propuesta se desprendía de la etapa de relevamiento y de las primeras instancias de contacto con el usuario.



Aplicacion Cognifit diponible online
<https://www.cognifit.com/es>



Reloj de pulso NONMON
para aficionados al atletismo

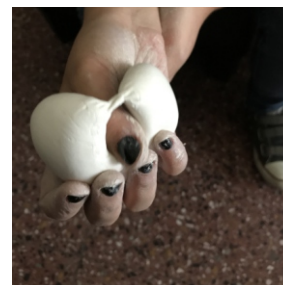
PRIMERA SESIÓN DE COMPROBACIÓN CON DIPLOMADA EN PSICOGERONTOLOGÍA

Con base en las observaciones realizadas por los "individuos calificados" en las entrevistas abiertas (ver apéndice B), se concluye que la propuesta planteada no era viable debido a los siguientes factores:

1. No todas las personas agitadas presentan aceleración perceptible en el pulso;
2. Cuando una persona está transitando un estado de agitación, no puede realizar una actividad estructurada con reglas o pautas marcadas. La actividad que se plantee debe ser intuitiva y centrada en la relajación;
3. Para controlar los estadios de agitación resulta conveniente el contacto corporal (específicamente de manos o pies) que ayude al AM a tranquilizarse y focalizar su atención en una situación terrenal, que lo despegue de sus pensamientos agitadores.



Partiendo de lo planteado anteriormente, se decidió explorar los distintos tipos de contactos corporales, optando finalmente por el contacto mano-mano, debido a los beneficios que este tipo de vinculación presenta. Se experimentó en formas que aportaran a reducir la agitación, basadas en terapias sensoriales relevadas.



SESIONES DE COMPROBACIÓN
CON USUARIOS AM



En la primera sesión individual se tendió a buscar formas que contuviera el pulgar como modo de fijación a la mano, luego se descartó esta opción, ya que podría generar sensación de aprisionamientos y limitaciones en la manipulación con todos los dedos.



Siguiendo con las formas contenedoras, se arribó a distintas alternativas de agarre con anclaje en la palma de la mano, permitiéndole a los dedos amplitud de movimiento.

Se exploraron distintas formas de acercamiento entre las manos a través del modelo de control. Se optó por un tipo de acercamiento de manos enfrentadas, como muestra la figura enmarcada, donde los dos usuarios se vinculan en simultáneo a través del modelo, permitiendo un contacto entre pulgares principalmente.

Se trabajó con un material moldeable que al secarse toma rigidez, para permitir retener las formas exploradas. Los usuarios con los que se verificó este dispositivo manifestaron agrado a este tipo de contacto.

PRIMERA SESIÓN DE COMPROBACIÓN
CON USUARIOS AMD



En la primera comprobación con usuarios AMD se verificó el modelo de control con el que se venía trabajando, con la intención de observar su desempeño en un entorno real.



Se obtuvieron las siguientes observaciones:

- El modelo debe contemplar el agarre pinza* muy repetitivo entre los AM;
- El modelo debe presentar más alternativas de agarre y de manipulación, para generar una actividad duradera en el tiempo (se observó que debido a la limitante de agarres y actividades que plantaba el modelo no permitía una actividad sostenida en el tiempo);
- El modelo debe presentar recorridos para los dedos.

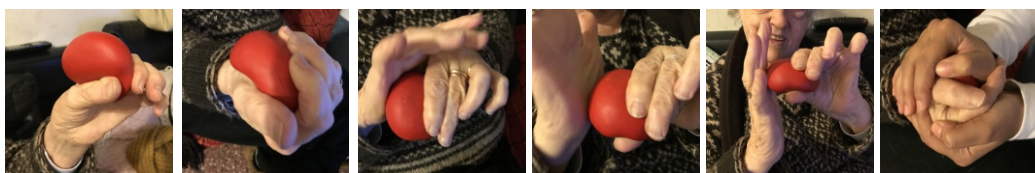


Con base en la información relevada, se continuó explorando la morfología del modelo, planteando distintas formas de agarre y abordajes. Contemplando el uso individual y vincular.

Se trabajó sobre la tridimensionalidad del modelo buscando la interacción con varias caras del mismo.

Se tomó como punto de partida una esfera a la que se le realizaron sustracciones y adiciones, en la búsqueda de una forma atractiva para el AM. Se trabajó con un material blando que permitiera la fácil modificación.

SESIONES DE COMPROBACIÓN CON USUARIOS AM



Pruebas modelo 1



Pruebas modelo 2



Pruebas modelo 3



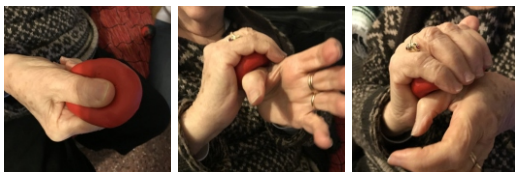
Pruebas modelo 4



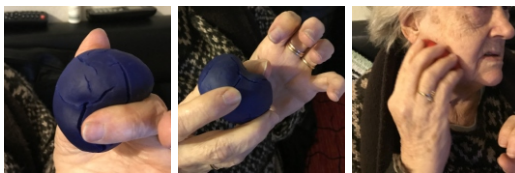
Pruebas modelo 5



Pruebas modelo 6



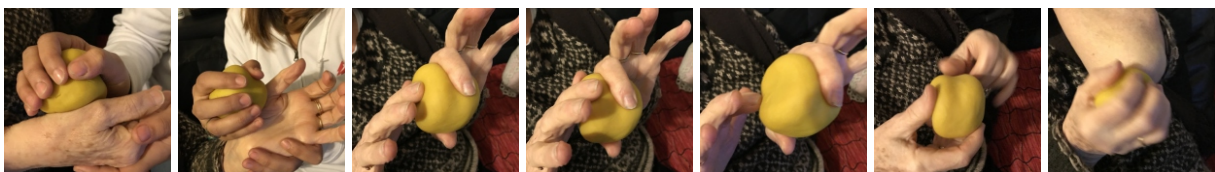
Pruebas modelo 7



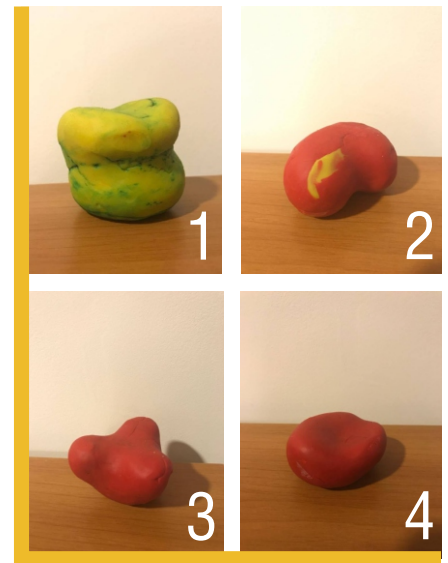
Pruebas modelo 8



Pruebas modelo 9



Pruebas modelo 10



ALTERNATIVAS SELECCIONADAS

En una sesión individual de verificación, en la que se presentaron varios modelos de control realizados, el usuario simulador jerarquizó de acuerdo con sus preferencias, manifestando ventajas y desventajas de los distintos modelos. Con base en esa jerarquización y en la información brindada, se seleccionaron cuatro dispositivos que englobaban el abanico de posibilidades analizadas, cumpliendo con la lista de requisitos trabajada.

Observaciones del usuario simulador:

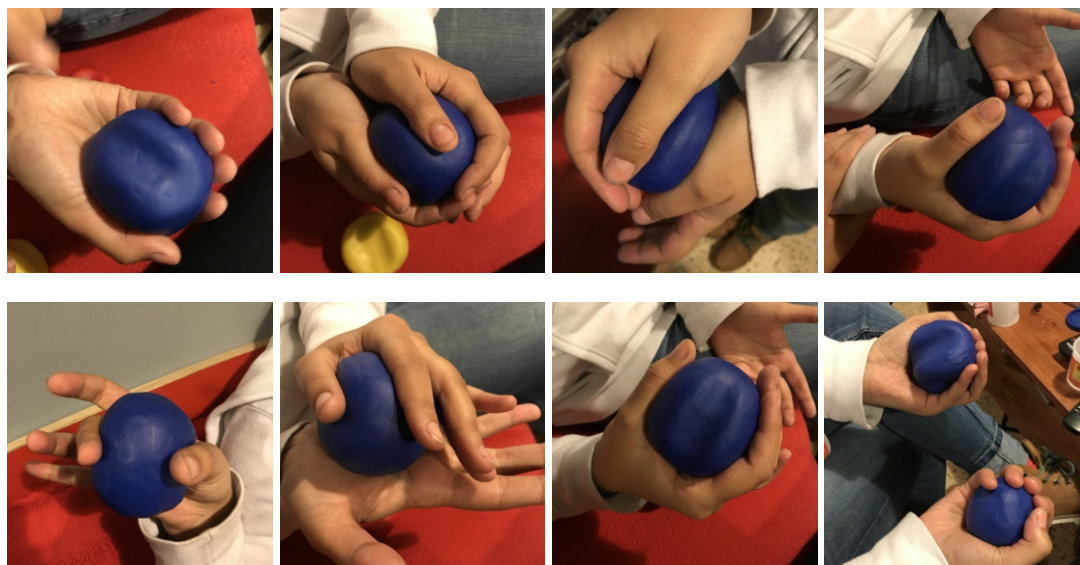
Preferencia por los agarres anclados a la palma, que permitan la manipulación con una sola mano.

Versatilidad en el agarre, planteando distintas formas de manipular el mismo modelo, sin indicaciones puntuales.

Contemplar posibilidad de utilizar otras partes del cuerpo (masajes en rodillas, codos y cara).



Se continuó explorando la forma, en la búsqueda de dos alternativas.



Teniendo en cuenta las cuatro alternativas seleccionadas, se continuó explorando, fusionando las características de cada uno, dando como resultado dos nuevas alternativas que agrupaban los aspectos positivos de las anteriores.



EXPLORACIÓN DE MATERIALES



Se experimentó con distintos materiales (látex, memory foam, tela semillas, espuma de poliuretano en base a éter, silicona, plástico, goma y soft masa), con el fin de encontrar uno a acorde con las necesidades y limitaciones de los usuarios AMD (ver apéndice G).

Se realizaron pruebas de dureza y textura con el material seleccionado con usuarios AMD (ver apéndice E).

Con base en los resultados de estas experimentaciones realizadas, se seleccionó la espuma de poliuretano en base a éter con una dureza de 19 en la escala Shore A y una textura a utilizar de profundidades.

COMPROBACIÓN DE MODELO CON USUARIOS AMD



Se verificaron las dos alternativas trabajadas con el usuario AMD. El modelo 1 tuvo más aceptación entre los AMD debido a la diversidad de agarres y manipulaciones.

COMPROBACIÓN DE ACTIVIDAD VINCULAR PLANTEADA CON AMD



Se observó que la actividad vincular que presentan los modelos tuvo aceptación entre los AMD. Incluso se pudo comprobar con una persona con síntomas de un posible estado de agitación, que recibió el estímulo y continuó experimentando con el modelo.

COMPROBACIÓN CON INFORMANTES CALIFICADOS



Se continuó ajustando el tamaño y la profundidad de las zonas de agarre. Se verificó el modelo de control avanzado con expertos en el tema (una neuróloga, una psicogerontóloga y una diseñadora industrial) donde obtuvimos las siguientes observaciones:

- La necesidad de indicadores de zonas de agarre;
- Manejar altos contrastes de color en esas áreas;
- Contemplar la situación de no uso;
- Utilizar colores que aporten a armonizar al AM y su entorno.



Con base en estas observaciones, se realizaron los ajustes y se obtuvo el primer prototipo.

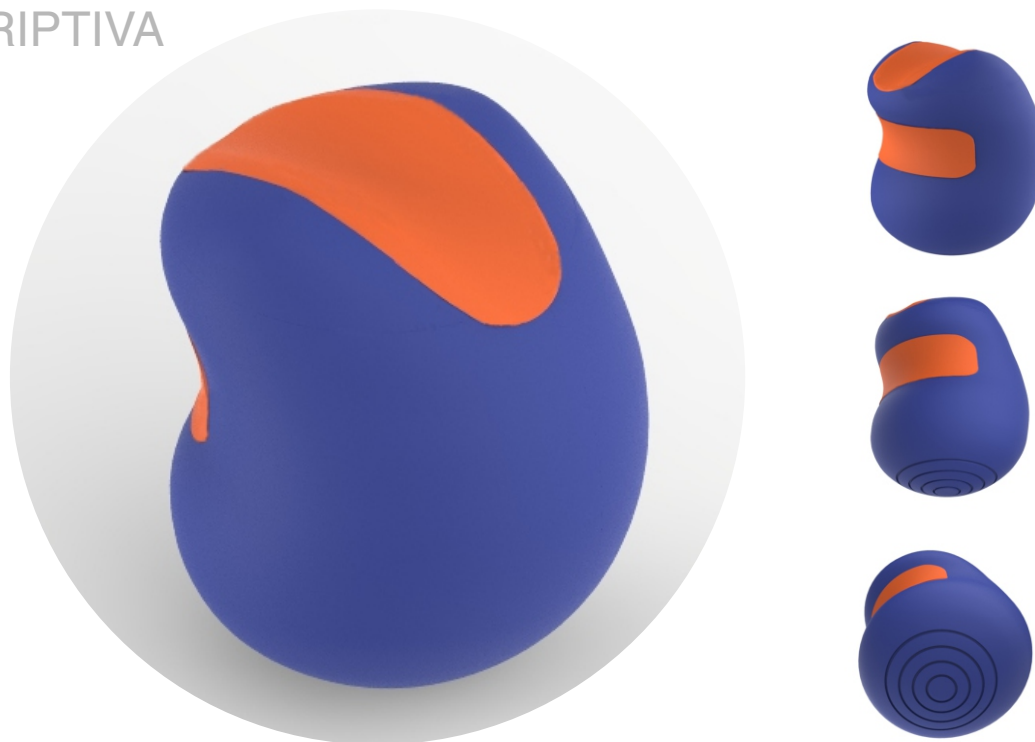
4.1.10 BENEFICIOS DEL DISPOSITIVO EN LA REDUCCIÓN DE LA AGITACIÓN

SUBTIPOS DE AGITACIÓN	BENEFICIOS DEL DISPOSITIVO	
<p>CONDUCTAS VERBALMENTE NO AGRESIVAS</p> <p>Negativismo Constante repeticiones de información Jactancia verbal Quejas o gemidos Interrupciones irrelevantes Frases reiterativas</p>	<p>Correr el foco de atención de asunto agitante</p>	<p>La persona realiza una actividad autónoma, que ayuda a fortalecer su autoestima y a sentirse autosuficiente. Sentimientos positivos que lo ayudan a sentirse mejor y a salir de los estados de agitación.</p>
<p>CONDUCTAS FÍSICAMENTE NO AGRESIVAS</p> <p>Inquietud general Gesticulación repetitiva Caminar constante Manejo inapropiado de objetos Ocultar objetos Vestirse inadecuado</p>	<p>Su forma intuitiva le permite a la persona no necesitar instrucciones de uso, por ende evita las frustraciones de no comprender o no saber como usar el dispositivo.</p>	<p>La actividad afectiva que se plantea a través del dispositivo ayuda a la persona a sentirse contenida y segura, lo que colabora en la redacción del estado de agitación.</p>
	<p>El contacto físico a través de las manos ayuda a la persona agitada</p>	<p>Plantea movimientos repetitivos, automáticos que no son perjudiciales para la persona, ya que el área es controlada, segura y no presenta riesgos de realizarse un daño.</p>
	<p>La estimulación en las manos de presione y movimientos colabora a relajar el cuerpo, por ende relajar a la persona. A su vez, esta estimulación puede reducir dolores en personas que presentan enfermedades en articulaciones o circulación. Los dolores en el cuerpo son uno de los factores desencadenantes de estados de agitación.</p>	<p>La amplitud de movimientos e interacciones con el dispositivo permite que la actividad se prolongue en el tiempo, manteniendo a la persona disfrutando de una actividad segura.</p>
<p>CONDUCTAS VERBALMENTE AGRESIVAS</p> <p>Chillidos Lenguaje malsonante Estallidos temperamentales Emisión de ruidos extraños</p>	<p>Ocupa a la persona en una actividad segura en la que no se puede hacer un daño.</p>	
<p>CONDUCTAS FÍSICAMENTE AGRESIVAS</p> <p>Golpear Empujar Rascarse Agarrar objetos Agarrar personas Dar patadas Modrder Escupir</p>	<p>La actividad planteada no plantea metas u objetivos, lo que le permite evitar la aparición de frustraciones. La actividad "libre" permite una sensación de satisfacción al no tener que resolver ninguna situación.</p>	



4.2 PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO

4.2.1 MEMORIA DESCRIPTIVA



PACÍFICO es un dispositivo de estimulación sensorial enfocado a reducir la agitación en adultos mayores con demencia leve o modera, proponiendo una actividad vincular entre este y su cuidador.

Se trata de una forma orgánica de espuma de poliuretano con concavidades redondeadas, diseñado para permitirles a los usuarios realizar variedad de interacciones manuales, tanto vinculares como individuales. Para lo que presenta tres indicadores que guían la actividad.

Al detectar los síntomas característicos de un estado de agitación, el cuidador comienza el acercamiento al adulto mayor con demencia a través de *PACÍFICO*, realizándole estimulaciones relajantes en manos.

Estos contactos primarios desvían el foco de atención de los pensamientos agitadores, funcionando como atenuante de dicho estado.

Una vez que la agitación se haya reducido, el adulto mayor puede permanecer con el dispositivo, interactuando de forma libre, presionando o realizando distintas estimulaciones.

Gracias a su forma, densidad y peso, *PACÍFICO* permite una actividad segura para el usuario, fomentando su autonomía.

Se presenta una alternativa de color celeste-salmón.

4.2.2 VISTAS DEL PRODUCTO



VISTA D



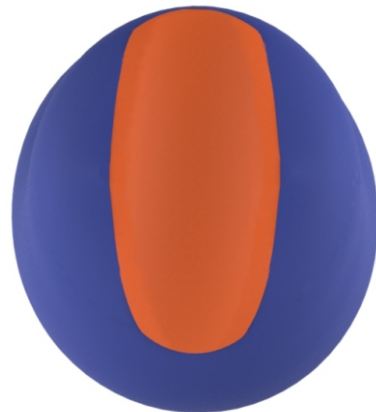
VISTA A.a



VISTA A.b



VISTA B

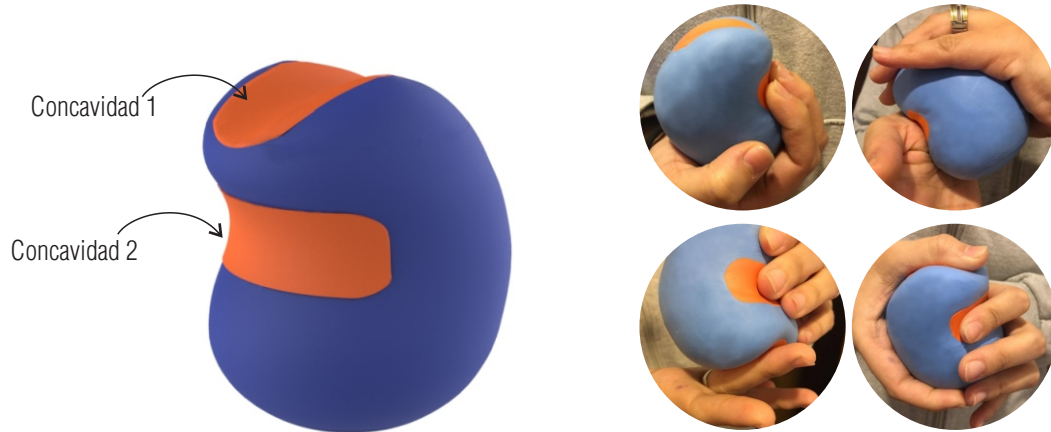


VISTA C



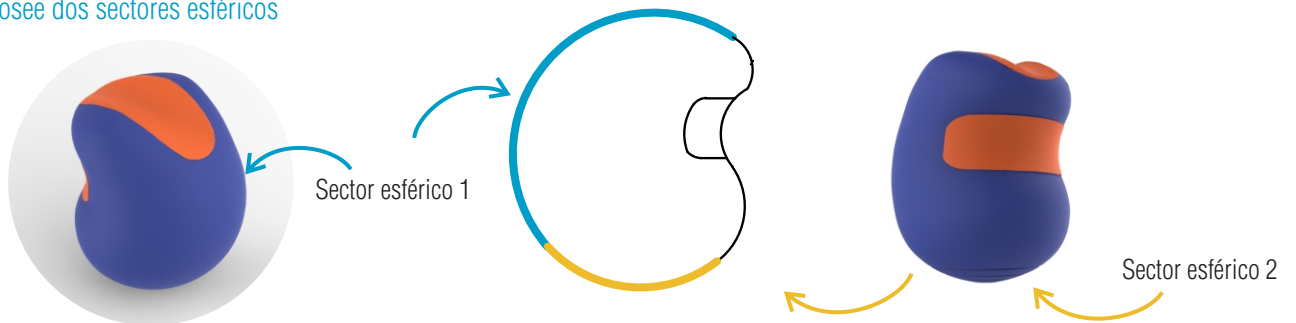
4.2.3 ASPECTOS MORFOLÓGICOS DEL DISPOSITIVO

Volumen abstracto de forma orgánica redondeada, con dos sustracciones que generan concavidades.



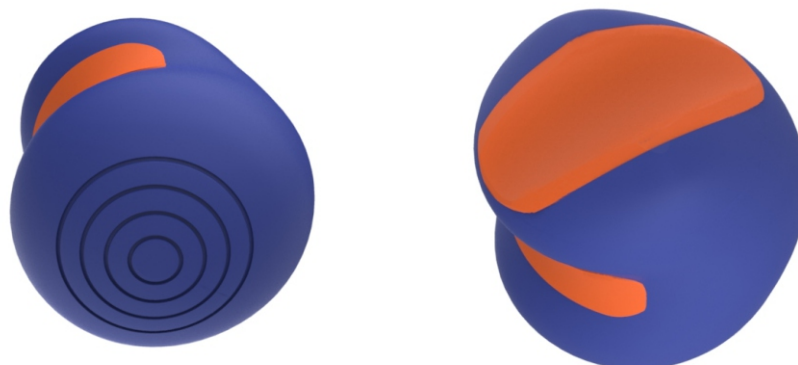
Permitiendo varias lecturas, dado que no presenta definida una parte delantera ni trasera.

Posee dos sectores esféricos



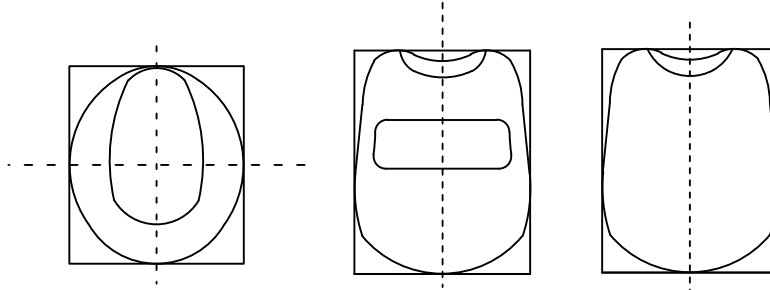
Presentando en su superficie envolvente un juego de contrastes, en color (contraste de matiz y/o temperatura) y en cualidad de superficie lisas y texturadas.

La relación forma-color enfatiza perceptualmente las concavidades.

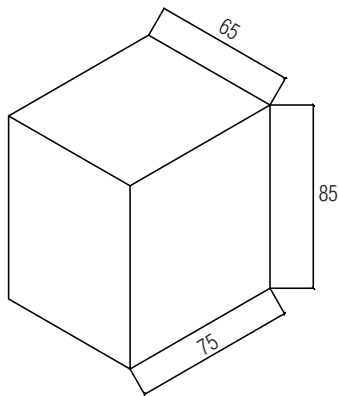
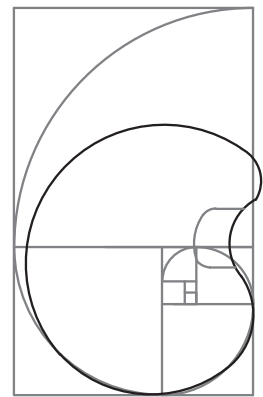


4.2.4 ANÁLISIS DE LAS PROPORCIONES

Desde varios puntos de vista el cuerpo resulta simétrico.

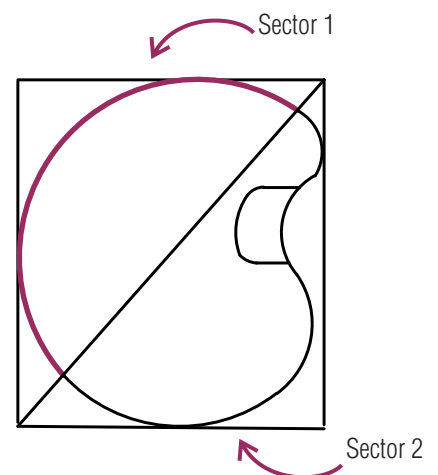


La curva de uno de los sectores del volumen responde a la curva aurea, generando un atractivo visual.



El volumen se encuentra inscrito en un prisma con la proporción 13:17:15

Uno de los sectores esféricos responde a la diagonal del prisma que inscribe la figura, generando una división visual en el volumen, delimitando dos sectores.





4.2.5 ASPECTOS FUNCIONALES DEL DISPOSITIVO

La forma contempla una amplia diversidad de manipulaciones y estimulaciones posibles para no limitar al usuario adulto mayor con demencia. A su vez contempla actividades vinculares entre el usuario AMD y su cuidador.

Uno de sus sectores es esférico y liso, diseñado para realizar estimulaciones mediante la presión en la palma de la mano.



Uno de los sectores presenta una zona de anclaje a la mano que permite fijar el dispositivo, evitando caídas al manipularlo unimanualmente. El color contrastante genera un indicador de agarre. La fricción de los dedos y bordes de la mano sobre el indicador resulta un movimiento repetitivo placentero para el AMD, debido a su forma cóncava y su textura lisa, que permite un recorrido sin intervenciones.

El indicador cóncavo de forma ovalada impulsa a la fricción repetitiva con distintas zonas de la mano, guiando el dedo a un movimiento automático que busca desviar el foco de atención del AMD de los pensamientos agitatorios.





La zona esférica, que se encuentra aplanada en su centro para favorecer la presión sobre la mano, tiene una textura de ranuras concéntricas que funciona como indicador de estimulación, principalmente masajes sobre la palma de la mano y el recorrido de las ranuras con los dedos.

El dispositivo contempla la manipulación de los dos usuarios en simultáneo, planteando actividades que estimulan el vínculo afectivo entre ambos, generando un canal de comunicación paraverbal que permite un acercamiento.



Las actividades que plantea el dispositivo pueden realizarse de forma repetitiva y automática, sustituyendo los movimientos repetitivos generados por la agitación (manías) que presente el AMD.

Los indicadores contrastantes colaboran a un rápido entendimiento de la actividad, sin necesidad de instrucciones de uso.



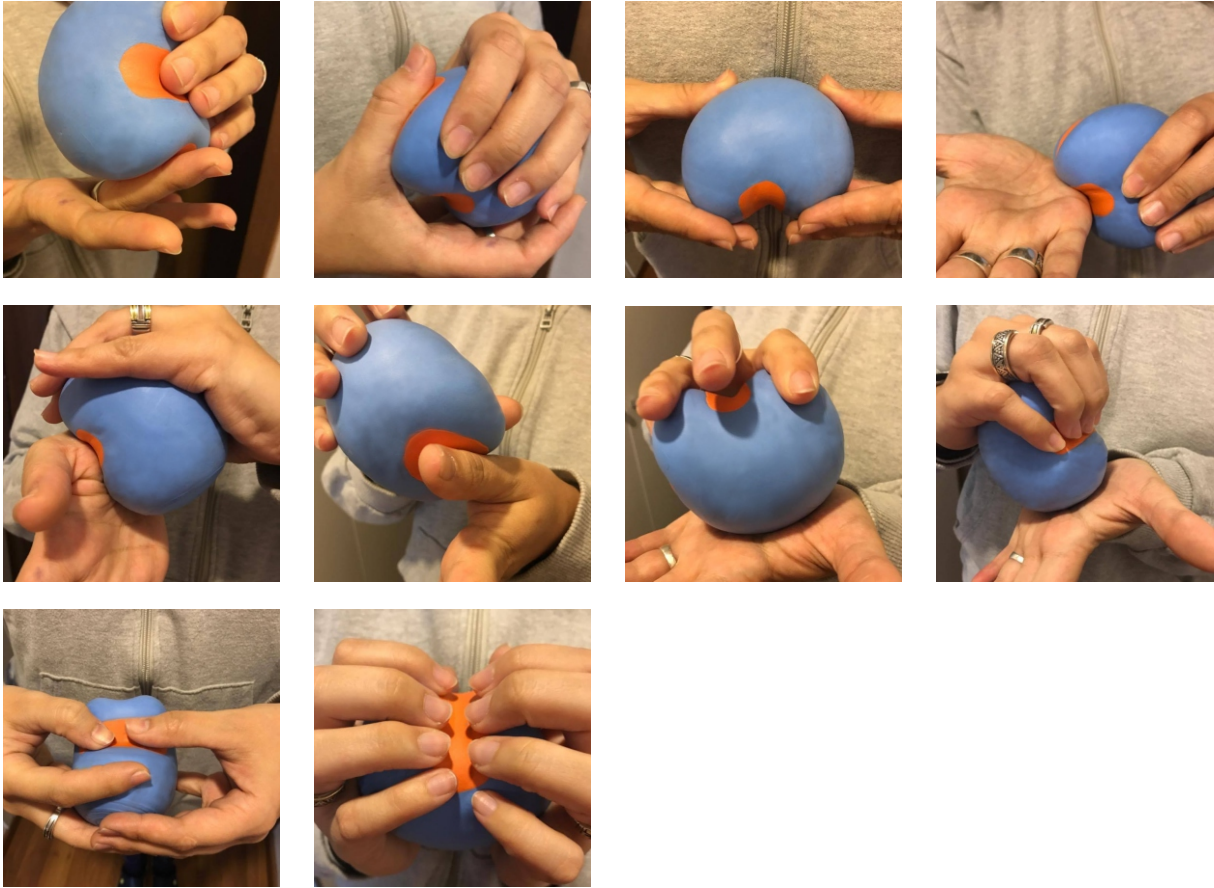
4.2.6 OPCIONES DE MANIPULACIÓN

AGARRES CON UNA SOLA MANO
(IZQUIERDA O DERECHA), UN USUARIO



AGARRES CON DOS MANOS,
UN USUARIO





AGARRES VINCULANDO AMBOS USUARIOS





4.2.7 SITUACIONES Y CONTEXTOS DE USO

El dispositivo está diseñado para el uso hogareño, pero se podría utilizar en residenciales o centros de día.



El envase contempla la situación de uso, dándole un espacio físico reconocible al dispositivo, permitiendo un rápido acceso en caso de estados de agitación.

Se recomienda colocarlo en espacios del hogar más frecuentados por el AMD.



4.2.8 SECUENCIA DE USO

No se plantea una secuencia de uso predeterminada, ya que se ve sujeta a la situación puntual en el momento que se manifieste la agitación.

Sugerimos los siguientes pasos para ayudar al usuario cuidador a realizar la actividad.



Antes de comenzar la actividad constatar :
 - tener las manos templadas.
 -encontrarse predispuesto para el acercamiento.



Comenzar tocando manos, si es necesario sin el dispositivo.



Siempre acompañar el proceso con un dialogo sereno, evitando temas que puedan resultar conflictivos.



Comenzar un masaje en palma con el dispositivo suavemente apoyando áreas color salmón sobre dedos y contorno de la mano.



Realizar masajes de presión con el área texturada sobre palmas



Continuar la estimulación hasta que se observe el AMD ya no se encuentra en estado de agitación, la actividad puede durar el tiempo que se considere necesario.



Entregarle el dispositivo a la persona para que realice lo que desee, no limitar su experimentación a solo que se considere un real peligro para el mismo

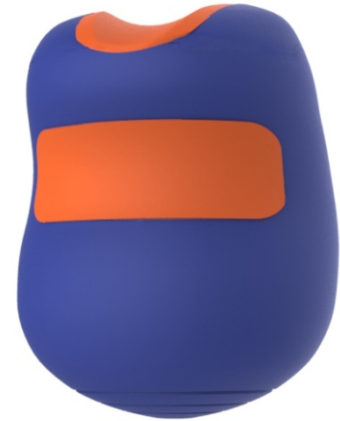
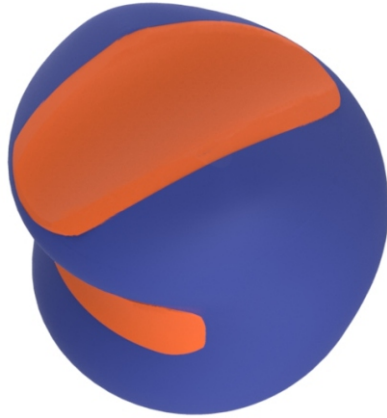


Se puede acompañar este proceso con una música baja y relajante a gusto del AMD.



4.2.9 ELECCIONES SEMÁNTICAS Y COMUNICACIONALES

El dispositivo está diseñado para ser observado desde todos los puntos de vista, encontrando elementos visualmente atractivos para el AMD, debido a sus altos contrastes y sus formas redondeadas, que incita a la prensión.



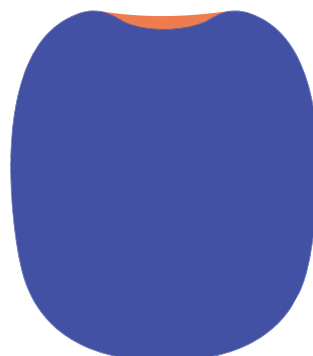
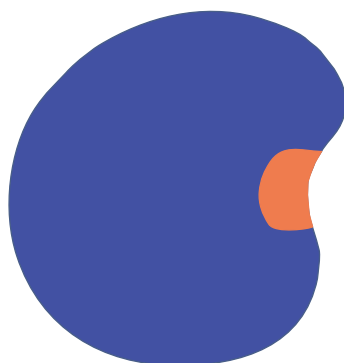
Sus formas curvas y redondeadas generan una armonía en el objeto, provocando una sensación de empatía y apego hacia el dispositivo, debido a la simetría que presenta en este sector de una de sus caras, así como la relación proporcional entre sus vistas

La forma hace referencia a la manera en la que la mayoría de los AMD observados colocan sus manos en situación de reposo, remitiendo al espacio que se genera entre las palmas juntas.

ELECCIONES DE COLORES

Los colores fueron seleccionados en base a la Teoría psicológica del color de Max Lüscher, que plantean sus efectos tranquilizantes

Buscando una referencia a la naturaleza



4.2.10 DESARROLLO DE LA MARCA

ALTERNATIVA DE COLOR EN LOGOTIPO



ISOLOGOTÍPO



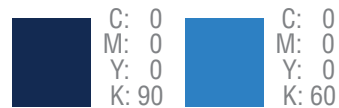
ÁREA DE RESGUARDO



TIPOGRAFÍA

Helvetica LT Std Cond
 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
 abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
 123456789

PALETA CROMÁTICA



El nombre, la tipografía y el color de fondo hacen referencia al mar.
 El mar resulta para muchas personas un estímulo tranquilizante.



4.3.11 DESARROLLO DE ENVASE Y MANUAL DE USO



PROSPECTO Y RECOMENDACIONES DE USO

Para el prospecto incluido dentro del envase, se propone la siguiente información a redactar por especialistas en el tema:

- Breve descripción de los síntomas psicológicos conductuales en la demencia;
- Descripción de la agitación;
- Características visibles de estados de agitación en personas con demencia (movimientos repetitivos en manos y pies, deambular, saturación en palmas, taquicardia, vociferaciones repetitivas, balanceo con el cuerpo, sobresalto o estado de alteración, etc.);
- Formas de abordar estados de agitación dependiendo de su avance (el dispositivo solo se puede utilizar en estadios de agitación leve, debido a que en casos avanzados se necesita de un especialista presente y/o tratamientos farmacológicos);
- Recomendaciones para el relacionamiento con una persona con demencia.

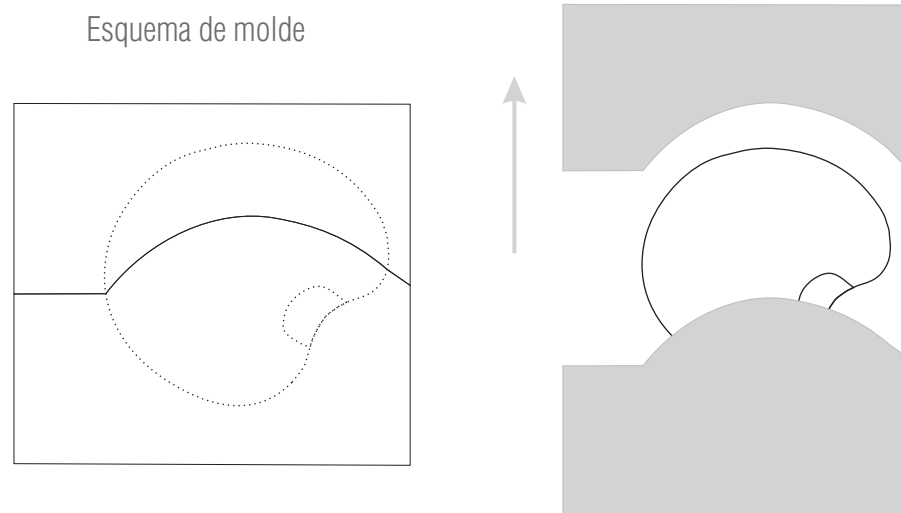
Se incluiría la misma secuencia de uso planteada en la página 10 con las imágenes ilustrativas.

4.2.12 ASPECTOS TECNOLÓGICOS: PROCESO PRODUCTIVO

Proyección en Madeira

Material: Aluminio

Se compone de dos partes



Fabricación en china



El dispositivo final presentará una línea de desmolde donde está marcado.

Se seleccionó este lugar para que no interfiriera con las zonas más manipuladas.

La forma de la línea de desmolde se pensó para que armonizara con la forma, imitando el contorno.

Esta línea es ligeramente perceptible y en las pelotas probadas no resulta una interferencia en la actividad.



ELECCIÓN DE MATERIALES Y ACABADOS

El poliuretano se fabrica a partir de la reacción química de isocianatos y alcoholes polihídricos, en una inyección bicomponente. La espuma comienza a expandirse dentro del molde (depende la cantidad de material la densidad que presentara) hasta llegar a los bordes y luego cura generando una piel que da la terminación.

Seleccionamos una espuma de poliuretano con base en éter, de densidad aproximada a 21 kg/m³ y una dureza de 18 según escala shore A*

*Información aproximada en entrevista informal con Raúl Madeira, empresario a cargo de Madeira Plásticos. Para una información más precisa se agendó otra entrevista a concretar (ver apéndice I)



4.2.13 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD ECONÓMICA

ANÁLISIS DE COSTOS / Materiales y componentes

Se plantea producir en primera instancia 30.000 dispositivos, este numero responde aproximadamente a la mitad de la población uruguaya con demencia. Esta cantidad a producir permite un costo de \$55, quedando un producto económico y accesible para los usuarios.

MOLDE	MATERIAL	FABRICACIÓN
U\$U 3.500 (Proyección en Madeira)	Espuma de poliuretano (PU)	Mano de obra
U\$U 1.500 (Fabricación en china)	U\$U 0.30 (Por unidad)	U\$U 1 (Por unidad)
U\$U 5000 (Total)		

Se plantea en una primera instancia, producir como mínimo 30.000 unidades

$$U\$U5.000 : 30.000 = U\$U0.17$$

$$U\$U0.17 + U\$U0.30 + U\$U1 = U\$U1.47 \times 1 \text{ unidad}$$

$$\$29.70 \times U\$U1.47 = \$43 \text{ por unidad}$$

ANÁLISIS DE COSTOS / Envase

TUBO CON FONDO Y TAPA	GRÁFICA
\$ 8	\$4

\$43 por unidad

\$12 por unidad

COSTO TOTAL: \$55

La empresa Madeira proyectaría el molde y la fabricación se realizaría en china, obteniendo la finalización de dicho molde en 90 días aproximadamente. El proceso de fabricación mediante inyección de bicomponente, se efectuaría en Argentina.

Una vez que el material entra en el molde, se esperan 4 minutos aproximadamente, (tiempo necesario para que fragüe el material)

En una primera instancia se realizaría la producción con un solo molde, al aumentar la demanda se podría sumar más moldes, generando que el proceso de producción se agilice y el costo por unidad disminuya.

4.3 VERIFICACIONES

4.3.1 SESIONES DE VERIFICACIÓN CON USUARIOS CON DEMENCIA



Se pudo verificar el dispositivo con el usuario AMD, se observó aceptación en la manipulación, el usuario permaneció 12 minutos utilizando *PACÍFICO*.

Comenzó experimentando la actividad planteada, con su acompañante.

Se lo observó a gusto con la actividad, no manifestó incomodidad y participó activamente.



Se lo observó a gusto con la actividad, no manifestó incomodidad y participó activamente.

Se observó que realizaba diversas manipulaciones, ejerciendo presión sobre el dispositivo con las palmas y dedos.

Se realizaba masajes en palmas, incluso se lo acercó a la cara.

Tomándolo la mayoría del tiempo como muestra la imagen, tocándolo con ambas manos.





4.3.2 SESIONES DE VERIFICACIÓN CON USUARIOS ACOMPAÑANTE



Se pudo verificar con el usuario acompañante, que se manifestó a gusto con la actividad y el diseño del dispositivo.

Mencionó que le resultaba “práctico y relajante”.

En la actividad dicho usuario se realiza estimulaciones en ambas manos, pero tiende a la manipulación con una sola, como muestra la imagen.

En la actividad vincular el usuario manifiesta agrado por la situación generada, comenta que le resulta una forma real de acercarse a su familiar.

La actividad vincular se extendió por 4 minutos.

Luego el usuario acompañante finalizó su interacción y el usuario AMD continuó la estimulación con el dispositivo.



4.3.3 SESIONES DE VERIFICACIÓN CON PERSONAS CALIFICADAS.

DIPLOMADA EN PSICOGERONTOLOGÍA DESIREE AMBIELLE



La profesional remarcó algunos aspectos positivos del dispositivo:

- La actividad "armonizante" que genera para el AMD;
- Las estimulaciones de las praxias en el AMD como método atenuante de otros síntomas de la demencia;
- La posibilidad de establecer un vínculo sin conflictos entre el AMD y su acompañante, a través de una actividad puntual;
- La libertad de movimientos y manipulaciones que el dispositivo presenta.

Planteó la posibilidad de otros diseños similares para estimulaciones variadas.



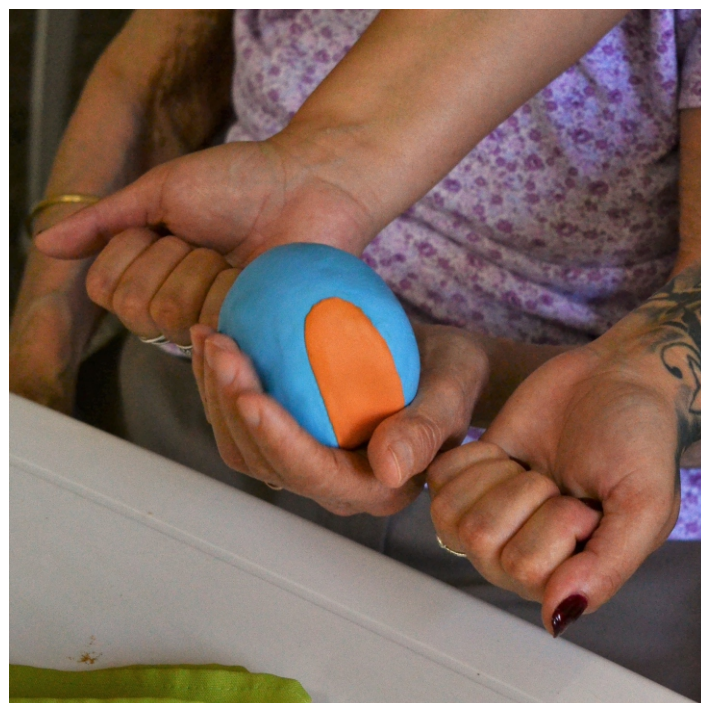


LICENCIADA EN ENFERMERÍA



La profesional manifestó que la propuesta le resultaba “interesante y cómoda”, remarcó como aspectos positivos, los colores utilizados y la dureza del dispositivo.

Comentó que le resultaba una actividad “útil” ya que en varias ocasiones durante el día los AMD se agitan y resulta dificultoso, poder atenderlos.



Al experimentar con el AMD remarcó que se adaptaba fácilmente a las manos.

V

A MODO DE
CONCLUSIÓN







Una vez que la persona con demencia acepta el contacto, con el uso de *PACÍFICO* logra revertir el proceso del estado de agitación. (Validado por profesionales y testado en prototipo funcional)

La persona cuidador, familiar o allegado cuenta con una herramienta (*PACÍFICO*) que le permite mediar con el estado de agitación, y al ganar en autoconfianza aminora su propia ansiedad que actúa negativamente pudiéndose convertir en un agente estresor más del entorno que se suma al síndrome.

PACÍFICO se presenta como un objeto más dentro del entorno de objetos existentes en el hogar, visualmente no es asociado a ayudas técnicas, ni a productos clínicos ni hospitalarios, que discriminan al adulto mayor con demencia como “enfermo”.

El campo de Diseño se ve ampliado ofreciendo nuevos aportes que mejoren las relaciones entre las personas, proponiendo productos que se ajusten a necesidades, limitaciones, expectativas y capacidades de los usuarios (adulto mayor y allegado en nuestro caso).

El presente trabajo sienta las bases para futuras investigaciones en el tema, tanto sea profundizando u optimizando la solución propuesta, como generando otros productos que atiendan a síndromes análogos presentes en poblaciones adultas mayores con diferente funcionalidad.

VI

BIBLIOGRAFÍA





- Baltar, A. L. (2006). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: El papel de los pensamientos disfuncionales (No. 12005). Imserso.
- Batthyány, K., Berriel, F., Carabajal, M., Genta, N., Paredes, M., Pérez Fernández, R., Perrotta, V. (2014). Las personas mayores ante el cuidado Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Montevideo, Uruguay.
- Di Giacomo, L., & Etchegaray, E. (2014). Aportes desde el diseño industrial a la mejora de la calidad de vida de los niños con cáncer en el Uruguay.
- Espín Andrade, A. M. (2012). "Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia". *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 493-402.
- Fernández Marinovic, M. E. (2014). BILU: aportes a una educación no sexista en el Uruguay a través de la creación de dispositivos de juego coeducativos para niños y niñas de segunda infancia.
- González-Arévalo, K. A. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia.
- Guerrero-R, N., & Yépez-Ch, M. C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Hernández, M. G., Guerra, J. J. L., & Arjona, L. G. (2014). Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. *Panorama Cuba y Salud*, 6(2-3), 20-25.
- Landriel, E. (2001). "Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervención del trabajo social". Ponencia presentada en el XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Familia, ciudadanía y transformación social desde la dimensión humana: desafíos para el Trabajo Social latinoamericano. Lima, Perú.
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess*. 2014;18(39):1-226.
- Lüscher, M. (1971). *Der Lüscher-Test: Persönlichkeitsbeurteilung durch Farbwahl*. Rowohlt.
- Muñiz, R., & Olazarán, J. (2009). Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación Técnica a Profesionales. Madrid: Fundación Maria Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., & Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2), 161-178.
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., & Muñiz-Schwochert, R. (2012). "Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento". *Rev Neurol*, 55(10), 598-608.
- Placeres Hernández, J. F., De León Rosales, L., Delgado Hernández, I. (2011). "La familia y el adulto mayor". *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483.

- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39-49.
- Slachevsky Ch, A., & Fuentes, P. (2005). "Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica". *Revista médica de Chile*, 133(10), 1242-1251.
- Socarrás, A. C. R., & Torres, K. B. (2007). "Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes". *Correo Científico Médico de Holguín*, 11(4 Suppl 1).
- Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia Espin, 2008 Trabajo Final de Grado: Monografía Demencias y estigma Estudiante: Nerea María Zunino Cabrera Tutor: Prof. Tit. Robert Pérez Fernández, 2016

Las definiciones utilizadas en el glosario se tomaron de:

Van Hoof, H. (1999). *Manual práctico de traducción médica: diccionario básico de términos médicos:(inglés-francés-español)*. Editorial Comares.

Sitio oficial de la organizacion mundial de la salud: <http://www.who.int/es/>

Sitio oficial de la Real Academia Española: <http://www.rae.es/>

Sitio oficial del Ministerio de Desarrollo Social de la República Oriental del Uruguay: www.mides.gub.uy/

VI

APÉNDICE







ÍNDICE

Apéndice A - Relevamiento de bibliografía especializada	1
Apéndice B - Consultas a informantes calificados.....	11
Apéndice C - Relevamiento de objetos para personas con demencia	20
existentes en el mercado	
Apéndice D - Sesiones de aproximación al usuario	31
Apéndice E- Observacion y analisis de las interacciones del adulto mayor	41
frente a una actividad manual planteada	
Apéndice F -Cédula antropométrica	60
Apéndice G -Comprobación grupal de modelos y materiales con AMD	70
Apéndice H - Sesiones de comprobación de avances del proceso de diseño	80
con personas calificadas.	
Apéndice I - Visita a fábrica.	87



FICHA BIBLIOGRÁFICA

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“El objetivo de este boletín es revisar el manejo de la agitación, destacando las medidas preventivas y las intervenciones no farmacológicas, así como las ventajas e inconvenientes del tratamiento farmacológico”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

Los síntomas psicológicos y conductuales con frecuencia dominan el cuadro clínico de las personas con demencia. Estos síntomas incluyen: agitación, agresividad, alucinaciones, ideas delirantes, vagabundeo, humor deprimido, ansiedad, insomnio, conductas intrusivas o inapropiadas.

La agitación genera una pérdida de la calidad de vida de la persona, más allá del deterioro propio, se generan estrategias para tratar a las personas, como aislarlos, medicar de manera excesiva, y se observa una sobrecarga en el cuidador que de manera indirecta influye en el trato con el paciente. Todos estos factores influyen en la decisión de trasladar al AM a distintos centros de cuidados (residencias-hogares). Para manejar éste síntoma se presentan distintos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

- ¿Qué aporte puede hacer el diseño en las terapias no farmacológicas?
- ¿Cuál es el sentido más adecuado para trabajar la agitación desde la multisensorialidad?
- ¿Se puede trabajar muchos sentidos a la vez o no es recomendado?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores trabajan la prevención de la agitación, mostrando los tratamientos farmacológicos que se usan y plantean una revisión sistemática recientemente hecha en una residencia geriátrica, donde se plantean medidas no farmacológicas, marcando estas como muy buenas y positivas para los AM, por ejemplo cuidados personalizados, intervenciones sensoriales y musicoterapia.

APORTES DEL TEXTO:

El texto aporta distintos tratamientos para mejorar la calidad de vida. Se plantea tratamientos no farmacológicos que previenen y controlan la agitación en el AM. En la revisión realizada, marcan algunas actividades que no fueron efectivas, como trabajar la aromaterapia y terapia lumínica. Se menciona como muy positivo sumar terapias no farmacológicas para disminuir o controlar los fármacos.

POLÉMICAS:

Una de las principales discrepancias que se plantean es qué posibilidades reales tienen los familiares de una persona con demencia para poder satisfacer de forma correcta sus necesidades psicológicas. Debido a su falta de formación y a su lazo afectivo, resulta difícil cumplir con algunas de los planteos que realiza el ensayo.

TOMA DE POSICIÓN:

El texto resulta interesante y aporta al tema a investigar. Se plantea un estudio realizado en tratamientos no farmacológicos a personas con demencia en un residencial, donde se observa el manejo de la agitación tanto a corto plazo como a los 6 meses. También plantea que los fármacos no siempre previenen: los fármacos no han demostrado concluyentemente prevenir la aparición de agitación, algunos fármacos como los antipsicóticos reducen la incidencia pero no su gravedad o duración.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Agitación / Tratamiento farmacológico / Anciano / Tratamiento no farmacológico / Demencia / Delirium.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL EN UN ESPACIO SNOEZELLEN: CONCEPTO Y CAMPOS DE APLICACIÓN

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“Este artículo ofrece de forma sintética una visión del concepto Snoezelen y de lo que implica una intervención en este tipo de espacios. Se trata de proporcionar a las personas la oportunidad de gozar de un espacio que les ofrezca sensaciones de placidez y bienestar”.

Hay distintos elementos que tienen que estar para cumplir los objetivos de dicha experiencia: elementos táctiles, elementos vibratorios, elementos vestibulares, elementos visuales, elementos auditivos, elementos gustativos y olfativos.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

Se presentan distintas investigaciones científicas que describen cómo se está aplicando esta intervención en diferentes colectivos, como personas con discapacidad intelectual, personas con demencias y Alzheimer, personas con enfermedad mental, personas con niveles elevados de estrés, etc. Los resultados muestran el aumento del nivel de relajación, disminución del nivel de conductas disruptivas, aumento del nivel de bienestar, etc.

Se presentan distintos estudios realizados a personas con demencia en interacción con las salas.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿En todos los casos de aplicación a los diversos colectivos se observa la misma metodología de experimentación?

¿Podría ser aplicable a personas con demencia en Uruguay?

¿Cuál es el costo de una sala Snoezelen?

¿Quién lleva adelante la experiencia? ¿Un guía?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores de este trabajo plantean los distintos campos de aplicación de la estimulación Snoezelen. Dentro de la experimentación de dichas salas a personas con demencia, se genera una revisión de 21 estudios realizados.

APORTES DEL TEXTO:

De los 21 estudios revisados, 14 mostraron efectos positivos después de participar en una sesión Snoezelen.

Cuando se analizó por un período de tiempo la experimentación, solo en uno de ellos se demostraron resultados positivos. En su mayoría los resultados fueron positivos, pero se plantean algunas fallas metodológicas que redujeron los resultados esperados.

Moriarty (2002) presenta un estudio realizado a una mujer con Alzheimer que presentaba alteraciones en la conducta. Se genera un seguimiento por 18 meses, observando un decrecimiento claro del nivel de alteración conductual durante la sesión.

POLÉMICAS:

De la revisión de estudios realizados a personas con demencia sobre la intervención Snoezelen, se plantean algunas limitaciones metodológicas a la hora de realizar la experimentación.

TOMA DE POSICIÓN:

Se presentan resultados favorables y que cumplen con los objetivos planteados, en su mayoría los estudios de intervención realizados son positivos y se demuestra el decrecimiento de la alteración y la mejora en la conducta de las personas.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Snoezelen / Estimulación Multisensorial / Terapia / Relajación / Bienestar emocional.



FICHA BIBLIOGRÁFICA

MANEJO DE AGITACIÓN EN DEMENCIAS

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXO:

Con la demencia aparecen con frecuencia los síntomas neuropsiquiátricos, generando estrés a la persona con demencia y a sus cuidadores. El poder controlar y manejar adecuadamente estos síntomas previene la aparición de trastornos del ánimo y ansiedad, así como la institucionalización de la persona.

La implementación de medidas no farmacológicas son las menos riesgosas, en el caso que esto no sea suficiente se tendrá que recurrir a fármacos.

IDEAS CLAVES DEL TEXO:

Se menciona la definición de demencia y el deterioro que esta enfermedad genera para la persona y sus allegados.

Los síntomas más frecuente son los conductuales y psicológicos, donde se observa la agitación como un factor estresante para el paciente y su cuidador. Se presentan distintas definiciones de agitación en pacientes con demencia.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXO:

¿Las terapias no farmacológicas son adecuadas?

¿Cómo selecciono la terapia no farmacológica para intervenir?

¿Qué características presenta la persona con demencia cuando el estado de agitación está siendo controlado?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

El objetivo de este artículo es revisar la literatura referente al manejo de agitación en pacientes con demencia.

Se plantea información de posibles características que presenta una persona que está entrando en un síntoma de agitación.

Los tratamientos no farmacológicos son fundamentales para controlar la agitación, sin poner en riesgo a la persona

APORTES DEL TEXO:

Este texto aporta información para ayudar al cuidador a detectar cuándo la persona con demencia presenta características de estado de agitación, también cuáles son las consecuencias de dicho estado.

Las medidas no farmacológicas cumplen un rol fundamental en el manejo de la agitación, presentando poco riesgo para la persona, y deben ser consideradas en una primera instancia. Si estas no son suficientes, se debería recurrir a fármacos.

POLÉMICAS:

No hay un criterio uniforme para definir agitación en estos pacientes.

No se presentan suficientes estudios con enfoque al manejo de la agitación.

TOMA DE POSICIÓN:

Se plantea información de cómo abordar y manejar los estados de agitación en personas con demencia, posibles terapias no farmacológicas que presentan resultados positivos en dichas personas, aunque no brinda la información suficiente sobre las terapias utilizadas.

El autor manifiesta que hay pocos estudios con un diseño de alta calidad que se enfoque al manejo de estos síntomas.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Manejo de agitación / Manejo no farmacológicas / Manejo farmacológicas.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

TERAPIA DE REMINISCENCIA Y SUS EFECTOS EN LOS PACIENTES MAYORES CON DEMENCIA

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“El tratamiento de la demencia ha transitado desde un enfoque netamente orientado a la mejora del funcionamiento cognitivo hacia la consideración de otros aspectos, como la capacidad funcional, la calidad de vida, los trastornos del comportamiento, afectivos y psiquiátricos, y la sobrecarga del cuidador. En esa línea, se avanza con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Dentro de estos últimos se ubica la terapia de reminiscencia”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

Se analizaron cuatro estudios sobre la aplicación de terapia de reminiscencia en pacientes con demencia y se encontraron resultados positivos, tanto en el plano de conductas, aumento en la sociabilidad, mejora en la memoria autobiográfica, ente otras. Se observaron algunas debilidades en estos estudios en el ámbito metodológico, que se tomarán en cuenta en próximas investigaciones.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿Se puede realizar la terapia tanto individualmente como grupal?

¿Solo puede guiar la actividad un terapeuta? ¿Qué pautas se tienen en cuenta para encarar esta terapia?

Si la persona se altera en la terapia, ¿cuáles son las recomendaciones?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

El autor destaca de la reminiscencia su carácter terapéutico y adaptativo, permitiéndole dar un nuevo significado a distintos recuerdos y generar una nueva visión de la vida al revisar experiencias del pasado y conflictos sin resolver, ofreciendo una reflexión sobre esos recuerdos.

Con esto, el adulto con demencia conseguiría un sentimiento de serenidad y sabiduría.

APORTES DEL TEXTO:

El texto presenta el relevamiento de 4 estudios de la aplicación de la terapia de reminiscencia en personas mayores con demencia.

Se registran los resultados positivos y las posibles mejoras en futuras investigaciones al caso.

Se plantea a futuro la necesidad de generar nuevos estudios con la población más acotada (avance del deterioro) para obtener resultados más concretos y ordenados.

POLÉMICAS:

Los estudios relevados presentan debilidades en las estrategias metodológicas.

También surge la pregunta de si existe posibilidad de aplicar esta terapia a escala hogareña (guiado por un familiar) y si esta tendría efectos comprobables sobre el paciente.

TOMA DE POSICIÓN:

Se presentan estudios y ensayos realizados, la información y los resultados se exponen en tablas, generando un registro de manera ordenada, para encontrar la información deseada.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Demencia / Estudios / Deterioro cognitivo / Revisión / Efectos / Terapia de reminiscencia.



FICHA BIBLIOGRÁFICA

¿QUÉ APORTA LA MUSICOTERAPIA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“El presente trabajo aborda la relevancia que puede tener la musicoterapia en el tratamiento de los pacientes de la enfermedad de Alzheimer”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

El texto presenta la musicoterapia y de qué manera influye en las personas que padecen Alzheimer. También plantea los efectos específicos que produce la música en personas que padecen esta enfermedad y los beneficios de esta terapia.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿En qué etapa de la enfermedad se recomienda la terapia?

¿Se puede aplicar cuando una persona está en un estado de agitación?

¿Se utiliza en forma grupal como individual?

Si se realiza a nivel hogareño, ¿puede cumplir el rol de guía de actividad un familiar?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

La investigación se divide en 3 capítulos, en el primero se menciona la enfermedad de Alzheimer, en el segundo se presenta la musicoterapia, se explica cómo se lleva a cabo, y en el último capítulo se muestra la aplicación y resultados de la intervención de la musicoterapia en adultos con demencia

APORTES DEL TEXTO:

El texto aporta dos objetivos fundamentales de dicha terapia, por un lado, la prevención, generando que los adultos mayores estén activos para evitar las situaciones de discapacidad, y, por otro lado, la intervención terapéutica, trabajando con objetivos formulados para cada paciente.

POLÉMICAS:

Las autoras de dicha investigación aseguran que la terapia se puede llevar a cabo con normalidad ocasionalmente en domicilios particulares, pero no se brinda información al respecto ni se plantea la metodología a utilizar.

TOMA DE POSICIÓN:

Se plantea un trabajo de investigación realizado en Barcelona, las autoras aclaran que deciden realizar este trabajo por su interés en la medicina y porque conviven en su entornos familiar con personas con EA. También demuestran interés y acercamiento a la música, integrando ciencia y música en este trabajo.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Enfermedad de Alzheimer / Tratamientos no farmacológicas / Musicoterapia.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: TERAPIA SNOEZELLEN EN DEMENCIAS

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“Realizar una revisión de los artículos científicos publicados con anterioridad referidos a la aplicación de la terapia Snoezelen en pacientes con demencia”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

La aplicación de la terapia Snoezelen (terapia multisensorial) en pacientes con demencia leve o severa (en la mayoría de los estudios relevados) arroja resultados positivos observables a corto plazo en cuanto al estado de ánimo, la conducta, la apatía y la comunicación en pacientes con demencia.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

- ¿Cómo se realiza la terapia Snoezelen?
- ¿De qué elementos consta?
- ¿Podría ser aplicable a terapias en Uruguay?
- ¿Cuál es el costo de una sala Snoezelen?
- ¿Se podría llevar al campo del diseño de un dispositivo?
- ¿Se podría aplicar a un dispositivo de uso hogareño?
- ¿Podría generar los mismos efectos?
- ¿Ayuda también en casos de demencia leve?
- ¿Solo se podría realizar por un especialista?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores concluyen en que la terapia Snoezelen resulta beneficiosa para ciertos aspectos ya nombrados del paciente con demencia. La falta de documentos escritos sobre el tema genera falta de sustento en el ensayo. A su vez ninguno de los textos analizados obtiene resultados a largo plazo concluyentes.

APORTES DEL TEXTO:

El texto aporta nuevos conocimientos respecto a terapias sensoriales en pacientes con demencia, abriendo las puertas de un campo no explorado y sumamente interesante para el tema sobre el que se pretende escribir. A su vez los resultados arrojados son positivos, sobre todo en la apatía, tema de interés de los lectores.

POLÉMICAS:

En principio una de las principales dudas que se plantean es la falta de sustento del ensayo escrito (expuesto por los propios autores). También surge la pregunta de si existe posibilidad de aplicar algún elemento de esta terapia a un dispositivo hogareño y si este tendría efectos comprobables sobre el paciente.

TOMA DE POSICIÓN:

El texto resulta interesante y aporta al tema a investigar, aunque no es 100 % concluyente y no brinda la información suficiente de las terapias utilizadas. Resulta un buen puntapié inicial. Las autoras son estudiantes de la universidad de Murcia de Fisioterapia.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Sala Snoezelen / Demencia / Alzheimer / Apatía / Terapia de reminiscencia / Agnosia / Apraxia

FICHA BIBLIOGRÁFICA

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“Realizar una revisión de los artículos científicos publicados con anterioridad referidos a la aplicación de la terapia Snoezelen en pacientes con demencia”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

Las distintas maneras de abordar los síntomas psicológicos y conductuales de un paciente con demencia deben ser tanto farmacológicas como no farmacológicas. Es fundamental que ambas estén presentes, brindando al paciente la mayor estabilidad. Los tratamientos no farmacológicos ocupan un lugar fundamental en la calidad de vida del paciente. Es necesario realizarlos analizando meticulosamente los síntomas, brindándole el tratamiento adecuado al problema puntual, respetando los rasgos de su personalidad y decodificando cómo estos han mutado en el avance de la enfermedad.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿Qué aporte puede hacer el diseño en las terapias no farmacológicas?

¿Cómo se puede involucrar el diseño en la relación paciente-cuidador?

Si cada caso es tan específico, ¿se podrá desarrollar un dispositivo que satisfaga las necesidades de un grupo poblacional?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores posicionan los factores psicológicos y ambientales como una parte fundamental del bienestar del paciente. También realzan el lugar de las terapias no farmacológicas y del preciso diagnóstico del síntoma conductual en el paciente. Un punto sumamente interesante es cómo los rasgos de la personalidad premórbidos evolucionan de forma lineal en trastornos conductuales. Existe una forma de comprender la conducta. Los autores hablan del respecto hacia el paciente y su personalidad, dato que resulta rescatable para la investigación realizada.

APORTES DEL TEXTO:

El texto aporta nuevas miradas hacia el paciente y las posibles formas de intervenir en la mejora de su calidad de vida, entender y respetar sus personalidades definidas, deseos y necesidades que exceden la demencia. Esta mirada abre nuevos puntos de investigación y cambia el enfoque del dispositivo a diseñar.

POLÉMICAS:

Una de las principales discrepancias que se plantean es qué posibilidades reales tienen los familiares de una persona con demencia para poder satisfacer de forma correcta sus necesidades psicológicas. Debido a su falta de formación y a su lazo afectivo, resulta difícil cumplir con algunas de los planteos que realiza el ensayo.

TOMA DE POSICIÓN:

El texto resulta útil aunque solo algunos fragmentos, debido a su enfoque tan académico-medicinal. Deja por fuera algunos factores culturales y no trata el vínculo familiar, pero sí plantea un enfoque interesante y brinda ciertas informaciones muy precisas que sirven como sustento del tema a investigar.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Demencia / SPCD / Hiperfagia / Apatía / Deterioro cognitivo / Psicosis / Cuerpos de Lewy / Degeneración multisistémica / Alzheimer.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

LAS PERSONAS MAYORES ANTE EL CUIDADO

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

Exponer y analizar la realidad de los adultos mayores en el Uruguay, dentro y fuera del sistema de salud.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

El texto cuenta con cuatro capítulos:

“Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia”, por Mariana Paredes y Robert Pérez Fernández.

“Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo”, por María Carbajal y Fernando Berriel.

“¿Qué nos dicen los expertos sobre el cuidado de calidad de personas mayores? Un análisis de género”, por Karina Batthyány, Natalia Genta y Valentina Perrotta.

“Demoras, diagnósticos y tratamientos para las personas con demencia en el sistema de salud de Uruguay: un análisis de situación”, por Robert Pérez Fernández.

Cada capítulo profundiza en un aspecto de la vida del adulto mayor, las limitaciones y las dificultades a las que se expone en los últimos años de su vida, padeciendo o no demencia.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿Qué realidades del adulto mayor son contempladas en el sistema nacional de cuidados y cuáles no?

¿Cómo funciona el Sistema Nacional de Cuidados y qué alternativas les da a los familiares?

¿Cuáles son las mejoras posibles al sistema médico que tenemos hoy en día?

¿Por qué los tratamientos no farmacológicos no están contemplados dentro de las terapias utilizadas en la demencia?

¿Las personas con demencia o sus familiares reciben ayuda financiera de parte del estado?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores presentan como propósito profundizar en la realidad del adulto mayor en el Uruguay de hoy en día, lo vulnerabilizado que se encuentra y lo expuesto que está él y su familia a situaciones poco favorecedoras. El panorama para envejecer en Uruguay resulta un tanto desalentador. Aunque no sea el objetivo principal, considero que se intenta concientizar al respecto de la calidad de vida de un adulto mayor, sobre todo si presenta alguna enfermedad.

APORTES DEL TEXTO:

El texto resulta sumamente interesante para comprender la realidad del Uruguay, conocer al adulto mayor, sus necesidades y sus posibilidades hoy en día. Cómo se construye su familia y qué lazos presenta son aportes fundamentales para el trabajo que hemos realizado porque nos permite conocer a profundidad al usuario con el que tratamos.

POLÉMICAS:

La polémica se genera más allá del texto y viene de la mano con replantearse la propuesta para las personas con demencia en Uruguay hoy en día. Es difícil creer que la realidad planteada sea lo mejor que el estado tiene para ofrecer a una población tan vulnerable.

TOMA DE POSICIÓN:

La realidad del adulto mayor en Uruguay tiene que ser mejorable, se tiene que trabajar en la búsqueda de alternativas y planes de contención para un grupo poblacional que se está dando por olvidado, la vejez es la etapa más larga de la vida y debería ser vivida con calidad de vida.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Adulto mayor / Familia / Enfermedad / Sistema de salud / Demencia / Medicaciones / Accesibilidad.



FICHA BIBLIOGRÁFICA

INTERVENCIÓN EN DEMENCIA MEDIANTE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXTO:

“Analizar la efectividad clínica de la estimulación multisensorial (Snoezelen) como intervención terapéutica en personas mayores con demencia e identificar la calidad metodológica de los artículos en inglés o en español publicados en los últimos 10 años”.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

El texto se centra en la búsqueda de distintas aplicaciones de terapias multisensoriales con el interés de compararlas entre sí, no solo para probar su efectividad, sino también para exponer las diferencias entre sí.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

- ¿Qué resultados arrojan los tratamientos a mediano y largo plazo?
- ¿En demencias avanzadas qué resultados exponen?
- ¿Qué otras terapias presentan mejoras en personas con demencia?
- ¿Las mejoras cognitivas son evaluadas bajo qué test?
- ¿Qué duración presentan en el tiempo las mejoras cognitivas?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores presentan como propósito la comparación de las distintas terapias multisensoriales con el fin de abrir el panorama con respecto a este tipo de terapia y exponer que hay resultados positivos al aplicarlas. Dichos resultados están comprobados a corto plazo, pero mejoran considerablemente la calidad de vida de la persona con demencia.

APORTES DEL TEXTO:

Abre considerablemente el panorama de las terapias de tipos Snoezelen o multisensoriales, presentando serias alternativas para su aplicación. También indirectamente plantea cómo la estimulación de diversos sentidos genera distintas mejoras. Información sumamente útil para el trabajo planteado, ya que nos permite discriminar y ser más precisas a la hora de elegir las estimulaciones sensoriales en las actividades que planteamos.

POLÉMICAS:

La problemática en estos textos se repite, no es concluyente, no se puede tomar como certeza los estudios realizados son pequeños y a corto plazo. Además la enfermedad avanza y es difícil probar las mejoras.

TOMA DE POSICIÓN:

El texto resulta claro y preciso, utiliza un lenguaje entendible que permite ser leído con facilidad. La información que presenta no es la más específica para la temática elegida, pero podemos tomar información sumamente útil. Con respecto a los resultados de los estudios, resultan un tanto vagos, pero pueden tomarse como puntapié inicial para apoyar este tipo de terapias experimentales que no generan ningún efecto secundario en los pacientes.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Enfermedad de Alzheimer / Demencia / Estimulación multisensorial.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y DE REHABILITACIÓN EN LA DEMENCIA MODERADA

PLANTEAMIENTO GLOBAL DEL TEXO:

En este artículo se profundiza sobre los beneficios que la musicoterapia puede aportar en el plano cognitivo y/o conductual de los ancianos con demencia.

IDEAS CLAVES DEL TEXTO:

El artículo se basa en la presentación de textos que comparan la aplicación de la musicoterapia en adultos con demencia moderada con su tratamiento terapéutico ocupacional normal. Se seleccionaron ensayos controlados aleatorios, ensayos caso-control y estudios pilotos. Todos publicados entre enero de 2002 y enero de 2012, en base de datos médicas específicas.

PREGUNTAS QUE SUSCITA EL TEXTO:

¿Se pueden constatar verdaderas mejoras en las conductas de los adultos mayores a largo plazo?

¿Es posible implementar este tipo de terapia en el ámbito local?

¿Existen musicoterapeutas en Uruguay?

¿En qué otros campos se puede aplicar la musicoterapia?

Ya que los resultados no son concluyentes, ¿es realmente beneficiosa la musicoterapia en personas con demencia?

PROPÓSITO DEL AUTOR:

Los autores concluyen que la musicoterapia según los estudios relevados sería beneficiosa para las personas con demencia leve y moderada en aspectos cognitivos, conductuales y de comportamiento social.

APORTES DEL TEXTO:

El texto plantea distintas alternativas de implementación de la musicoterapia y cómo estas afectan de diferentes formas a los usuarios que se expusieron a ellas. Resulta muy interesante para poder entender la dinámica intrínseca en la musicoterapia.

POLÉMICAS:

La discusión principal que se genera ronda alrededor de la comprobación de la efectividad del tratamiento. Los textos utilizados no presentan resultados concluyentes, por ende no existen pruebas fehacientes de que la musicoterapia sea efectiva en personas con demencia. Sucede también que es difícil de cuantificar la mejora en los SPCD, ya que los datos arrojados con más cualitativos que cuantitativos.

TOMA DE POSICIÓN:

El texto resulta interesante y aporta al tema a investigar, aunque no es 100 % concluyente. Plantea varias alternativas de aplicaciones de la musicoterapia, lo que permite profundizar bastante en el tema. No es un texto descriptivo, por ende hay aspectos de la terapia que no están especificados. Es necesario tener cierto background de conocimiento sobre las terapias no farmacológicas para que este texto resulte útil.

LÉXICO Y CONCEPTOS CLAVE:

Musicoterapia / Demencia moderada / Rehabilitación.



CONSULTAS A INFORMADOS CALIFICADOS

NOMBRE: Dra. Ana Kmaid

ESPECIALIDAD: Médica Geriatra. (Profesora agregada del Departamento de Geriatría y Gerontología del Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela).

FECHA: Julio 2015

TIPO DE ENTREVISTA: Abierta

TEMÁTICAS DE INTERÉS DE LA ENTREVISTA

Punteo a tratar

- Aproximación patológica de la demencia;
- ¿Cómo la enfermedad va deteriorando al adulto mayor?
- ¿Cómo surge la enfermedad? ¿Qué se recomienda?

CONCEPTOS DESTACADOS DE LA ENTREVISTA

Que una personas llegue a la vejez no implica que tenga un deterioro cognitivo, los mayores de 80 que no tienen una enfermedad cerebral envejecen cognitivamente sin deterioro (su memoria se preserva, su capacidad de aprender se preserva), solamente hay mínimas diferencias en la velocidad cerebral.

Cuando la vejez avanza, hay más posibilidades de tener una enfermedad demencial, porque hay “cosas” neurobiológicas donde la prevalencia aumenta.

Mayores de 60 años tienen una posibilidad de 5 % de tener demencia, mayores de 80 años aumenta entre un 40-50 % la posibilidad.

Las enfermedades que provocan demencia son frecuentes en edades avanzadas.

Enfermedades que afectan al cerebro y terminan su evolución en demencia:

- Alzheimer (la más frecuente);
- Encefalopatía vascular, enfermedad del cerebro producida por daño vascular (arteria) infarto o hemorragia;
- Otras enfermedades, degeneraciones globales frontotemporales, enfermedad por cuerpo de Lewy, Párkinson.

Para que se produzca una demencia tiene que haber un daño difuso, global, en el cerebro, no solo en un sector, puede empezar en un lugar y luego ser global.

La demencia implica la afectación de funciones cerebrales, razonamiento, capacidad de organizar, memoria, lenguaje. Todo esto se va afectando y en determinado momento afecta las actividades cotidianas de las personas.

En etapas muy avanzadas el paciente va perdiendo todo.

Se puede observar por un lado una queja del paciente o familiar, el paciente es consciente de su dificultad (memoria, lenguaje).

Se realizan pruebas cognitivas y se compara con el mismo paciente o con otros pacientes.

Para dicha comparación se tiene en cuenta:

- Si es una comparación con el mismo paciente, se busca en la historia clínica pruebas de años anteriores;
- Si es una comparación con otro paciente, se busca el rendimiento normal con una persona de tal edad y escolaridad (el neuropsicólogo hace la prueba).

En esta comparación, más de dos desvíos estándar se determina patológico.

Las pruebas cognitivas valoran la cognición, pero dentro de la cognición hay dominio o áreas, el lenguaje, la memoria, capacidades ejecutivas, la abstracción, el juicio, las habilidades visoconstructivas, etc. El que valora elige qué prueba le va a hacer. En su mayoría son todas.

Si hablamos de la demencia, afecta dos o más (global).

La enfermedad de Alzheimer: La afectación inicial es en la estructura del glóbulo temporal. A medida que pasa el tiempo, va afectando el resto del cerebro.

Estas enfermedades se pueden manifestar por la demencia.

Por ejemplo: hace treinta años el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA) en vida de la persona era clínico, no había ningún estudio que confirmara que eso era EA, el diagnóstico definitivo era postmuerte (por anatomía patológica).

Ahora hay técnicas que se llaman in vivo, que demuestran que realmente lo que se está manifestando es Alzheimer. Son marcadores de imagen (resonancia magnética y PET) que demuestran la presencia de Alzheimer en la persona.

En el deterioro cognitivo leve se puede determinar que hay un descenso de un área.

El paciente puede elaborar algo que le brinde cierta seguridad, (con apoyo de algún familiar) como utilizar agenda para recordar actividades.

Las causas del deterioro cognitivo leve son las mismas causas de la demencia, el DCL es más amplio.

La tiroides, vitamina B12, la depresión, estas enfermedades afectan al cerebro.

Si se diagnostica una persona con DCL, se tiene que poder demostrar dicho deterioro con pruebas cognitivas (no con tomografía).

Solo es DCL si está en el cerebro la afectación.

Existen distintos criterios en los diagnósticos para las distintas enfermedades del cerebro que se



apoyan en estudios o examen complementarios, va desde la imagen, tomografía, resonancia nuclear magnética, spect. (estudio donde se mide el cerebro mediante técnica de medicina nuclear) PET, distintas técnicas de imagen que valoran el cerebro. Estos son estudios de imagen, algunos son más específicos que otros, si uno te da positivo es así.

Hay formas de compensar con base en funciones o habilidades de lo que queda, no hay demostrado ninguna intervención que haga revertir el proceso, en general lo que se intenta es estimular la compensación de esos déficits.

No hay intervención farmacológica o no farmacológica que haga retroceder la enfermedad, porque hay una afectación neurobiológica.

Sí se puede estimular y trabajar todas las cosas que el paciente conserva, optimizar y generar estrategias que mejoren la performance cognitiva de ese paciente.

Para hacerle pruebas cognitivas a una persona con deterioro cognitivo leve (DCL), necesitas saber qué déficit cognitivo tiene y qué conserva.

Luego del diagnóstico DCL puede haber intervención farmacológica y no farmacológica, que pueden ser estructuradas o no.

El tratamiento no farmacológico:

- Las “no estructuradas”. Aconsejan mantener, optimizar hábitos saludables, actividad física, no tabaco, no diabetes, todos estos factores son un riesgo para el paciente con DCL.
- “La estructurada” estimulación cognitiva, tienen mayor peso de evidencia en la demencia leve que en el DCL. Los déficits del DCL son mínimos, no hay mucho para compensar. En la demencia es más eficiente el déficit y hay más cosas para compensar.

Por ejemplo: ¿Qué es lo que queremos lograr con la estimulación en el DCL? No se detiene el proceso, no mejora la cognición, sí mejora la calidad de vida diaria (no están tan afectada).

La musicoterapia en el DCL no se aplica y en la demencia

Se presentan distintas etapas de la enfermedad: demencia leve, moderada, severa.

En la leve la persona ve afectadas las actividades instrumentales de la vida diaria, la capacidad para la autonomía en el medio, cocinar, medicación, finanzas, compra, transporte. Es parcialmente consciente de su situación, no hay una conciencia plena, hay conciencia de dificultad que próximamente se pierde. Este paciente requiere supervisión para la medicación, el manejo del dinero. No están afectadas las actividades de autocuidado, el paciente se baña solo, se viste solo, tiene cierta autonomía. En esta etapa solo se puede intervenir para mejorar la calidad de vida.

La persona va a ir cambiando y la forma de vincularse con el familiar también va a cambiar.

Las personas con DCL se convierten en dementes (en un período de tiempo).

También se conocen estudios en paciente sin síntomas, que pueden encontrar placas de amiloide, hay estudios de seguimiento de estos pacientes longitudinales, pueden no desarrollar o sí.

CONSULTAS A INFORMADOS CALIFICADOS

NOMBRE: Dra. Martha Gnocchi.

ESPECIALIDAD: Neuróloga.

FECHA: Febrero 2016.

TIPO DE ENTREVISTA: Abierta

TEMÁTICAS DE INTERÉS DE LA ENTREVISTA

Punteo a tratar

- Propósito
- :Obtener un pantallazo general del funcionamiento del cerebro de una persona con deterioro cognitivo y qué posibilidades de mejora existen;
- ¿Cómo la enfermedad va deteriorando ¿Qué va deteriorando?(químicamente)?
- ¿Qué es lo que le sucede en el cerebro?
- ¿Cómo se genera la depresión a nivel cerebral (por qué se deprimen)?
- ¿Cómo se diagnostica (estudios, valores químicos, tests, charlas)?
- Etapa (tiempos), avances y enfermedades que avanzan el deterioro cognitivo;
- Deterioro natural que sucede, cómo se da y en qué afecta;
- ¿Cómo es el vínculo médico-paciente y médico-allegados?
- ¿Cómo es la rehabilitación del paciente? ¿Qué está planteado? ¿Qué sirve y qué no? En el plano cerebral, ¿qué sucede?, formas de estimular, tiempos para que resulte, tiempos para ver resultados.
- Conocer posibles tratamientos (ejercicios mentales, físicos, dieta etc.), sugerencias o medicación.
- La música y la demencia, existen trabajos que hablan sobre recuperar la memoria a través de música personalizada. ¿Qué se sabe sobre esto?
- ¿Qué otros campos deberíamos explorar, qué deberíamos leer o a quién deberíamos consultar?Lo puse en lista, para usar el mismo criterio que en la entrevista anterior.

CONCEPTOS DESTACADOS DE LA ENTREVISTA

Si nos enfrentamos a un paciente con posible demencia leve, se recomiendan actividades cognitivas, ejercicios intelectuales y hábitos saludables, como por ejemplo:



- Palabras cruzadas, crucigramas;
- La persona que acompaña al paciente le pide que le relate el informativo (que le cuente);
- Leerle un párrafo y que el paciente lo memorice y lo transcriba;
- Poner en funcionamiento partes del cuerpo que no se usaban;
- Dieta mediterránea (pescados, frutas y verduras);
- Ejercicio físico (compensar endocrinas).

Recomendaciones que se les da a la familia/acompañantes:

- Muchos de estos pacientes tienen turbulencias nocturnas. Se recomienda dormir con una luz baja (veladora) para ubicarlo;
- Cambiarlos de entorno puede empeorar su situación;
- Realizar actividades que realizó durante toda su vida;
- Si el paciente se maneja solo por la calle, es necesario que lleve identificación y número de teléfono del familiar, porque se puede distraer y perder;
- En la casa, evitar accidentes. Un lugar peligroso es el baño (colocar agarres, pisos antideslizantes, sobre water, en las escaleras poner un pasamano, sacar las alfombras);
- El calzado tiene que ser cómodo, que agarre y sujete bien el pie;
- Si hay trastorno de equilibrio, retirar las estufas;
- Supervisar el gas de las cocinas y las cosas prendidas (muchos de estos pacientes pierden el olfato y el gusto, se ve con más frecuencia en los pacientes con Alzheimer).

Con el tratamiento farmacológico la medicación tiende a mantener conductas, esto quiere decir que el paciente mantiene la noción de conductas al comer, agarrar los cubiertos, ir al baño, etc. No tiene efectos sobre la memoria.

- El paciente con demencia leve tiene conciencia de su enfermedad. Se deprime, sabe que algo le está pasando (antidepresivos).
- El cuidador-acompañante tiene que tener un día entero libre. No cambiar tanto de cuidador, para no marearlo.
- Con el Alzheimer surge una despersonalización. Influye mucho el carácter previo de la persona, pero puede tener conductas agresivas.
- Con respecto a las actividades: depende del paciente pero en su mayoría los tranquiliza la música, el canto, salir a pasear.

- No mantienen por mucho rato una actividad, el canto y la música es lo que más aguantan con atención.
- Se puede incluir alguna actividad que no realizaba.
- La estimulación cognitiva, sensorial y física es muy importante.
- Relacionarse con otras personas con demencia no suma.
- Cronológicamente el paciente consulta al geriatra, neurólogo y, cuando está más avanzado en la enfermedad, al psiquiatra (se genera así un equipo de trabajo).



CONSULTAS A INFORMADOS CALIFICADOS

NOMBRE: Desireé Ambielle

ESPECIALIDAD: Psicóloga, diplomada en Psicogerontología

FECHA: Junio 2017

TIPO DE ENTREVISTA: Abierta

TEMÁTICAS DE INTERÉS DE LA ENTREVISTA

¿Cómo trabaja el psicólogo con un AMD?

¿Qué terapias realizan?

La agitación y ansiedad en los AMD

El rol del acompañante

Actividades que se realizan para mover el foco de atención (de la agitación)

CONCEPTOS DESTACADOS DE LA ENTREVISTA

Los AM podrían presentar estados de ansiedad, en cualquier actividad cotidiana, nosotros podemos identificar como la persona se pone ansiosa, al saber que tiene que ir al médico, en las fila de los lugares para esperar un turno, etc.

La ansiedad se manifiesta a través de distintos síntomas como la presión, dolor en alguna parte del cuerpo, erupción en la piel, entre otros.

Muchas veces la ansiedad termina en agitación, transpiración de manos, temblor, vértigo.

También aparece el estado maníaco, donde por ejemplo la persona habla y no puede parar.

Los psicólogos nos damos cuenta de los pensamientos, a través del lenguaje, las personas con demencia por lo general se pueden expresar mejor con lenguaje verbal.

El psicólogo que trabaja con el adulto mayor con demencia, trabaja identificando distintos tipos de ansiedad.

En la primer etapa de la demencia se puede trabajar una psicoterapia, donde la persona baja la ansiedad, obteniendo mejor humor, los movimientos repetitivos se analizan (por algo repite lo que repite)

Aparece el trastorno de la memoria, como uno de los síntomas principales en la demencia, la persona manifiesta que se olvida de las cosas, hay que saber si es una queja subjetiva de la memoria o hay un trastorno cognitivo de la memoria.

Si se identifica que no hay un deterioro en la memoria a nivel neuronal, pero si la persona tiene el trastorno de la memoria (en la queja de la pérdida de la memoria, el AM coloca y hace visible otras quejas, como por ejemplo, más atención del familiar, el concepto de pérdida de la memoria porque estas viejo, y con todo esto aparece lo que es la vulnerabilidad del AM y donde puede ser más

escuchado es, en la queja de “estoy perdiendo la memoria, es como una puerta para la salida de las otras quejas, pero tapadas, por eso el análisis es muy importante.

Cuando aparece y se detecta la queja subjetiva se trabaja con psicoterapia, cuando es trastorno cognitivo (a través de algún test o prueba) se genera la estimulación.

Desireé en su práctica genera una experiencia de pacientes con trastornos cognitivos, donde se puede observar una mejoría y obtener un deterioro dudoso y no cognitivo (mejorías en los minimintel, test), realizando distintos ejercicios como, cuentas matemáticas, dibujos, etc.)

También la estimulación a través del lenguaje, con lo narrativo, se le dan 5 palabras a la persona y ellos hacen una narración a partir de eso, lo que se analiza es lo que dice la persona, (porque lo que dice es lo que le está pasando). Con esto se estimula el lenguaje, la escritura.

Si observas la agitación en un paciente con demencia vas a tener que ver el lenguaje (la parte cognitiva, a nivel cortical), el ánimo (el humor, la persona se irrita fácilmente, aparece la agresividad, para esto el paciente es medicado con antipsicóticos.

La persona con demencia cuando se pone ansiosa, mueve partes de su cuerpo (más exagerado que una ansiedad que puede tener una persona sin demencia)

Cuando hay un deterioro cognitivo, desde lo neuronal, puede ser un principio de demencia, la estimulación cognitiva y psicoterapia generan que, otras redes neuronales se conectan, otras redes que no estén afectadas, lo importante es que la estimulación genera que la sangre pase por otro lado, para sostener y compensar.

Lo que se hace con esto es enlentecer el proceso y mejorar la calidad de vida.

En el deterioro cognitivo leve, la ansiedad es mucho mayor, porque la persona se da cuenta y es más consciente de lo que le pasa, aparece la angustia, y se somatiza a través de la agitación a través de los movimientos repetitivos.

Muchas veces el AMD tiene conductas obsesivas (estructura psíquica), lo que hay que hacer es lograr un cambio en esa atención y generar la atención y concentración en otro lado, cambiar el foco. Lograr un cambio del AMD pero también un cambio para la persona que acompaña.

En los trabajos que realizan los AMD (dibujos) se estimulan las praxias, después de los 80 años las praxias se ven deterioradas, y se positivo dicha estimulación.

“En la mayoría de los casos, los cuidadores de las personas con trastornos cognitivos pueden anticipar los momentos de ansiedad y de agitación de la persona con demencia, por ser quien pasa a ser su YO. Desde simbolizar con la palabra cuando esta ya no está (afasia), como ser la memoria, cuando los olvidos están presentes repetidamente en la vida cotidiana. Es el cuidador quien pone la palabra; el símbolo lingüístico y la memoria en la falta de recuerdo”



Las actividades que se pueden realizar para bajar o controlar un estado de agitación, es: la música (es la memoria que menos se pierde, elegir una música que le gustaba en su juventud), y masajes corporales, especialmente en las manos (les genera una relajación y sensación placentera).

Si la persona tiene un estado de agitación casi siempre lo va a manifestar de la misma manera (si se frota las manos, siempre que tenga un estado de agitación se frota las manos).

Si la agitación es muy elevada, la persona pierde la tolerancia al dolor, el umbral del dolor es muy alto y se puede lastimar, ahí se tiene que llamar a un médico

Recomendaciones para seguir trabajando:

Delimitar que síntomas de la agitación queremos trabajar.


RADIO

OBSERVACIONES

Estimulación auditiva
Remaneciente
Contacto manual
Uso hogareño
No se comercializa en Uruguay

DESCRIPCIÓN

Dispositivo sonoro diseñado para el uso de personas con demencia. Su mecanismo de encendido y apagado se activa al levantar la pestaña distinguida en un color mas claro (indicador de uso) y se apaga bajandola. Presenta un sistema de seguridad para regular el volumen (dos botones profundos a los que se accede con un objeto punzante) evitando así que el adulto modifique el volumen del mismo. Presenta rasgos que remiten a una radio antigua (su forma, la posición del parlante, etc) que colaboran al reconocimiento del dispositivo como objeto que se utiliza para escuchar música. La música se carga a través de una tarjeta USB.

1

PIZARRA

OBSERVACIONES

Actividad creativa
Contacto manual
Actividad relajante
No se comercializa en Uruguay
Uso hogareño

DESCRIPCIÓN

Dispositivo para dibujar sin utilizar químicos ni tintas. La pizarra se utiliza con un marcador relleno de agua que al pasar por la superficie reacciona dejando una marca de color negro. Al secarse el papel el dibujo desaparece,

2



OBSERVACIONES

- Multisensorial
- Favorece el vínculo
- Escala manual
- Uso hogareño
- No se comercializa en Uruguay

DESCRIPCIÓN

Dispositivo para almacenar imágenes en papel a las que se les puede anexar un relato grabado. El álbum está enfocado a personas con demencia y pérdida de memoria, permite un grabado de doscientos minutos en total. El tiempo de grabado no está dividido e absoluto (se pueden grabar los 200 min en una sola fotografía). La información se almacena en una tarjeta de video y al apretar un botón colocado en la parte inferior del folio que contiene la imagen se puede escuchar el relato grabado.

Se puede utilizar tanto para guardar recuerdos como para dejar instrucciones para ciertas actividades.

ÁLBUM FOTOGRÁFICO**3**

OBSERVACIONES

- Estimulación táctil
- Escala manual
- Uso hogareño

DESCRIPCIÓN

Pieza tubular textil diseñada para colocar una o ambas manos en su interior. Presenta elementos sensoriales que le permiten al usuario experimentar distintas sensaciones.

El dispositivo estimula la activación de los sentidos, principalmente el táctil. Todas las piezas se desmontan para permitir el lavado.

CALIENTA MANOS**4**





I S
R

OBSERVACIONES
Multisensorial
Necesidad de respuesta
Escala manual
Uso hogareño

DESCRIPCIÓN

Muñeco interactivo con forma de mascota domestica. Presenta algunas reacciones como ladrar o aullar que se silencian con interacciones de contacto.
Se presenta en distintos colores, razas o inclusive tipo de mascota. También existen en el mercado simuladores de bebes.

MUÑECO INTERACTIVO

5




I P

OBSERVACIONES
Escala manual
Uso hogareño
Presente el mercado nacional

DESCRIPCIÓN

Dispositivo contenedor de pastillas electrónico con una bandeja de píldoras de veintiocho compartimentos que se puede programar para una o mas tomas diarias, semanales o mensuales dependiendo la necesidad.
presenta distintos indicadores sonoros que controlan el movimiento y posición de la bandeja del pastillero.
Dispone de una abertura que se posiciona y abre en el compartimento programado; al llegar la hora programada se dispara una alarma visual y otra sonora que estarán activas durante treinta minutos o hasta retirar la medicación.

PASTILLERO

6



OBSERVACIONES

Escala manual
 Uso hogareño
 Origen exterior
 No se comercializa en Uruguay
 Aporta a mejorar la calidad de vida

DESCRIPCIÓN

Dispensador electrónico de aroma que estimula el apetito. Presenta dos compartimentos en la parte inferior del dispositivo donde se colocan distintos tipos de fragancias. Se puede programar varios horarios del día en los que se quiera estimular el apetito

ESTIMULADOR DE APETITO**7**

OBSERVACIONES

Escala corporal
 Uso hogareño
 Origen nacional
 Estimulación sensorial
 Coordinación motriz

DESCRIPCIÓN

Pieza textil compuesta por varios accesorios que se coloca sobre el cuerpo del usuario ofreciendole distintas estimulaciones táctiles, con el fin de trabajar la motricidad y la coordinación manual.

El delantal presenta una variedad de texturas y actividades para el usuario a utilizar: cremalleras, botones, bolsillos, bolas, anillos, etc. Todas las actividades son cosidas y los objetos más grandes en anillos para el retiro fácil cuando lave o intercambio con otros objetos en una fecha posterior para más variedad.

DELANTAL TÁCTIL**8**



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Presente en el mercado nacional
Favorece la comunicación

DESCRIPCIÓN

Teléfono con un alto contraste, teclado con números de gran tamaño y sonidos de altos decibeles.
Presenta nueve memorias telefónicas identificables con una imagen en el interior del botón (las imágenes pueden cambiarse así como el numero asignado a cada botón).

TELÉFONO CON MEMORAS

9



OBSERVACIONES

Escala corporal
Uso hogareño
Origen exterior
fácil fabricación
Coordinación motriz

DESCRIPCIÓN

Pieza textil de lycra compuesta por un círculo central con ocho extensiones.
Plantea una actividad lúdica colectiva, con el fin de ejercitar a los usuarios, trabajar la coordinación y el vinculo con los otros.
Se puede usar en distintas actividades guiadas por una persona a cargo.
En algunos casos se puede coordinar los movimientos con música o utilizar variantes del juego de seguir al líder.

GIMNASIO TEXTIL

10



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Estimulación táctil
Multisensorial
Enfocado en la coordinación
Fácil fabricación

DESCRIPCIÓN

Dispositivo lúdico, que plantea una actividad en la que el objetivo es coincidir dos piezas iguales al tacto y similares a la vista.

JUEGO DE COINCIDENCIAS

11



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Estimulación del equilibrio
Estimulación de la motricidad

DESCRIPCIÓN

Conjunto de piezas apilables de distintos modos que plantea una actividad con el objetivo de montar la mayor cantidad de ellas generando un objeto de mayor altura sin que se derrumbe. Permite jugar grupal o individualmente.

PIEZAS APILABLES

12



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Multisensorial
No se comercializa en Uruguay

BINGO OLFATIVO

DESCRIPCIÓN

Dispositivo lúdico compuesto por contenedores con aromas y tarjetas gráficas que coinciden con cada contenedor. Plantea una actividad en la que el usuario identifique el aroma y lo agrupe con la tarjeta que presente la imagen del objeto al que el aroma hace referencia.

13



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Estimulación del razonamiento y la coordinación
Fácil fabricación

JUEGO DE CERROJOS

DESCRIPCIÓN

Dispositivo lúdico compuesto por compartimentos que se abren a través de distintos tipos de cerraduras.

14



OBSERVACIONES
Escala manual
Control constante por
profesionales
No se utiliza en Uruguay

DESCRIPCIÓN

Banda que se coloca en la cabeza de la persona con Alzheimer y emite señales electrónicas que estimulan la actividad cerebral. El dispositivo debe de ser usado treinta minutos por día, cinco días a la semana desde la propia casa del usuario. Hasta el momento los ensayos realizados muestran resultados positivos.

ESTIMULADOR NEURONAL

15



OBSERVACIONES
Escala manual
Uso hogareño
No se comercializa
en Uruguay

DESCRIPCIÓN

Disco sensorial táctil cuya textura imita la forma de las conexiones cerebrales. A través del recorrido con los dedos sobre la textura del disco, el cerebro del usuario se estimula. Esto se debe a que en cada huella digital se activan mecanorreceptores que reciben el estímulo y pueden a través de la textura generar estimulaciones neuronales.

DISCO ESTIMULADOR CEREBRAL

16



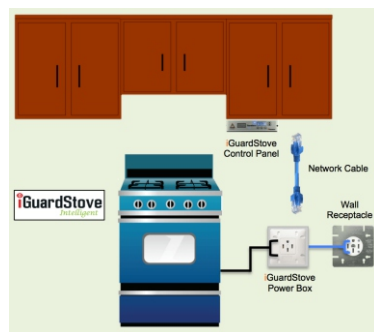
OBSERVACIONES
Escala manual
Uso hogareño
Estimulación de la memoria

RECOPIACIÓN FOTOGRÁFICA

DESCRIPCIÓN

Revisita compuesta por 104 paginas de imágenes de distintas épocas (desde la década del 40 hasta la actualidad), la revista contiene fotografías de figuras famosas, eventos destacados, obras de arte, lugares llamativos, etc.

17



OBSERVACIONES
Uso hogareño
No plantea interacciones directas del usuario



DESCRIPCIÓN

Dispositivo electrónico que se conecta a la cocina, para prevenir incidentes, presenta un sensor que al dejar la habitación por mas de 5 minutos apaga el fuego. Cuando el usuario regresa se vuelve a encender automáticamente. Se pueden adquirir dos modelos, el mas avanzado requiere de conexión a internet y presenta alertas sonoras, manejo remoto y otras opciones para usuarios con mas dificultades.

SENSOR ANTIINCENDIOS

17



OBSERVACIONES

Escala manual
Para uso fuera del hogar
Permite el rastreo
Presente en el mercado
Presente en distintos
formatos

DESCRIPCIÓN

Dispositivo rastreador inalámbrico. El usuario se lo coloca en la muñeca permitiendo conocer su ubicación de forma remota. Algunos dispositivos de este estilo miden las pulsaciones o presentan botones de emergencia, para que el usuario presione frente a una situación de riesgo.

RASTREADOR**19**

OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Estimula la motricidad

DESCRIPCIÓN

Cadena de piezas esféricas unidas entre si que permiten movimientos diversos generando distintas figuras. Las piezas no son separables, solo reacomodables dentro de sus uniones.

CADENA DE ESFERAS**20**



OBSERVACIONES

Escala manual
Uso hogareño
Fácil fabricación
Facilita una actividad cotidiana

DESCRIPCIÓN

Kit de vajilla diseñado para personas con demencia, se compone de distintos elementos que gracias a su forma y color ayudan y facilitan la acción de alimentarse. La bandeja presenta círculos para encastrar textiles y permitir así que la comida no derrame. La posición de los utensilios está marcada con profundidades que evitan derrames. El alto contraste ayuda a diferenciar los platos.



SESIONES DE APROXIMACIÓN AL USUARIO

Guía de focos de observación para la primera aproximación al usuario

Mapa de vínculos:

- Persona con demencia-persona con demencia;
- Cuidador formal-persona con demencia;
- Familiar-persona con demencia;
- Cuidador informal-persona con demencia;
- Personal médico-persona con demencia.

Contextos de actividad realizados en la institución 1:

- Contexto deporte;
- Contexto actividad creativa (manualidades);
- Contexto musical;
- Contexto recreativo;
- Contexto de lectura;
- Contexto de merienda;
- Contexto resolutivo o de ejercitación mental (clases de matemática).

Preguntas generales:

¿Qué tipo de actividad están haciendo?

¿Cuántos PD hay?

¿Cómo se disponen las personas en la actividad?

¿Qué lugar físico toma el cuidador? ¿Cuántos cuidadores hay?

¿Existe un rol de moderador ajeno a los responsables de la actividad?

¿Se dividen por grupos?

¿Influye el avance de la enfermedad en el trato? ¿Cómo?

¿Cuáles son las características del PD que lo excluye de la actividad? ¿Cómo distorsiona este PD al grupo?

¿Cómo controlar los conflictos? ¿Qué tipos de conflictos se generan?

¿Cómo da las instrucciones el cuidador? ¿Las repite? ¿Cómo coordina la actividad?

¿Cómo las recibe el PD? ¿Escucha? ¿Acata?

¿Cómo interactúan entre PD? ¿Conversan? ¿De qué? ¿Colaboran entre ellos? ¿Se generan grupos de mayor afinidad? ¿Por qué se generan? ¿Hay PD excluidos?

¿Cómo se atienden a PD más demandantes?

¿Existen vínculos duraderos entre PD?

¿Qué temas hay que evitar para evitar conflictos? ¿Qué cosas no se deben hacer?

Contexto creativo, puntos de observación:

¿Qué lugares físicos toman los PD? ¿Siempre eligen el mismo lugar? ¿Se apropian del espacio?

¿Qué mobiliario se utiliza? ¿Cuál es el espacio requerido para la actividad?

¿Qué iluminación utilizan?

¿Hay música? ¿Qué tipo?

¿Cómo se controlan los ruidos externos?

¿Se conversa o se prefiere el silencio?

¿Qué objetos utilizan? ¿Cómo se disponen en la actividad? ¿Hay un orden? ¿Hay objetos grupales o son individuales?

¿Qué tamaños tienen los objetos? ¿El más pequeño? ¿El más grande?

¿Qué tipo de manipulaciones hay?

¿Qué tipo de sustancias se utilizan? ¿Qué recaudos se tienen? ¿Ventilación?

¿La actividad tiene un resultado visible? ¿Se los gratifica?

¿El resultado de la actividad es analizado por el equipo médico?

¿La actividad es la misma para todos?

¿Se apropian del resultado los PD?

¿Cómo se maneja la frustración en la actividad?

¿Qué pasa si alguien se niega a realizarla? ¿Se buscan actividades paralelas?

¿Cuál es la duración de la actividad?

¿Cuántas actividades por jornada?

¿Cuánto tiempo mantiene un PD la atención?

¿Se vinculan aspectos lúdicos?

¿Cuáles actividades son más de su agrado?

¿Qué recaudos hay que tener a la hora de diseñar la actividad?

¿Quién plantea las actividades? ¿Quién las elige? ¿Por qué?

¿Cuáles son los objetivos planteados para la actividad?



VÍNCULOS DE USUARIO

CUIDADOR-PERSONA CON DEMENCIA

¿Qué rol cumple cada uno? ¿Cómo llega el cuidador a dar directrices y lograr que se cumplan?

¿Qué conocimiento y características tiene que tener el cuidado para mantener un buen vínculo? ¿Cómo afecta la capacitación del cuidador al PD?

¿Cómo cuida su salud mental el cuidador?

¿Cuáles son los modos más adecuados para controlar y acompañar al PD?

¿Cómo poner límites?

¿Puede un cuidador atender un grupo que contenga personas con distintos estadios de la enfermedad?

¿Cómo plantea esa actividad? ¿Cuánto dura? ¿Qué conviene y qué no en actividades grupales?

¿Cuáles son las necesidades vinculares, sociales, afectivas que el PD necesita?

¿Cuántas horas es recomendable que dure el turno de un cuidador? ¿Qué rotatividad es necesaria?

¿Cómo se maneja un vínculo nuevo entre cuidador y PD? ¿Se necesita de la ayuda de profesionales para la introducción?

PD-PD

¿Cómo afecta el estado de ánimo uno al otro?

¿Qué tipo de entendimiento existe entre ambos? ¿Se comprenden?

¿Pueden mantener una conversación? ¿Por cuánto tiempo?

¿Pueden construir vínculos y hacerlos perdurar en el tiempo?

¿Los vínculos entre sí mejoran los estados de ánimo o no?

¿Mantienen contacto físico entre sí? ¿Es espontáneo? ¿Se debe supervisar? ¿Genera inconvenientes?

¿En qué circunstancias se debe intermediar y cómo se hace?

¿Pueden realizar actividades PD-PD? Si el avance de la enfermedad es distinto, ¿igual se puede?

¿Realizar actividades en conjunto? ¿Qué actividades?

¿Se generan muchos conflictos? ¿Por qué? ¿Cómo se resuelven?

PD-familiar

¿Cómo es el vínculo entre ellos? ¿Hay rispideces, enojo?

¿Qué tipo de dinámica se observa? ¿Cómo se comunican?

¿Pasan tiempo juntos? ¿Qué actividades realizan? ¿Se mantienen en el tiempo? ¿Se repiten?

- ¿Los PD interactúan con niños? ¿Con adolescentes?
- ¿Cómo se lo observa al PD con este vínculo? ¿Está cómodo? ¿A gusto?
- ¿Cómo controla situaciones de agitación o descontrol? ¿Cómo logran tranquilizarlos?
- ¿Se les respetan a los PD sus gustos y peticiones? ¿Tienen algún tipo de autonomía?
- ¿Siempre está con el mismo familiar? ¿Qué parentesco tiene?
- ¿Cómo se sienten los familiares? ¿Qué hacen para no sobrecargarse?

Mapas de contextos de actividad

Actividad de lectura

- ¿Cómo se plantea la actividad?
- ¿Cómo se dispone el grupo? ¿Cómo se ubican? ¿Se generan rincones?
- ¿Los libros o dispositivos de lectura cuentan con un lugar físico o se trasladan?
- ¿Cada persona elige la lectura?
- ¿Se entrega un libro?
- ¿Hay buena iluminación (para evitar la fatiga)?

Actividad creativa (manualidades)

- ¿Cómo se vinculan entre ellos?
- ¿Cuál es el espacio requerido para la actividad?
- ¿Dispone de mobiliario adecuado y elementos de la actividad al alcance de la mano?

Contemplar la buena iluminación sobre el espacio de actividad.

Controlar ruidos molestos, se podría recomendar música baja o una charla entre ellos (concentración en la actividad).

Ventilación, necesario a la hora de utilizar algunos materiales (pegamentos, pinturas), tamaño de objetos manipulables, seguridad.

Actividad deporte

- ¿Cuál es el espacio requerido para la actividad? ¿Cuántas personas?
- Posición sentado, ¿cuál es el asiento adecuado para la actividad?, ¿qué movimientos realiza la persona?
- Posición de pie, ¿cuánto tiempo mantienen la actividad?, ¿se vinculan entre ellos?



PRIMERA VISITA

CONTEXTO DE TRABAJO

Se seleccionó una organización que funciona para personas con demencia leve y moderada, en dos horarios, de 8 a 12 o de 14 a 18. Dentro del horario se realizan actividades con base en un cronograma semanal. Dichas actividades grupales están enfocadas en estimular cognitiva y físicamente a los AMD que asisten. Entre las actividades se encuentran talleres cognitivos (guiados por psicólogos), espacio de ejercicio físico (guiados por fisioterapeutas) actividades creativas manuales y espacios recreativos (danza, canto, etc.).

Los grupos están conformados de 5 a 15 personas, hombres y mujeres indistintamente.

PROPÓSITOS

Visualizar y analizar los siguientes contactos: visual, verbal y físico de las personas con demencia leve o moderada en una actividad cognitiva.

1. Contacto entre persona con demencia con persona con demencia;
2. Contacto persona con demencia con guía de actividad;
3. Contacto persona con demencia con grupo de investigación.

Tipo de observación: Guiada sin interacción directa.

Tipo de registro: Anotaciones personales.

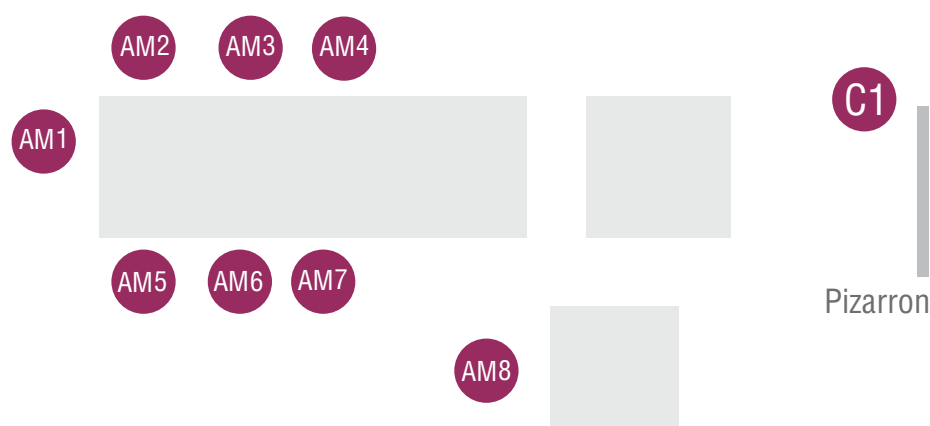
RELATO

Al llegar al lugar, el grupo de investigación fue recibido por la presidenta de la institución (año 2016).

Los AMD se encontraban realizando una actividad estimulante de la memoria.

En dicha instancia, se realizó nuestra presentación y se informó de los propósitos del trabajo de campo a realizar en las siguientes instancias.

Trabajamos con un grupo compuesto por 9 AM con demencia leve o moderada, sentados alrededor de mesas dispuestos como representa el diagrama.



ACTIVIDAD OBSERVADA

Consiste en la elaboración de los pasos a seguir para realizar una receta, desde el momento en el que se realiza la compra de los ingredientes hasta su ingesta.

La actividad fue guiada por un cuidador formal ubicado al frente (guía de actividad), que [estimulaba] alentaba a los AMD a participar.

DESCRIPCIÓN DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Marta (AM1): Mujer entre 75 y 80 años, sentada con ambas manos juntas, con la mirada dirigida a la mesa.

Raúl (AM2): Hombre entre 75 y 80 años, sentado erguido, mirando el pizarrón y a la persona que guía la actividad.

Susana (AM3): Mujer entre 80 y 90 años, encorvada, sentada en silla de ruedas, observa su entorno.

Luis (AM4): Hombre entre 80 y 90 años, mirando la mesa, por momentos cierra los ojos.

María Luisa (AM5): Mujer entre 70 y 75 años, sentada erguida, con la mirada en el pizarrón y atenta a la guía de actividad.

Rosario (AM6): Mujer entre 70 y 80 años, encorvada, con las manos sobre la mesa, tocando un papel, mira a la guía de actividad.

Myrtha (AM7): Mujer entre 80 y 90 años, observa a sus compañeros y su entorno y a la guía de actividad.

Irma (AM8): Mujer entre 85 y 90 años, tiene ambas manos en la falda y se frota las manos en el pantalón.

Guía de la actividad (C1): Mujer entre 40 y 50 años, tono de voz alta, habla y mueve las manos, gesticula, camina por la habitación.

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Marta: Permanece toda la actividad observando la mesa, frotándose las manos, cuando la guía le realiza una pregunta puntual ella la observa y pregunta “¿qué?”.

En distintos momentos se la observa frotando con ambas manos la costura superior del cuello del saco de lana que lleva puesto.

No hizo contacto visual con el grupo de investigación.

Raúl: Participa de la actividad, responde a preguntas, realiza intervenciones, en algunas ocasiones comenta en simultáneo a la guía de actividad, lo que dificulta escuchar a ambos con claridad.

Le realiza comentarios a Susana (AM3), pero esta no responde.

Cuando Victoria introduce al grupo de investigación, él comenta que disfruta de asistir al taller.

Susana: En ocasiones participa de la actividad, asiente con la cabeza frente a las preguntas grupales realizadas por la guía de actividad.

Realiza contacto visual con el grupo de investigación en dos ocasiones, ninguna supero los 3 segundos, aproximadamente.

Luis: No realiza comentarios ni aportes verbales a la actividad, pero observa el pizarrón y a la guía de actividad.

Cuando se introduce al grupo de investigación, saluda, hace contacto visual por algunos segundos.

No vuelve a hacer contacto visual.



María Luisa: Participa de la actividad planteada por la guía, contestando preguntas y haciendo intervenciones verbales. Ríe y realiza comentarios a los AM cercanos.

Mantiene contacto visual con el grupo de investigación durante el tiempo que dura la presentación realizada por Victoria, les realiza preguntas al respecto del trabajo.

Rosario: Permanece el tiempo que dura la observación (aproximadamente 45 minutos) tocando un papel con las palmas, roza con los dedos y realiza recorridos.

No participa de la actividad planteada por la guía, pero hace contacto visual con ella y con el pizarrón.

Realiza contacto visual con el grupo de investigación cuando son presentados, no más de 3 segundos aproximadamente. No se vuelve a repetir.

Myrtha: Hace contacto visual con la guía de actividad, con el pizarrón y cuando sus compañeros hablan los observa. Contesta preguntas con respuestas monosilábicas “sí” y “no”.

Observa al grupo de investigación en varias ocasiones por varios segundos.

Irma: No se involucra en la actividad, cuando la guía de actividad le realiza preguntas, no responde. Realiza contacto visual con la guía cuando esta le toca la espalda.

No realiza contacto visual con el equipo de investigación.

SÍNTESIS DE OBSERVACIÓN

El contacto visual entre los AMD resultó escaso o nulo, en algunos casos se realizan comentarios pero no se extienden en conversaciones.

Algunas personas observadas se ríen y comparten algunos segundos de contacto visual, pero este no se extiende en el tiempo.

El contacto visual entre los AMD y la guía de actividad, en la mayoría de los casos, es extenso, también se observa contacto físico de parte de la guía para con los AMD (apoyando una mano sobre la espalda o pasándola sobre el brazo del AMD). Siempre que se observa contacto físico se acompaña con contacto visual, en algunos casos se acompañó de comunicación verbal.

El contacto visual con el grupo de investigación en la mayoría de los casos estuvo presente por lo menos en una ocasión. Por lapsos de no más de 3 segundos, algunos AM observaban más tiempo, también hubo algunos AM que realizaron preguntas con respecto a la actividad.

SEGUNDA VISITA

PROPÓSITOS

Observar las manipulaciones de los AMD con los objetos que forman parte en una actividad centrada en la motricidad.

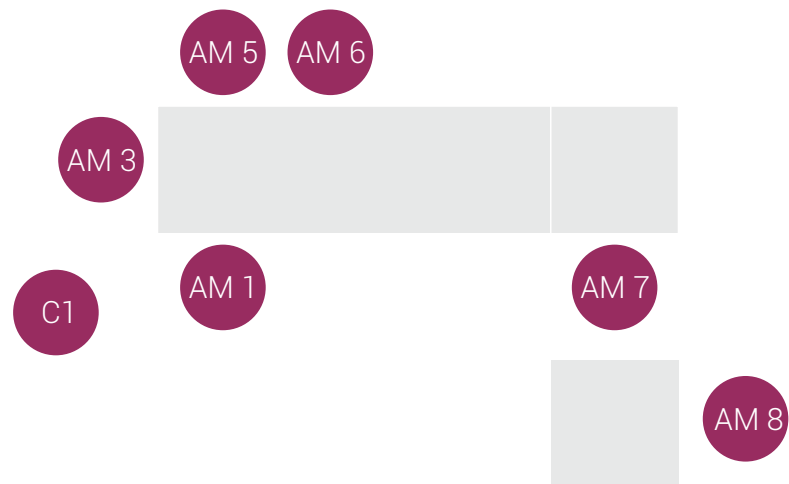
Verificar las observaciones obtenidas de la visita 1, con respecto al contacto físico, verbal, y visual.

RELATO

El grupo de investigación es recibido nuevamente por la presidenta de la institución, a quien se le presenta los avances del trabajo y el propósito de esta instancia, luego introduce el grupo de investigación al grupo de AMD que está realizando una actividad creativa centrada en estimular la motricidad.

En la habitación se encuentran 6 mujeres agrupadas en 3 mesas.

En el sector izquierdo de la mesa 1 se encuentran cuatro personas, en la mesa 2 y 3 una persona en cada una, como muestra el diagrama.



ACTIVIDAD OBSERVADA

Los AM se encuentran decorando una piña para los festejos navideños, cubriéndola con pegamento para adherir brillantina.

Una persona se encuentra a cargo de dirigir la actividad, cuenta con una asistente que trabaja puntualmente con algunos AMD. La guía de la actividad circula por el lugar alrededor de las mesas ofreciendo ayuda, haciendo comentarios sobre la actividad.

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Rosario: Realiza contacto visual con el equipo de investigación mientras realiza la actividad en tres ocasiones, en una de ellas por un tiempo más prolongado. Sostenía la piña con una mano y con la otra pintaba con pegamento, se percibía una dificultad en la precisión, ya que se colocaba pegamento en los dedos.

Cuando colocaba la brillantina sobre la piña quedaba desparramada por la mesa, rápidamente la cuidadora la juntaba sobre una hoja y la agrupaba en un contenedor.

Irma: Ejecutaba la actividad sin detenerse, colocaba pegamento en toda la superficie de la piña, luego brillantina.

Con respecto a la manipulación del pincel, se observó un agarre “adecuado” que le permitía realizar la actividad sin impedimentos perceptibles. Cada pocos minutos dejaba la piña sobre la mesa y comenzaba a mover las manos, frotándolas sobre el saco de lana que llevaba puesto.



María Luisa: Mientras realizaba la actividad, mantenía contacto visual con la cuidadora y conversaba con ella. Manipulaba la piña con los dedos, con un agarre tipo pinza, permitiendo pintarla en todos los sectores.

En dos ocasiones, al colocar el pincel en el contenedor de pegamento, volteaba el tarro, volcando el contenido sobre la mesa, rápidamente la cuidadora limpiaba la superficie con un trapo húmedo. En dichas ocasiones generó contacto visual con la cuidadora, hasta que esta lo limpiaba.

Susana: Se observó que seguía con la mirada el recorrido que hacia la cuidadora al caminar. No realizo la actividad, cuando le acercaban los objetos a su mano, no los agarraba, contenía la piña sobre sus manos con un agarre tipo "nido", pero no realizaba ninguna actividad con ella.

Myrtha: Realizó contacto visual con el grupo de investigación, se encontraba pintando unas figuras con colores sentada en otra mesa, agarraba los lápices de colores con un agarre tipo puño. Comenzó una conversación con el grupo de investigación, mencionando palabras sin formar una oración.

Cada vez que colocaba el pincel en el pegamento, al sacarlo generaba un hilo sobre la mesa, que rápidamente la cuidadora limpiaba con un trapo húmedo sobre la superficie.

Marta: Hacía contacto visual con la asistente de la cuidadora, mientras esta pintaba la piña. No manipuló ningún objeto.

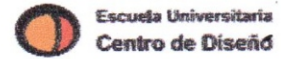
SÍNTESIS DE OBSERVACIÓN

Se pudo comprobar lo planteado en la visita 1, el contacto visual entre los AMD fue escaso a nulo.

Cuando se genera alguna situación inesperada, rápidamente hacen contacto visual con la cuidadora y asistente.

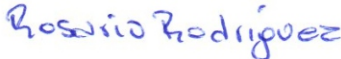
Sobre la manipulación se puede concluir que en su mayoría presentan alguna dificultad en la movilidad a la hora de utilizar distintos objetos

Utilizan distintos tipos de agarre, en su mayoría agarre pinza, donde se observa la manipulación con los dedos, también se observaron agarres de contenedor.



Hogar de Ancianos de San José autoriza a las bachilleres Virginia Amengual y Constanza Valli a realizar registro visual de las personas presentes en la institución para uso exclusivo de la Tesis Final de Carrera que presentaran en la EUCD en el correr del año vigente. Las estudiantes se comprometen a resguardar el registro visual de cualquier tipo de uso comercial. Tomando las medidas necesarias para proteger la identidad de las personas involucradas.

Firma: 

Aclaración: 



OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA FRENTE A UNA ACTIVIDAD MANUAL PLANTEADA

CONTEXTO DE TRABAJO



Ruta 3 de San José de Mayo, Uruguay

La institución seleccionada para realizar la segunda instancia del trabajo de campo se encuentra situada en San José de Mayo, Uruguay, alberga más de 60 personas, que residen constantemente. El equipo de trabajo se encuentra conformado enfermeras y médicos.

Dividen sus actividades en tres turnos (matutino, vespertino y nocturno), cada turno cuenta con una especialista a cargo.

La institución plantea distintas actividades para los AM, entre ellos gimnasia, talleres de coro, manualidades, tejido y actividades vinculadas con la estimulación física. También cuentan con un licenciado en Psicología para realizar el apoyo necesario, tanto para los AM como para familiares y personal interno.

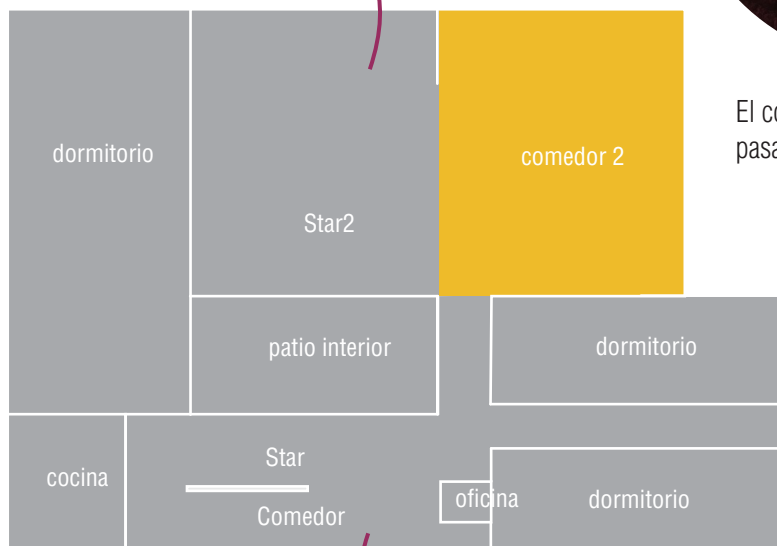
Para garantizar el bienestar de los AM, se los agrupa según el nivel de asistencia requerida, para poder así satisfacer sus necesidades.

Grupo I: El grupo de mayor autonomía utiliza todos los espacios de la institución, se desplazan sin necesidad de ayuda, lo que les permite libertad de elección. Principalmente se agrupan en la sala de estar delantera. Donde una o dos enfermeras circulan realizando otras tareas.

Grupo II: El grupo que presenta limitaciones que disminuyen su autonomía (personas con demencia y limitaciones físicas) se encuentra agrupado en la sala de estar 2 y en el comedor, donde se llevó a cabo la actividad. Un grupo de 4 a 6 enfermeras se encuentran fijas en este sector, asistiendo y acompañando a los distintos AM.

Grupo III: El grupo de menor autonomía (personas con dependencia alta) se encuentra en las habitaciones donde las enfermeras realizan rondas cada hora para asegurar su bienestar. Estas personas se encuentran sentadas o acostadas, no tuvimos acceso a este sector.

El estar 2 esta equipado para que las personas con dependencia física puedan ejercitarse



El comedo 2 es donde el grupo II pasa gran parte del día.



El comedor 1, la sala de estar delantera y los espacios verdes son los mas utilizados por el grupo I



El grupo analizado es el número II. Está conformado por 13 personas (4 hombres y 9 mujeres) entre 80 y 98 años, en su mayoría con algún tipo de demencia. De las 13 personas analizadas solo 1 no estaba diagnosticada con demencia*.

Estas personas comienzan su jornada a las 7.30 de la mañana, las enfermeras los ayudan a prepararse para el desayuno, luego se disponen alrededor de la mesa del comedor 2, donde desayunan y permanecen hasta el almuerzo.

Luego del almuerzo, se retiran a las habitaciones para descansar hasta las 14, cuando comienzan algunas actividades. A las 19.30 se les sirve la cena, luego se retiran nuevamente a las habitaciones a dormir.

Este grupo pasa la mayor parte de su día sentado en sillas alrededor de la mesa del comedor 2, escuchando radio, durmiendo o viendo TV. Este espacio es utilizado por otras personas que también residen en la institución.

En ambas vistas realizadas, se llegó al lugar aproximadamente a las 9 de un día sábado (8 y 22 de julio). Los AM del grupo II se encontraban dispuestos en el mismo espacio realizando actividades similares (viendo televisión, durmiendo, tomando una bebida, etc.), acababan de terminar su desayuno, que sirve a las 8.

OBSERVACIONES DEL ENTORNO

- La temperatura ambiente se percibe templada, un aire acondicionado se encuentra prendido en 25 grados;
- La televisión estaba encendida con un programa de música popular;
- El espacio consta de varias ventanas por las que entra el sol durante la mañana y se puede observar a través de ellas un espacio verde arreglado con flores;
- La cercanía a los armarios que almacenan la ropa limpia generaba un aroma a suavizante;
- El espacio se encontraba limpio y ordenado;
- Constantemente se ve circular personas que vienen y van por los distintos espacios y se detienen a conversar.



PROPÓSITOS

- . Observar y registrar los distintos tipos de agarre de manipulación de los AM;
- . Observar la interacción con objetos utilizados, focalizando en las limitaciones de manipulación de los AM con respecto a la dureza del material:
- . Hundimiento del dedo en la masa;
- . Hundimiento de todos los dedos en la masa.
- . Capacidad de apretar con una mano

ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA ACTIVIDAD PLANTEADA

- . Marcadores de colores;
- . Hojas A4 blancas lisas;
- . Masa para moldear sin endurecimiento;
- . Pelota de silicona con luz en el interior en dos tamaños;
- . Pelota de goma con textura.

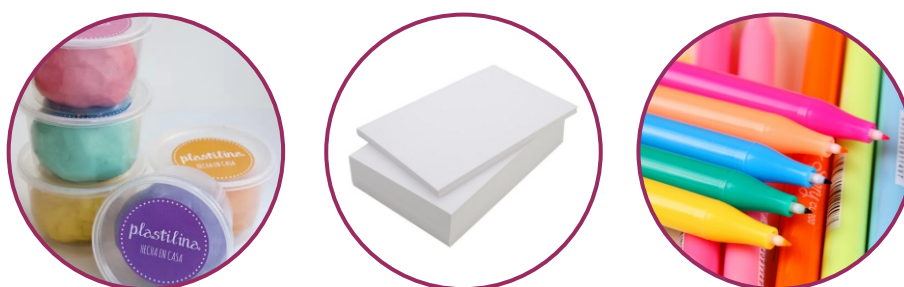
Se realiza el primer acercamiento a través de las hojas y marcadores, planteando una actividad libre.

Pasados 15 minutos, se incorpora la masa, el equipo de investigación se divide en dos grupos para observar y registrar a todos los AM.

Una hora más tarde, se seleccionan 3 personas con las que se prueba el modelo de control.

Se realiza relevamiento fotográfico durante toda la actividad.

Se analizará cada AM como una unidad de observación



Se registra en una tabla, por unidad de observación, el resultado de las tres observaciones realizadas

	Sí	No
Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		



RELATO

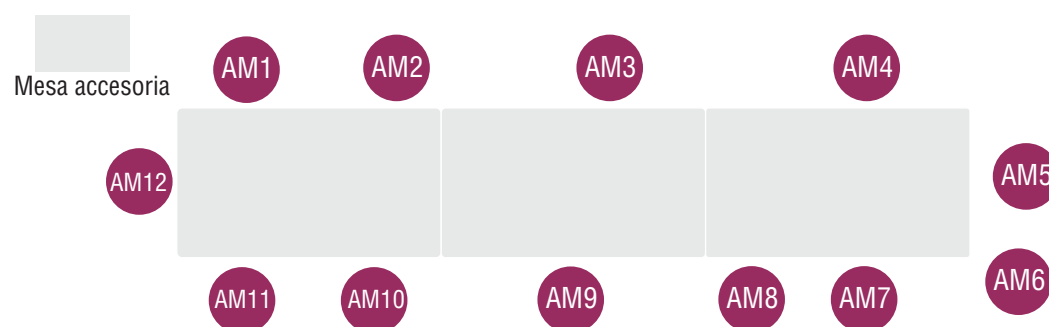
Al llegar a la institución, el equipo de observación es recibido por la responsable del turno matutino, quien genera el primer acercamiento. El grupo se encuentra dispuesto en tres mesas de plástico alineadas, sentados en sillas plásticas con almohadones atados, algunos en sus sillas de ruedas.

Los AMD se encuentran en silencio, no se observan interacciones entre ellos ni con las enfermeras. Se observan AM dormidos, tocando objetos, tomando una bebida u observando el entorno. Se registran varios AM frotando sus manos una contra otra o sobre alguna superficie (su pantalón, la mesa u otra prenda de ropa).

El EO se coloca en una mesa accesoria donde se disponen los elementos a trabajar (los itinerarios de actividad, así como los objetos, se chequearon previamente con los responsables de la institución).

Se comienza con la actividad libre de dibujo. Algunos AM comienzan a realizar dibujos en las hojas.

Pasados los 15 minutos, se comienza a repartir la masa a los AM que desean.



DESCRIPCIÓN DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Diagrama de disposición de los AM

AM 1, Carmen: Mujer de 86 años, de postura erguida, sentada en una silla plástica.

AM 2, Rosa: Mujer de 81 años, delgada, con la espalda curva frotándose las manos.

AM 3, Emilia: Mujer de 83 años, delgada y pequeña, se encuentra dormida.

AM 4, Mauricio: Hombre de 92 años sentado en silla de ruedas, mira y sonríe.

AM 5, Elena: Mujer de 79 años, delgada, erguida, con las manos sobre la mesa mirando un punto fijo.

AM 6, Pedro: Hombre de 94 años, encorvado, sentado en una silla, apoyando sus manos en el andador, con el cuerpo de costado a la mesa. Mirando un punto fijo.

AM 7, Ángela: Mujer de 96 años, muy encorvada hacia adelante, dormida.

AM 8, Graciela: Mujer de 75 años, erguida, con las manos juntas frotándolas sobre su falda.

AM 9, Elías: Hombre de 89 años, sentado en silla de ruedas con una mano sobre la falda, observando el entorno con atención.

AM 10, Lidia: Mujer de 81 años con andador, presenta parálisis facial del lado izquierdo, se acercó y se sentó en la mesa cuando comenzamos.

AM 11, Cora: Mujer de 74 años, sentada en silla de ruedas, encorvada, seria, mirando la pared con las manos juntas y quietas sobre la falda.

AM 12, Petrona: Mujer de 82 años, sentada en silla plástica erguida, mirando el entorno con atención, sonríe y busca contacto visual.

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Carmen



En un principio presenta resistencia a realizar las actividades planteadas. Solicita ayuda en varias ocasiones para decidir qué hacer con la masa. Se le deja sobre la mesa una esfera de masa, comienza a repetir la forma con otros trozos.

Observaciones sobre la manipulación:

- Mantiene las manos rígidas con los dedos hacia arriba;
- No manifiesta dificultades en la manipulación de la masa;
- No desarma las figuras realizadas. Una vez que la masa se termina, detiene la actividad. No solicita más masa.

Carmen aplica fuerza sobre el modelo de control, hundiendo los dedos en las ranuras superiores con movimientos ascendentes y descendentes; al estar fresco, este se deforma considerablemente. Cuando el EO comienza la actividad a través del modelo, Carmen acompaña los movimientos con las manos y manifiesta agrado hacia el modelo y la actividad de contacto físico planteada.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Agarre tipo pinza;
- Cercanía de los brazos al cuerpo;
- Resistencia a lo desconocido;
- Necesidad de guía de actividad;
- Siente afinidad por el modelo de control presentado.

Sí No

	Sí	No
Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Rosa



Manifiesta deseo de trabajar con la masa, al observarnos se nota que contiene la masa entre sus manos cerradas, realizando movimientos lentos ascendentes y descendentes, frotando dedos, sin realizar presión sobre la masa. No realiza variación de movimiento más que contenerla en el interior de las manos palma con palma.



Entrelaza los dedos generando presión sobre la masa lentamente, mientras se frota un dedo contra otro. Coloca las manos en forma de “cuna” conteniendo la masa. No manifiesta interés en cambiar de actividad ni participar de otro tipo de interacción. Adjudica su deseo de realizar este tipo de movimiento con la masa a un dolor que presenta en las articulaciones.



Al finalizar la actividad y retirar la masa de sus manos, presenta una temperatura elevada y consistencia blanda, debido a la manipulación prolongada.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Trabajo constante con ambas manos;
- Necesidad de frotarse los dedos;
- Manos en forma de “nido” conteniendo;
- Poca movilidad en dedos;
- Trabajo a la altura de las piernas o sobre la mesa (no alza los brazos).

SÍ No

Hundimiento del dedo en la masa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hundimiento de todos los dedos en la masa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacidad de apretar con una mano.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Angela



Comienza realizando rayas monocromáticas en vertical a la hoja. Luego, cuando comienza a manipular la masa, realiza presión sobre la misma con los dedos índice y pulgar de ambas manos, generando un agarre de tipo "pinza".



Explora una forma ovalada y planar, en la que hunde los pulgares ligeramente generando un rebaje en la cara superior. Mueve los dedos en distintos sentidos, explorando el rebaje, generando una pared divisoria. La parte inferior de la masa queda marcada con sus dedos de una forma fija (ya que solo movía los pulgares).



Luego de 25 minutos de estar manipulando la masa, la abandona sobre la mesa, no participa nuevamente de la actividad.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Agarre tipo pinza;
- Uso de los pulgares para el tacto;
- Interacciones de corta duración;
- Genera profundidades en la masa (rebajes) en donde desliza los dedos.

SÍ No

Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Cora



Cuando se le presenta la masa, la toca (sin agarrarla), pero no continúa experimentando. Manifestó el deseo de no realizar ninguna actividad planteada. Cuando el EO se acerca a ella, comienza a realizar contacto físico con los mimos, tocando espalda y brazos y relatando hechos vividos en su juventud.



Se logra el vínculo con ella a través de la masa, un miembro del EO realiza junto con ella una pieza que trabajan en simultáneo. Las manos de ambos se tocan en varias ocasiones. Cora se manifiesta positivamente al respecto de este contacto, sobre todo por la temperatura de las manos del miembro del EO.



Se le presenta el modelo de control y se realiza la actividad planteada de acercamiento. Manifiesta gusto por el contacto físico de la actividad, por la actividad y por el modelo de control. Luego permanece con el modelo, tocando los rebajes de forma ascendente y descendente con sus dedos pulgares.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Agarre tipo pinza;
- Ejercía poca fuerza sobre los objetos presentados;
- Búsqueda del contacto físico constante;
- Necesidad de guía de actividad.

	SÍ	No
Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Emilia



En principio presenta resistencia a las actividades planteadas, haciendo referencia a que las actividades eran inapropiadas para su edad. Se le deja un trozo de masa y lentamente comienza a hacer pequeños cilindros, pero no produce nada específico. Tiene trozos de papel en las manos que enrolla y desenrolla, en momentos corta algunos trozos que deja arriba de la mesa. Trabaja la masa en la falda sobre estos trozos de papel.



Solicita ayuda para formar una persona con la masa, imitando la amasada por Elena, luego continua sola con los detalles (la forma de los brazos, el pelo, pies, etc.). Mientras trabaja la masa, se ríe, hace bromas sobre la figura y cuenta historias de su vida.

Busca el contacto físico, a través de las manos principalmente, lentamente comienzan los besos y abrazos hacia el EO, agradece por la compañía y la actividad.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Agarre tipo pinza;
- Ejercía poca fuerza sobre los objetos presentados;
- Contacto físico;
- Necesidad de guía de actividad.

Si No

Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Elena



Prefiere no dibujar, comienza por la masa, probando distintas formas, alarga sectores, aprieta con ambas manos, se percibe facilidad a la hora de la manipulación.



Luego comienza a trabajarla sobre la mesa, arma la figura de una persona en horizontal a la mesa, con todas sus partes (brazos, cara, pelo, piernas). Genera con sus uñas una textura sobre la figura armada. Luego solicita otro color de masa, para realizarle un sombrero a su figura (tenía enfrente sentado un hombre con boina).



Manifiesta interés solo en la masa, no quiso probar otros dispositivos. Al terminar su muñeco, realiza otro en otro color, mientras relata historias de sus nietos. Busca el contacto físico, sobre todo en las manos.

Síntesis de la actividad

- Agarre tipo pinza;
- No presenta dificultades para la manipulación;
- Búsqueda del contacto físico;
- Trabajo sobre la superficie de la mesa;
- Genera texturas sobre la masa;
- Sus figuras presentan terminaciones y detalles.

SÍ No

Hundimiento del dedo en la masa		
Hundimiento de todos los dedos en la masa		
Capacidad de apretar con una mano.		

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Petrona



Comienza realizando un dibujo monocromático (naranja) de una persona. Hace comentarios acerca de lo poco atractivo que es su dibujo, luego se interesa por la masa.



Comienza a experimentar sobre la propia hoja de dibujo, realizando formas planas con los dedos.



Continúa activa durante toda la actividad, probando distintas cosas y siempre cantando con un tono de voz muy baja.

Manifiesta interés por el otro color de masa, por los colores de marcadores y por el modelo de control llevado. Se realiza la estipulación planteada con el modelo. Ella manifiesta su deseo por continuar. Cuando tiene el modelo en sus manos, lo toca por algunos segundos y luego lo deja sobre la mesa.

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Agarre tipo pinza;
- No se observan dificultades para la manipulación;
- Trabajo sobre la superficie de la mesa;
- Manifiesta interés hacia los objetos presentados;
- Movimientos repetitivos;
- Formas planas



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Carmen



Lidia se suma a la actividad por voluntad propia, se acerca a la mesa de trabajo y manifiesta su necesidad de estimular las muñecas y dedos, ya que padece artrosis. Se le acerca una porción de masa. Comienza a realizar la figura de una persona, solicita ayuda para realizarle los brazos y algunas terminaciones.



No manifiesta deseo por probar el modelo de control, continúa perfeccionando su figura de masa hasta que el EO se retira. Por momentos se detiene y junta las manos y se frota un pulgar contra otro.



SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

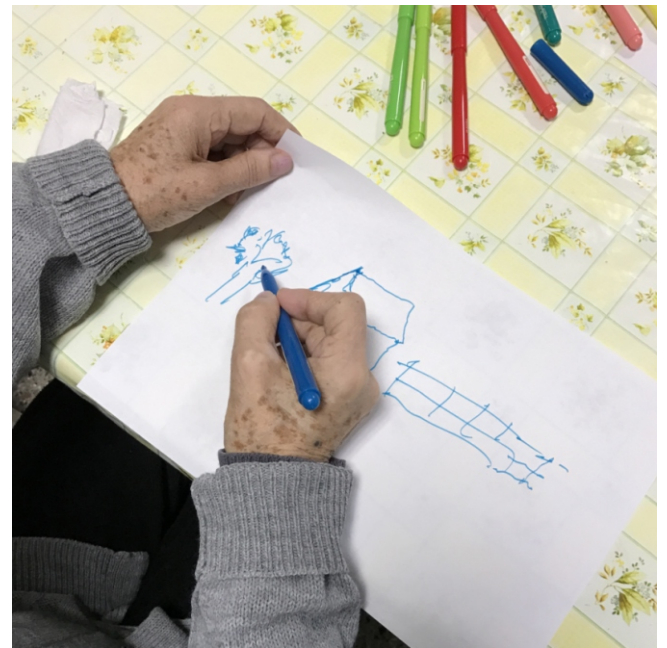
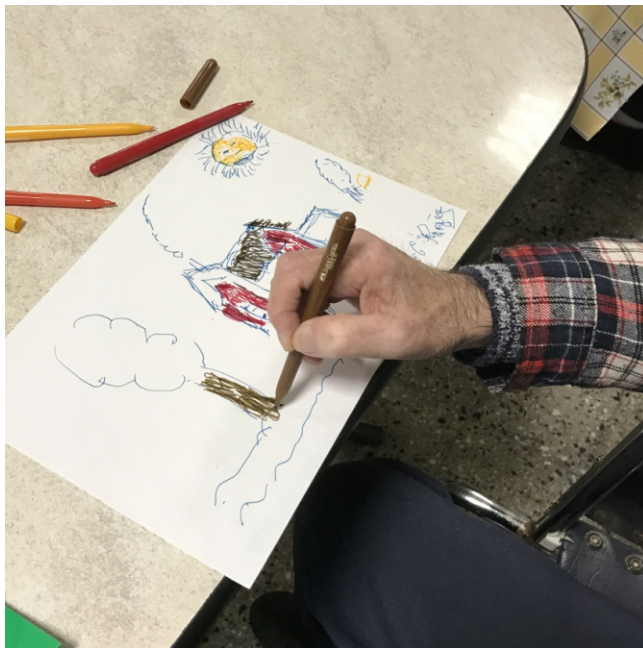
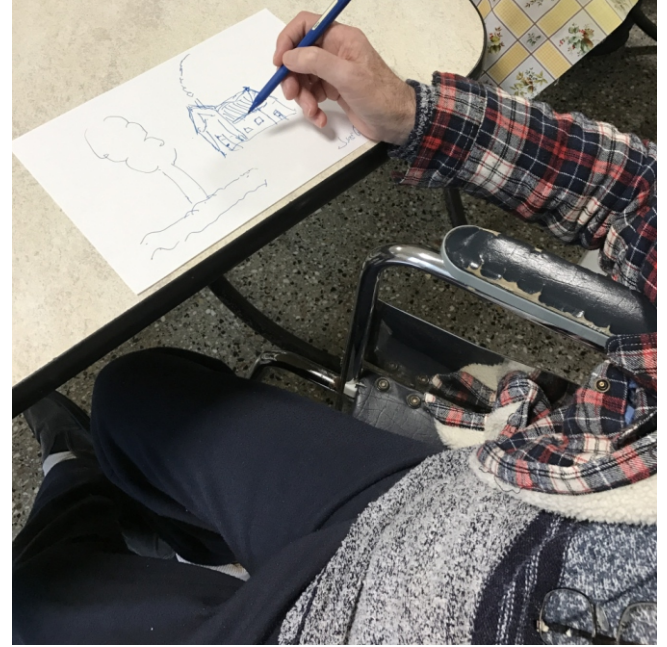
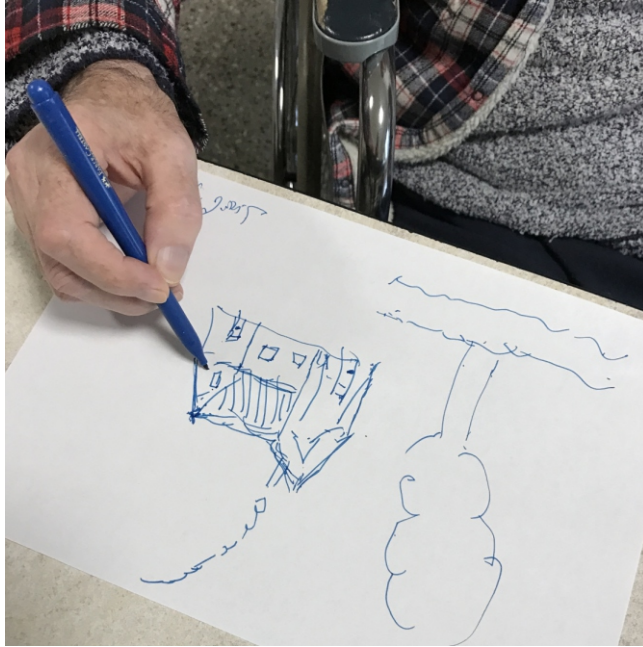
- Trabaja con ambas manos indistintamente;
- Cuando no está amasando reposa las manos juntas sobre la falda;
- Se frota una mano contra la otra;
- No se observan dificultades en la manipulación de la masa;
- Sin interés por otros objetos.

COMPROBACIÓN DE MODELOS DE CONTROL A TRES AMD SELECCIONADOS

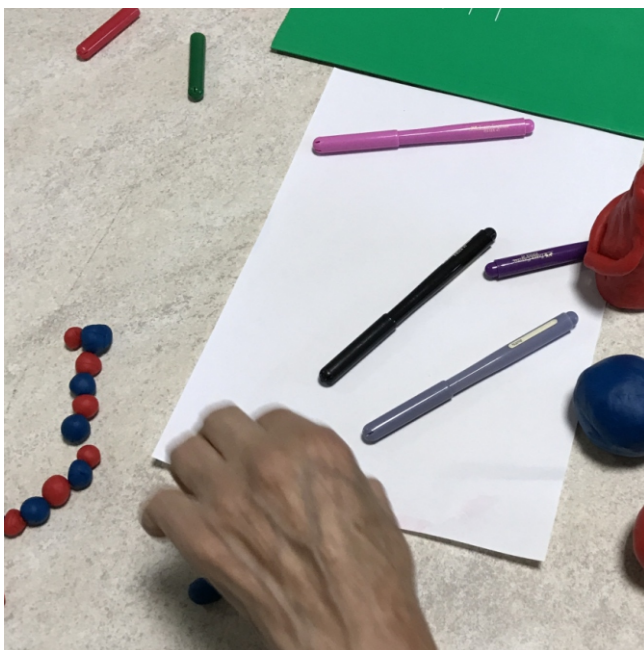




ACERCAMIENTO A TRAVÉS
DE LAS HOJAS Y MARCADORES,
PLANTEANDO UNA ACTIVIDAD LIBRE.



ACERCAMIENTO A TRAVÉS
DE LAS HOJAS Y MARCADORES,
PLANTEANDO UNA ACTIVIDAD LIBRE.





ACERCAMIENTO A TRAVÉS
DE LAS HOJAS Y MARCADORES,
PLANTEANDO UNA ACTIVIDAD LIBRE.



ACERCAMIENTO A TRAVÉS
DE LAS HOJAS Y MARCADORES,
PLANTEANDO UNA ACTIVIDAD LIBRE.





ACERCAMIENTO A TRAVÉS
DE LAS HOJAS Y MARCADORES,
PLANTEANDO UNA ACTIVIDAD LIBRE.



1	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 88		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: -----		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm	mm	mm
Ancho de pulgar 21	Ancho de índice 17	Diámetro de agarre 62
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		

2	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 82		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: Jubilada		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm	mm	mm
Ancho de pulgar 23	Ancho de índice 19	Diámetro de agarre 65
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		



3	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA
	DATOS GENERALES / Usuario AMD
Fecha de la medición: 22 de Julio	
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Edad: 87	
Lugar de nacimiento: San José	
Ocupación: Jubilada	
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José	
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO	
mm mm mm	
Ancho de pulgar 19 Ancho de índice 18 Diámetro de agarre 60	
OBSERVACIONES	
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>	
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?: Demencia	

4	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA
	DATOS GENERALES / Usuario AMD
Fecha de la medición: 22 de Julio	
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Edad: 85	
Lugar de nacimiento: San José	
Ocupación: -----	
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José	
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO	
mm mm mm	
Ancho de pulgar 20 Ancho de índice 19 Diámetro de agarre 66	
OBSERVACIONES	
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>	
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?: Demencia	

5	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 79		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: -----		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm	mm	mm
Ancho de pulgar 19	Ancho de índice 17	Diámetro de agarre 62
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		

6	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 86		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: -----		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm	mm	mm
Ancho de pulgar 20	Ancho de índice 17	Diámetro de agarre 64
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		



7	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		
Edad: 83		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: Jubilado		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm mm mm		
Ancho de pulgar 23 Ancho de índice 19 Diámetro de agarre 68		
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		

8	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario AMD	
Fecha de la medición: 22 de Julio		
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		
Edad: 80		
Lugar de nacimiento: San José		
Ocupación: -----		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm mm mm		
Ancho de pulgar 22 Ancho de índice 18 Diámetro de agarre 65		
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?: Demencia		

9	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario AMD				
Fecha de la medición: 22 de Julio					
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>					
Edad: 92					
Lugar de nacimiento: San José					
Ocupación: -----					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
mm		mm		mm	
Ancho de pulgar	20	Ancho de índice	16	Diámetro de agarre	63
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Cuál?: Demencia					

10	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario AMD				
Fecha de la medición: 22 de Julio					
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>					
Edad: 88					
Lugar de nacimiento: San José					
Ocupación: -----					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar de ancianos de San José					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
mm		mm		mm	
Ancho de pulgar	22	Ancho de índice	18	Diámetro de agarre	62
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input checked="" type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Cuál?: Demencia					



1	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos				
Fecha de la medición: 29 de Julio					
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>					
Edad: 28					
Lugar de nacimiento: Montevideo					
Ocupación: Estudiante					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
Ancho de pulgar	mm 23	Ancho de índice	mm 19	Diámetro de agarre	mm 68
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					

2	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos				
Fecha de la medición: 29 de Julio					
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>					
Edad: 38					
Lugar de nacimiento: Montevideo					
Ocupación: Empleado					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
Ancho de pulgar	mm 24	Ancho de índice	mm 19	Diámetro de agarre	mm 66
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					

3	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA													
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos													
Fecha de la medición: 29 de Julio														
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>														
Edad: 42														
Lugar de nacimiento: Montevideo														
Ocupación: Empleado														
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario														
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">mm</td> <td colspan="2">mm</td> <td colspan="2">mm</td> </tr> <tr> <td>Ancho de pulgar</td> <td>22</td> <td>Ancho de índice</td> <td>17</td> <td>Diámetro de agarre</td> <td>64</td> </tr> </table>			mm		mm		mm		Ancho de pulgar	22	Ancho de índice	17	Diámetro de agarre	64
mm		mm		mm										
Ancho de pulgar	22	Ancho de índice	17	Diámetro de agarre	64									
OBSERVACIONES														
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>														
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>														

4	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA													
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos													
Fecha de la medición: 29 de Julio														
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>														
Edad: 54														
Lugar de nacimiento: Montevideo														
Ocupación: Docente														
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario														
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">mm</td> <td colspan="2">mm</td> <td colspan="2">mm</td> </tr> <tr> <td>Ancho de pulgar</td> <td>21</td> <td>Ancho de índice</td> <td>18</td> <td>Diámetro de agarre</td> <td>66</td> </tr> </table>			mm		mm		mm		Ancho de pulgar	21	Ancho de índice	18	Diámetro de agarre	66
mm		mm		mm										
Ancho de pulgar	21	Ancho de índice	18	Diámetro de agarre	66									
OBSERVACIONES														
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>														
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>														



5	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos
Fecha de la medición: 29 de Julio	
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Edad: 48	
Lugar de nacimiento: Montevideo	
Ocupación: Cuidadora	
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario	
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO	
mm mm mm	
Ancho de pulgar 20 Ancho de índice 17 Diámetro de agarre 63	
OBSERVACIONES	
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>	
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

6	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos
Fecha de la medición: 29 de Julio	
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Edad: 64	
Lugar de nacimiento: Montevideo	
Ocupación: Jubilada de maestra	
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario	
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO	
mm mm mm	
Ancho de pulgar 21 Ancho de índice 19 Diámetro de agarre 64	
OBSERVACIONES	
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>	
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

7	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos				
Fecha de la medición: 29 de Julio					
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					
Edad: 58					
Lugar de nacimiento: Montevideo					
Ocupación: Odontóloga					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
mm		mm		mm	
Ancho de pulgar	19	Ancho de índice	16	Diámetro de agarre	62
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					

8	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA				
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos				
Fecha de la medición: 29 de Julio					
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					
Edad: 36					
Lugar de nacimiento: Montevideo					
Ocupación: Empleada					
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario					
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO					
mm		mm		mm	
Ancho de pulgar	20	Ancho de índice	17	Diámetro de agarre	60
OBSERVACIONES					
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>					
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					



9	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos	
Fecha de la medición: 29 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 26		
Lugar de nacimiento: Montevideo		
Ocupación: Estudiante		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm mm mm		
Ancho de pulgar	19	Ancho de índice
		16
Diámetro de agarre	60	
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

10	CÉDULA ANTROPOMÉTRICA	
	DATOS GENERALES / Usuario Jóvenes - Adultos	
Fecha de la medición: 29 de Julio		
Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		
Edad: 46		
Lugar de nacimiento: Montevideo		
Ocupación: Ama de casa		
Entorno donde se realiza la medición: Hogar del usuario		
DIMENSIONES ESPECIALES : MANO		
mm mm mm		
Ancho de pulgar	22	Ancho de índice
		19
Diámetro de agarre	64	
OBSERVACIONES		
Turno de realización de muestreo: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input checked="" type="checkbox"/>		
Padece alguna discapacidad?: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

COMPROBACIÓN GRUPAL DE MODELOS DE CONTROL Y MATERIALES CON USUARIOS AMD

PROPÓSITOS

Observar el tiempo de duración en la manipulación con cada modelo de control: Se registra en una tabla el tiempo de manipulación continua de cada modelo de control en todas las unidades de observación.

Preferencias de texturas de 3 pelotas seleccionadas: Se registra en una tabla la preferencia de las distintas texturas al contacto con la mano en cada unidad de observación.

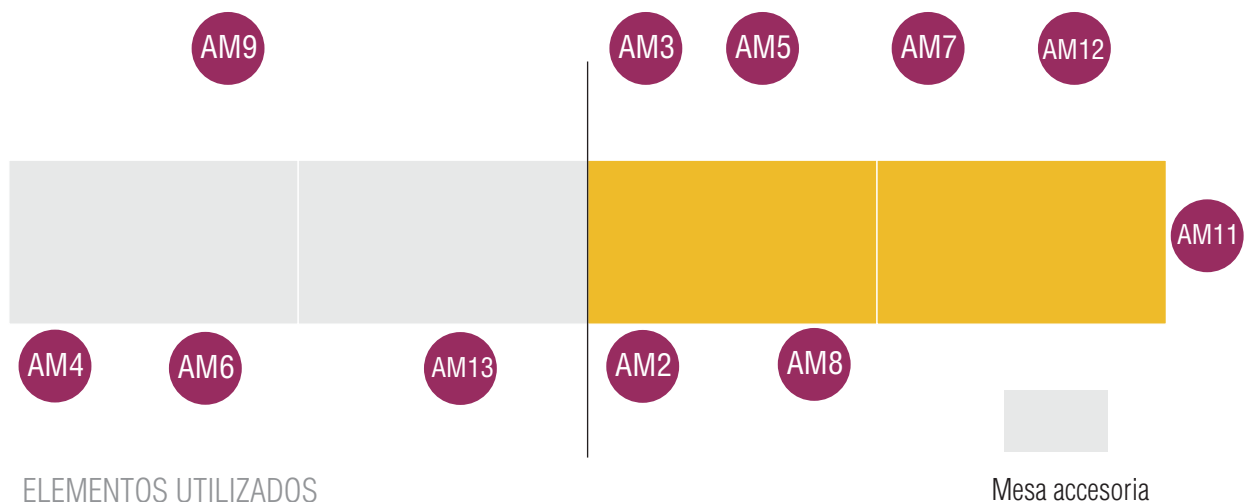
Preferencias en las distintas densidades de las pelotas de goma espuma: Se registra en una tabla la reacción a las distintas densidades en cada unidad de observación.

En ciertas unidades de observación seleccionadas se prueba la actividad de interfase plantada con el dispositivo

RELATO

Al llegar al lugar, el EO es recibido por la responsable del turno, que los guía al lugar donde la actividad se lleva a cabo (mismo espacio utilizado en la visita 1).

Las personas eran las mismas (a excepción de Lidia y Carmen, que no estaban presentes), dispuestas ahora en cuatro mesas en línea.



ELEMENTOS UTILIZADOS EN LA ACTIVIDAD PLANTEADA

- Modelo de control 1;
- Modelo de control 2;
- Pelota de goma espuma imitación fútbol;
- Pelota de goma espuma imitación básquet;
- Pelota de goma espuma imitación tenis;
- Pelota de goma espuma densidad 1;
- Pelota de goma espuma densidad 2;
- Pelota de goma espuma densidad 3.

Diagrama de disposición de los AM



Modelo de control 1:

Esfera de goma espuma recubierta de soft masa con sustracciones en sus caras. El modelo resulta una de las dos alternativas finales del proceso de diseño realizado.

Modelo de control 2:

Cilindro de goma espuma recubierto en soft masa con adiciones y sustracciones en sus caras. El modelo resulta una de las dos alternativas finales del proceso de diseño realizado.

COMPROBACIONES CON AMD

DUREZA

De un universo de 7 pelotas se seleccionaron la de dureza 1, 4 y 7

1	2	3	4	5	6	7
5	10	15	20	30	40	45

Se le presenta a cada unidad de observación 3 pelotas, se le permite manipularlas algunos segundos y se le pregunta: ¿cuál de las tres pelotas prefieres para apretar? Se registra la información en la siguiente tabla:

Dureza 1	
Dureza 4	
Dureza 7	

Se marca con color la pelota seleccionada por la unidad de observación.

TEXTURA

Modelo de control 1:

Se seleccionaron las texturas de pelotas de espuma de poliuretano que se encontraron en el mercado local.

Pelota 1:

Pelota de espuma de poliuretano lisa en todas sus caras, con una línea de rebaje que recorre la pelota en un circuito cerrado (imitación pelota de tennis).

Pelota 2:

Pelota de espuma de poliuretano con textura en relieve de medias esferas, con línea de rebaje que recorre la pelota en un circuito cerrado (imitación pelota de básquet).

Pelota 3:

Pelota de espuma de poliuretano lisa con relieves, marcando hexágono en toda la superficie (imitación pelota de fútbol).

Se presentan las 3 pelotas sobre la mesa, se toma en cuenta la pelota con la que permanece el mayor tiempo.

Pelota textura tennis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	

TIEMPO DE DURACIÓN EN LA MANIPULACIÓN

Se le presenta a la persona el modelo de control 1 (verificar previamente que la persona no tenga otros objetos enfrente que puedan distraerlo) sin especificar ningún instructivo.

Se contabiliza el tiempo que la persona mantiene el modelo en sus manos.

Cuando la persona deja el modelo, se le retira y se le entrega en su lugar el modelo de control 2, repitiendo el procedimiento.

Se registra la información de cada unidad de observación en la siguiente tabla:

Modelo de control 1	Modelo de control 2
... minutos	... minutos



Se comienza repartiendo marcadores y hojas A4.

Se selecciona un grupo más pequeño para realizar las distintas intervenciones descritas. El grupo seleccionado (compuesto por 7 mujeres) manifiesta interés en los objetos presentados por el EO y solicita participar de las actividades.

En primer lugar, se plantea la actividad con los modelos de control por 30 minutos aproximadamente, evaluando cada unidad de observación.

Mientras se culmina la actividad con los modelos de control, se introduce la actividad de medición de densidades por otros 30 minutos. Cuando esta está culminada, se introduce la actividad planeada con pelotas con texturas por los últimos 30 minutos.

El resto de las personas permanecen dibujando, mirando TV o no realizando ninguna actividad específica.

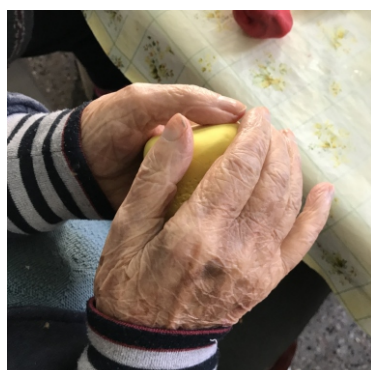


RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Rosa



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	

Pelota textura tennis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	



Modelo de control 1	Modelo de control 2
4 minutos	2 minutos

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

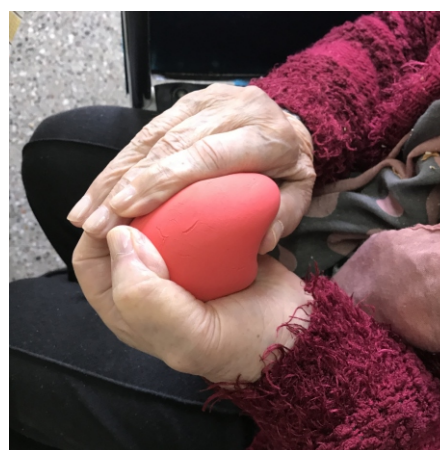
- Manipulación con las dos manos;
- Generaba presión con las palmas;
- Prioriza los materiales suaves;
- Afinidad por el modelo de control presentado

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Cora



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	

Pelota textura tenis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	



Modelo de control 1	Modelo de control 2
5 minutos	12 minutos

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Manipulación con ambas manos;
- Manifiesta dolor en articulaciones;
- Manifiesta agrado frente al contacto de las manos del miembro del EO;
- Hace hincapié en la temperatura cálida que presentan;
- Utiliza mayoritariamente la mano izquierda, apretando la parte inferior del modelo, tocando con la mano derecha las concavidades del modelo;
- Luego comienza ejercer mayor fuerza y presionar con ambas manos utilizando la izquierda como contenedor del modelo;
- Mantiene contacto físico buscando que su mano esté contenida por las de quien la estaba tocando (miembro del EO).



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Emilia



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	



Pelota textura tenis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	

Modelo de control 1	Modelo de control 2
6 minutos	10 minutos



SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

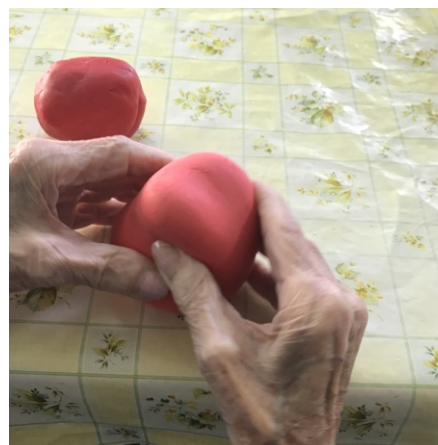
- Mientras manipula, relata historias de su vida;
- Manifiesta agrado frente al contacto de las manos del miembro del EO (hace hincapié en la temperatura cálida que presentan);
- Trabaja con ambas manos, pasando el modelo de una a la otra;
- Con una mano gira el dispositivo y la otra la deja fija sobre la concavidad;
- Pasa largos periodos de tiempo con el pulgar presionando y moviéndolo por la concavidad superior;
- Al terminar la actividad se dirige a los miembros del EO y les manifiesta su agradecimiento, incluye contacto físico de manos y abrazos.

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Elena



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	

Pelota textura tennis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	



Modelo de control 1	Modelo de control 2
4 minutos	2 minutos

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- Manipulaba todos los dispositivos con agarre pinza;
- No manifiesta dificultad para manipular;
- Manifiesta agrado por los objetos presentados;
- Aprieta con ambas manos pelotas distintas con la intención de compararlas;
- Aprieta con ambas manos, generando presión con los pulgares sobre los modelos de control;
- Coloca el pulgar en la concavidad del modelo y realiza movimientos deslizantes continuos.



RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Petrona



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	

Pelota textura tenis	
Pelota textura básquet	
Pelota textura fútbol	



Modelo de control 1	Modelo de control 2
5 minutos	7 minutos

SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

- No manifiesta dificultad para manipular;
- Manifiesta rechazo por materiales de temperatura fría;
- Manifiesta agrado por el contacto con el modelo de control y con las manos del miembro del EO que guía la actividad X;
- Manifiesta agrado por la terminación lisa y “suave” del modelo de control 2;
- Por periodos extensos (más de 10 minutos) manipula pelotas de continuo (una la vez).

RELATO DE UNIDADES DE OBSERVACIÓN: Graciela



Dureza 1	
Dureza 2	
Dureza 3	



Síntesis de la actividad

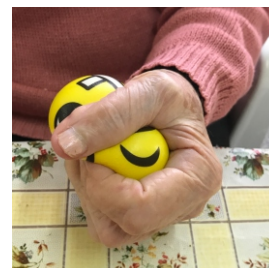
- Abre y cierra la mano, ejerciendo presión sobre la pelota brindada, el movimiento es repetitivo;
- No participa de la evaluación de materiales.



RESULTADOS

De las 6 unidades de observación, 4 seleccionaron la dureza 2 y 2 de ellas seleccionaron la dureza 1.

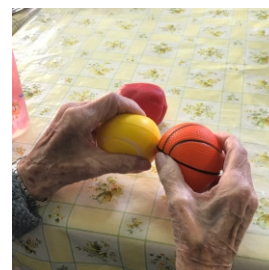
	Rosa	Cora	Emilia	Elena	Petrona	Graciela
Dureza 1						
Dureza 2						
Dureza 3						



OBSERVACIONES DE LAS TEXTURAS ANALIZADAS

De las 5 unidades de observación, 3 seleccionaron la textura de la pelota imitación tenis y 2 de ellas seleccionaron la textura imitación básquetbol.

	Rosa	Cora	Emilia	Elena	Petrona
Pelota textura tenis					
Pelota textura básquet					
Pelota textura fútbol					

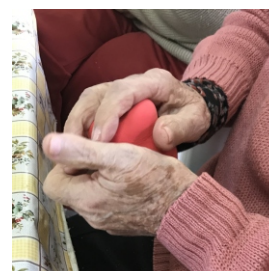


OBSERVACIONES DE LAS TEXTURAS ANALIZADAS

De las 5 unidades de observación, 3 seleccionaron la textura de la pelota imitación tenis.

Dos de ellas seleccionaron la textura imitación basquet

	Modelo de control 1	Modelo de control 2
Rosa	4 minutos	2 minutos
Cora	5 minutos	12 minutos
Emilia	6 minutos	10 minutos
Elena	4 minutos	5 minutos
Petrona	5 minutos	7 minutos



COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Licenciada en enfermería
Hogar de Ancianos de San José

Aspectos mencionados durante la entrevista abierta

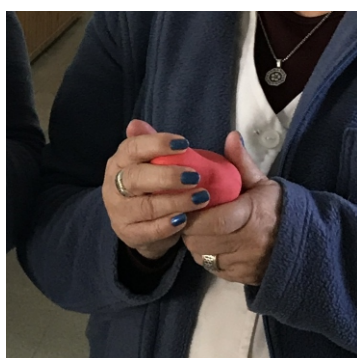
- Características de la forma;
- Actividad planteada;
- Interacción con el usuario a través del dispositivo;
- Posible reacción del usuario con el dispositivo.

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

- La forma redondeada para una manipulación segura (al no presentar bordes);
- Posibilidad de diversas zonas de agarre, permitiendo la manipulación con las dos manos o ambas;
- Material con textura lisa para facilitar la movilidad de los dedos;
- Que incentive a mover las manos y los dedos (es positivo para la estimulación y buena circulación). En el residencial los adultos están acostumbrados a realizar alguna actividad manual para trabajar la estimulación, y en su mayoría presentan aceptación;
- Afirma que ese tipo de contacto (a través de las manos) genera un canal de comunicación rápido.

ASPECTOS A MEJORAR

- Presentar alternativas de color;
- Plantea que sería una actividad a realizar por los familiares y no por las enfermeras, ya que el residencial no cuenta con suficiente personal para realizar la actividad;
- Plantea la posibilidad de incorporar varias personas en una actividad, para generar una dinámica grupal.





COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Licenciada en enfermería
Hogar de Ancianos de San José

Aspectos mencionados durante la entrevista abierta.

Características de la forma;
Actividad planteada;
Interacción con el usuario a través del dispositivo;
Posible reacción del usuario respecto al dispositivo.

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

Las ranuras que presentan, generan un “cómodo” agarre, permitiendo manipularlo tanto con una mano como con la otra.

Sensación “agradable” al tacto, cuando se agarra, aprieta y se pasan las ranuras en los dedos;

Plantea como positivo el contacto a través de las manos, por dos razones:

Los adultos mayores pueden presentar “manos frías” debido a patologías vinculadas a la circulación sanguínea. Por ende una actividad que estimule el movimiento de las manos favorece a “mejorar” la circulación y así percibir las manos más “templadas”;

Los AM pondrían aceptar de forma positiva la actividad planteada, ya que es similar a otras que realizan en sus sesiones de fisioterapia en el hogar.

ASPECTOS A MEJORAR

•Presentar alternativas de color;

•Plantea como una desventaja que el color del objeto sea blanco, menciona que para mantener la atención del adulto en la actividad se tendría que considerar colores más “llamativos” y contrastantes (algunos AM tienen baja visión).



COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Diseñadora Industrial
Macarena Arispe

Aspectos mencionados durante la entrevista abierta.

Aspectos morfológicos
Aspectos tecnológicos
Aspectos comunicacionales
Situaciones de uso, no uso
Inserción en el mercado

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

La forma permite una amplia variedad de interacciones;

El modelo resulta intuitivo a la manipulación;

El tamaño resulta “apropiado” para la manipulación con una o dos manos, también permite su “fácil” guardado y el traslado del mismo;

La elección del material permite un proceso productivo que genera que el costo del producto sea “accesible” para estos usuarios;

Al ser un mercado local “poco” desarrollado, permite una oportunidad de diseño.

ASPECTOS A MEJORAR

.Generar indicadores de uso, través de colores o texturas;

.Generar un envase que conviva en el entorno;

.Brindar información necesaria para el acompañante: cómo comienza la actividad, cómo se usa;

.Contemplar la situación de no uso, donde se va a ubicar en el entorno.





COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Neuróloga
Martha Gnocchi

Aspectos mencionados durante la entrevista abierta.
Factores neurálgicos que intervienen con el dispositivo

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

- .Mencionó la importancia del contacto de las manos en estos usuarios, afirmando que dicho contacto, junto con la charla, es esencial para poder vincularse en el momento de un estado de agitación, para ahí sí poder generar un vínculo e intentar sacar o desplazar el enfoque de la agitación/ansiedad;
- .Destacó que sea un dispositivo manual y de contacto (para estimular las praxias);
- .Que el dispositivo permita que la persona pueda realizar la actividad de manera autónoma

ASPECTOS A MEJORAR

- .Que los indicadores tengan colores contrastantes (no en la misma gama de color, recomendó colores complementarios), afirmó que estas personas suelen tener una disminución en la vista y los colores contrastantes les facilitan identificar las partes de un objeto;
- .Considerar qué tipo de información y cómo se va a presentar para el acompañante, hay que tener en cuenta que este estado de agitación genera un ambiente de nerviosismo para ambos y la persona tiene que tener claro cómo intervenir con el objeto.



COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Aspectos mencionados durante la entrevista abierta:

Factores vinculados a la conducta, psiquis abarcando las emociones

Diplomada en Psicogerontología
Desireé Ambielle

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

La profesional destacó positivamente la experiencia de poder acercarnos a la población real y poder trabajar en conjunto con ellos.

“Esto que hicieron es muy valioso, más allá del trabajo que están realizando, se tienen que quedar con esta experiencia de trabajar directamente con las personas y ver los resultados positivos obtenidos”.

Según la profesional, “hay que tener en cuenta que en las manos confluyen varios aspectos fundamentales a tener en cuenta. Las personas adultas mayores que padecen demencia necesitan la estimulación cognitiva de las praxias, y en el plano emocional, la comunicación como expresión que pueden desarrollar desde las manualidades. Logrando en muchos casos bajar niveles de ansiedad e inseguridad que esta patología les genera. Las manos, acarician, crean, y sostienen...”.

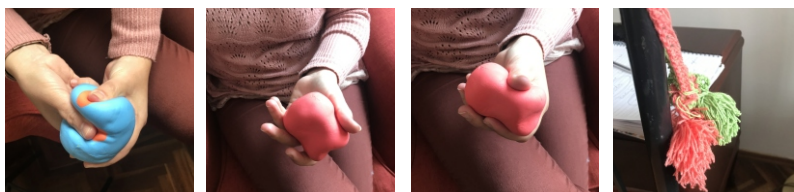
Al manipular el modelo de control dijo: “este dispositivo tiene las características acertadas, en cuanto al material con que está hecho, como la forma... también lo manipulable, ya que da la posibilidad de generar diversidad en el agarre”.

Desde lo emocional, hay que tener en cuenta que cada AM tiene su individualidad, algunos necesitan más contención que otros, y la posición de las manos en el dispositivo posiblemente nos pueda dar una lectura de su estado emocional.

Destacó las ranuras como posibilidad de mejor agarre, ya que una pelota es más deslizable

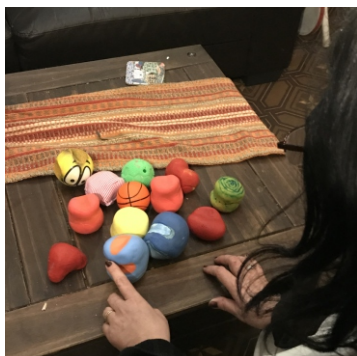
ASPECTOS A MEJORAR

Sobre la elección de incorporales indicadores en las ranuras para poder realizar masajes, le pareció muy bueno y sugirió algunos colores al respecto: rosa-salmón, azul-celeste, verdes manzana y lima (muchos vinculados con la naturaleza). Todos estos colores tranquilizan, no recomienda el rojo ni el naranja.





COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Aspectos mencionados durante la entrevista abierta.

Actividad planteada

Interacción con el usuario a través del dispositivo

Posible reacción del usuario con el dispositivo

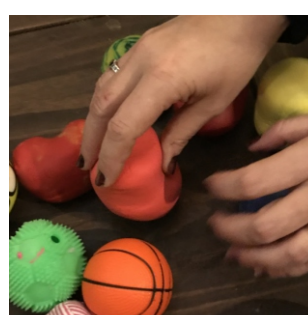
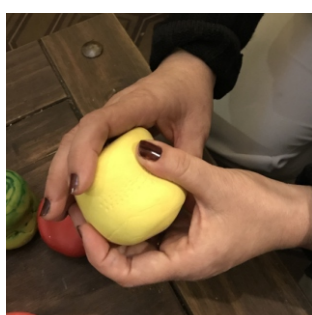
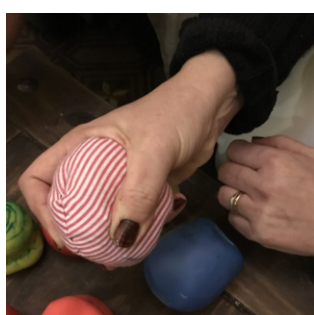
Acompañante contratado de una persona con demencia, en la vivienda.

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

- Sobre la actividad destacó el acercamiento que se plantea. Desde su experiencia, observa que cuando el adulto se pone nervioso es necesario acercarse, hablarle, tocarle las manos y brazos, “eso ayuda mucho a tranquilizarlo”;
- Destacó que el objeto permita estimular las manos tipo “amansa loco”, así como sus formas redondeadas y suaves;
- Plantear distintos colores le permite mantener la atención la actividad;
- Las formas más irregulares o con ranuras son más atractivas a la hora de manipularlo, el AM podría generar un recorrido distinto al que está acostumbrado (con pelotas) y mantener la atención en la manipulación y actividad planteada.

ASPECTOS A MEJORAR

- De todos los modelos de control que trabajamos se marcaron algunos puntos:
- Las formas más esféricas podrían dificultar la manipulación (las pelotas se podrían resbalar en el agarre);
- Contemplar colores plenos y “lisos”;
- Preferencias por materiales suaves y livianos (como la espuma de las pelotas). Los rellenos de arroz y distintas semillas generan peso y, a la hora de manipularlos, podrían dificultar;
- La terminación con tela podría dificultar su lavado.



COMPROBACIÓN PERSONAS CALIFICADAS



Aspectos mencionados durante la entrevista abierta.

Actividad planteada

Interacción con el usuario a través del dispositivo

Posible reacción del usuario con el dispositivo

Acompañante familiar de una persona con demencia, en la vivienda.

ASPECTOS POSITIVOS REMARCADOS

- Destacó la forma, porque permite manipularlo con ambas manos juntas y por separado;
- Las caras curvas y el material suave generan un “cómodo” agarre y manipulación, destacó las ranuras para poder pasar los dedos y generar presiones sobre el objeto;
- La actividad planteada favorece a estimular las manos y movilidad (se vincula a la actividad que le manda el médico, por ejemplo ejercicios de apretar pelotitas);
- Destacó como positivo vincularse o generar un momento para estar con el adulto mayor, a través de la manipulación de un objeto.

ASPECTOS A MEJORAR

- Contemplar un lugar donde guardarlo, la entrevistada aclara que se podría guardar en algún cajón (mesa de luz), pero destaca como positivo acceder rápidamente en el momento que lo necesite;
- Demostró agrado por los colores contrastantes, para que sea “atractivo visualmente” y que el AM lo pueda visualizar sin dificultad;
- De todos los modelos de control que manipuló en la entrevista, prioriza los que tenían tamaños más grandes, aclarando que el AM lo podría manipular mucho mejor, para poder agarrarlo con las dos manos.





Datos generales

Nombre: Plametalda

Tels: ++598 2487 0485 / 87

Dirección: Cornelio Cantera 2853

E-mail: info@madeiramoldes.com



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EMPRESA, ANTIGÜEDAD, TRAYECTORIA

PERFIL

Nacido hace aproximadamente 60 años como un emprendimiento familiar, dedicado a la fabricación de matrices y moldes para la producción de artículos plásticos mediante el sistema de inyección, así como también al mecanizado de piezas mecánicas de difícil ejecución.

EQUIPAMIENTO Y PROCESO DE TRABAJO

Desarrollan el diseño y análisis de piezas mediante la aplicación de las últimas versiones de sistemas CAD 2D / 3D y ejecuten la matricería en fresadoras y centros de mecanizado comandados a control numérico, cuya programación se apoya en los más modernos programas CAM de mecanizado.

INTEGRACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa familiar.

20 personas (operarios y dueños)

DESCRIPCIÓN DE SUS PRODUCTOS

¿Cómo se generan?.

- Productos diseñados por ellos mismos
- Encargue de algún producto específico.
- Sólo matricería.

PERFIL DE SUS CLIENTES.

Industria.



MATERIAS PRIMAS, MATERIALES UTILIZADOS:

Toda la materia prima importada.
El Acero de Suecia e Inglaterra
El Plástico de Taiwán, Japón, Brasil



FORMAS DE COMERCIALIZACIÓN Y LOGÍSTICA

La mitad de lo producido se comercializa en plaza y la otra mitad se exporta mediante contenedores trasladados en barcos.

PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE PIEZAS, HABILIDADES TÉCNICAS, TERMINACIONES

:

- termoformado
- extrucción
- inyección
- coinyección
- Soplado

Las terminaciones de rebaba se realizan a pie de máquina, por un obrero.

FORMAS DE COMERCIALIZACIÓN Y LOGÍSTICA:

La mitad de lo producido se comercializa en plaza y la otra mitad se exporta mediante contenedores trasladados en barcos

