

Atención de Terapia Ocupacional en Demencias durante el contexto de Pandemia COVID-19. Sistematización de experiencia desde el Centro Kelluwun, Hualpén

Atención de Terapia Ocupacional en Demencias durante el contexto de Pandemia COVID-19. Sistematización de experiencia desde el Centro Kelluwun, Hualpén



T.O. Jocelyn Canales Belmar

Terapeuta Ocupacional

Diplomada en Demencia: Abordaje Gerontológico multidimensional, Universidad Católica de Chile.

Terapeuta Ocupacional Centro Kelluwun - Servicio Salud Talcahuano

Email: canales.jo@gmail.com



T.O. Carolina Medina Elgueta

Terapeuta Ocupacional

Magister en Abordaje de Personas Mayores y Envejecimiento - UCEN

Terapeuta Ocupacional Centro Kelluwun - Servicio Salud Talcahuano

Docente Universidad Santo Tomás, Sede Concepción.

Email: carolinamedina.to@gmail.com

Resumen

Uno de los desafíos globales emergentes tiene relación con el envejecimiento poblacional y el consecuente riesgo de aumento de incidencia de trastorno neurocognitivo mayor o demencia, que actualmente no cuenta con un tratamiento curativo eficaz y validado. No obstante, la evidencia disponible enfatiza en la efectividad e importancia de desarrollar tratamientos sintomatológicos y de acompañamiento para la mantención de la calidad de vida de quienes viven con diagnóstico de demencia y su entorno más próximo, especialmente los cuidadores. Bajo este enfoque, y al alero del Plan Nacional de Demencias, se encuentra el Centro Comunitario de Apoyo para Personas con Demencia “Kelluwun” de Hualpén, el cual desde el año 2016 ofrece tratamiento integral y transdisciplinario a las personas que conviven con el diagnóstico de demencia en la comuna. No obstante, la pandemia por Covid-19 y las consecuentes medidas restrictivas enfocadas en la prevención y disminución del riesgo de contagio del virus SARS-CoV-2, han planteado nuevos desafíos, pero también nuevas oportunidades para la continuidad de los tratamientos no farmacológicos y el abordaje integral de las personas con diagnóstico de demencia.

El presente artículo pretende develar la sistematización del trabajo desde la experiencia de Terapia Ocupacional en el Centro “Kelluwun”, la que ha sido desarrollada durante los últimos 17 meses desde el inicio de la Pandemia por Covid-19.

Palabras clave: Demencia, Terapia Ocupacional, Pandemia, Cuidador, Telemedicina

Abstract

One of the emerging challenges at a global level is related to the aging population and the consequent risk of increased incidence of major neurocognitive disorder or dementias, which do not have an effective and currently validated curative treatment. However, the available evidence emphasizes the effectiveness and importance of developing symptomatic and accompanying treatments for maintaining the quality of life of those living with a diagnosis of dementia and their immediate environment, especially caregivers. Taking this approach and under the aegis of the National Dementia Plan, the Community Support Center for People with Dementia “Kelluwun” has been working since 2016, which offers comprehensive and transdisciplinary treatment to people living with the diagnosis of dementia in the municipality of Hualpén. However, the Covid-19 pandemic and its consequences, characterized mainly by restrictive measures focused on preventing and reducing the risk of spreading the SARS-CoV-2 virus, has presented new challenges and opportunities for the continuity of non-pharmacological treatments in people diagnosed with dementia. This article aims to publicize a systematization of work experience from Occupational Therapy in the Center “Kelluwun”, which has been developed during the last 17 months since the beginning of the Covid-19 pandemic.

Keywords: Dementia, Occupational Therapy, Pandemic, Caregiver, Telemedicine

Contexto

El presente artículo aborda la experiencia de Terapia Ocupacional en contexto COVID-19 desarrollada en el Centro de apoyo comunitario para personas con demencia “Kelluwun” (en adelante Centro Kelluwun), el cual tiene como meta mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia y sus familias, entregando intervenciones ambulatorias, transitorias e integrales a personas con diagnóstico de demencia leve a moderada. Este dispositivo inició su funcionamiento el año 2016 en el marco de acciones para implementación del Plan Nacional de Demencias, formando parte de la red de Salud Mental del Servicio de Salud Talcahuano, de quien depende técnica y administrativamente (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018).

En cuanto a su estructura organizacional, este dispositivo es liderado por un director técnico, cuya responsabilidad principal consiste en dirigir y coordinar las acciones del equipo transdisciplinario, compuesto por Médico Psiquiatra, Médico Geriatra, Psicólogo, Trabajadora Social, Enfermera, Kinesiólogo, dos Terapeutas Ocupacionales, dos Técnicos en Enfermería, Administrativo y auxiliar estafeta. El objetivo de este centro es brindar atención especializada y de calidad a personas con demencia leve a moderada y su entorno más cercano, implementando como estrategia las atenciones diurnas, ambulatorias intensivas, transitorias, integrales y transdisciplinarias; promoviendo la continuidad e integralidad de cuidados con la finalidad de favorecer la funcionalidad de las personas, así como su participación e inclusión en la comunidad (MINSAL, 2016).

En concordancia con el objetivo del dispositivo, el equipo transdisciplinario ha decidido otorgar el nombre de “Kelluwun”, expresión perteneciente al mapuzungun cuyo significado se refiere a la construcción de solidaridad desde una dimensión comunitaria, rescatando la importancia de la reciprocidad en las relaciones en comunidad, cuyos lazos y apoyo colectivo dan sentido y significado a la comunidad que vive en permanente colaboración. La elección de este nombre pretende reflejar la intención de construir una relación con la comunidad, convirtiéndose en una red de apoyo cotidiano y generando un tejido social de intercambio de saberes y recursos que ayuden a generar comunidades inclusivas y amigables con la demencia en todas sus dimensiones.

Territorialmente, este dispositivo se ubica la comuna de Hualpén, que pertenece a la provincia de Concepción en la Región del Biobío, teniendo una extensión territorial total de 53,63 km² y que, según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas [INE], para el año 2017 contaba con una población de 91.733 habitantes, de los cuales 16.098 corresponden a personas de 60 años y más, representando así a un 17,5% de la población comunal (INE, 2018).

Población objetivo

El Centro Kelluwun tiene como población objetivo a personas de 60 y más años, beneficiarios de FONASA y que cuenten con los siguientes criterios:

- Personas que presentan sospecha diagnóstica de demencia en sus controles de salud, asociada a quejas de memoria y funcionalidad, y sus cuidadores.
- Personas que presentan alteraciones en el examen de funcionalidad (EFAM) del examen de medicina preventiva para el adulto mayor (EMPAM) y sus cuidadores.
- Personas que viven con algún tipo de demencia y sus cuidadores.

Proceso de atención en Centro Kelluwun

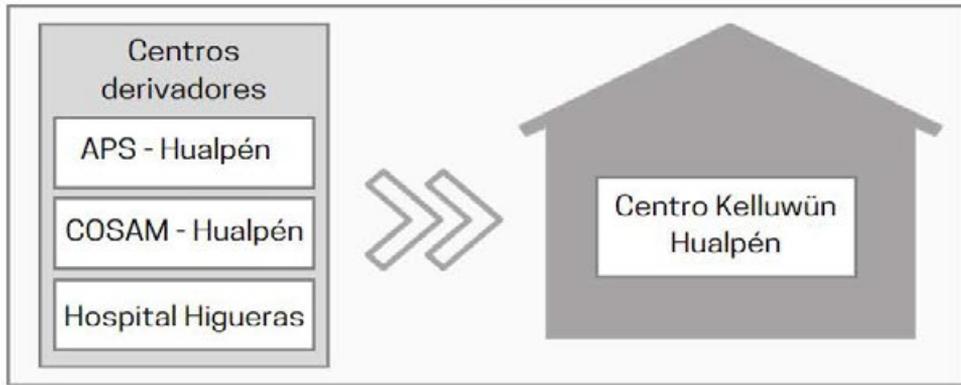
Para llevar a cabo las actividades y tareas relacionadas con el cumplimiento de objetivos, se ha desarrollado un protocolo de atenciones y funcionamiento, documento que tiene como objeto protocolizar tanto las intervenciones dirigidas a las personas mayores, así como aquellos aspectos del funcionamiento que permitan articular el trabajo comunitario. No obstante, para efectos de esta sistematización se describirá el proceso de atención individual, abordando con posterioridad el trabajo comunitario en contexto remoto.

Derivaciones

Los planes de intervención y el abordaje de casos individuales desde este dispositivo inician con la recepción del documento de interconsulta, el que es emitido por los equipos de intervención de la red de salud. No obstante, los equipos derivadores deben realizar un análisis que permita verificar que aquellos sujetos candidatos a derivación cumplan con los criterios de ingreso al dispositivo. Para la emisión de la interconsulta se utiliza el sistema clínico electrónico asociado a la red de salud local.

En cuanto a los centros derivadores, estos pueden estar insertos en los niveles primario, secundario o terciario en salud, es decir Centros de Salud Familiar de la comuna de Hualpén, el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Hualpén y las unidades de Psiquiatría, Neurología y Geriatría de Hospital Las Higueras de Talcahuano (HH), que es el hospital base del Servicio de Salud Talcahuano.

Figura 1
Centros derivadores a Centro Kelluwun



Fuente: Elaboración propia.

Inicio de evaluación e intervención en Centro Kelluwun

Figura 2
Flujo de atención del Centro Kelluwun

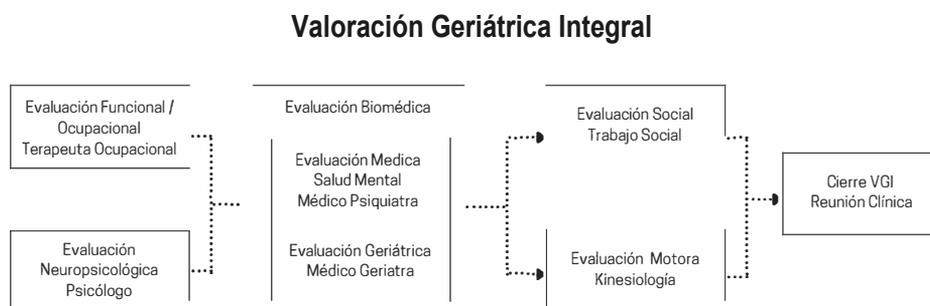


Fuente: Elaboración propia

Una vez que es recibida la interconsulta, se inicia el proceso de evaluación e intervención según pertinencia. Para clarificar el proceso, entre la recepción de derivación y el egreso del tratamiento, existe un flujograma interno de actividades (Figura 2), el cual inicia con la recepción de derivación en sistema clínico electrónico, continuado por la realización de una evaluación integral basada en el modelo de Valoración Geriátrica Integral, instancia en la que participan las distintas disciplinas presentes en el dispositivo (figura 3).

Figura 3

Organización de evaluación inicial según la estrategia de Valoración Geriátrica Integral en Centro Kelluwun



Fuente: Elaboración propia.

Los antecedentes reunidos durante el proceso de valoración permiten acceder a información relevante para comprender la situación de la persona y su entorno, aportando los antecedentes necesarios para la confirmación diagnóstica o para la elaboración de un diagnóstico diferencial por parte del equipo médico. Además, esta instancia busca reunir información suficiente para la elaboración de un plan de cuidados integrales (PCI), teniendo siempre a la base de la construcción el enfoque de atención centrada en la persona (ACP), enfatizando en las principales necesidades y problemáticas reportadas por los usuarios y cuidadores.

El Plan de cuidados integrales, (desde ahora en adelante PCI) declara los objetivos consensuados entre la diada usuario/cuidador y el equipo de intervención, ajustando estos a los recursos disponibles. Este plan tiene una duración aproximada de 3 a 9 meses desde oficializado el ingreso a tratamiento, culminado una vez logrado los objetivos propuestos, lo que se verifica mediante reevaluaciones por parte de las distintas disciplinas. No obstante, de manera simultánea y previa al egreso del programa, el equipo de intervención en consenso con los cuidadores coordina un plan de egreso que tiene por objetivo garantizar la continuidad de cuidados incorporando a la red sanitaria e intersectorial. Para que este proceso sea efectivo se debe cumplir una contrarreferencia a los dispositivos atención primaria correspondientes, considerando comentarios y ajustes de tratamiento en contexto de equipo consultor en temáticas de demencia. También se considera la importancia de vincular a las redes del tejido social comunitario según pertinencia.

Para garantizar el cumplimiento efectivo del plan de cuidado integral de cada usuario se ha implementado la estrategia de gestión de caso, la que consiste en la designación de un rol de gestión individualizada a un integrante del equipo, idealmente aquel que se vincule de mejor forma con la diada o con aquel profesional cuya disciplina sea de mayor pertinencia y necesidad para los desafíos del abordaje. Esta estrategia tiene como característica ser orientada a la persona e involucrar un proceso colaborativo entre esta

persona, la familia y el gestor en calidad de representante del equipo, teniendo por objetivo favorecer la coordinación del cuidado, la planificación y evaluación de la intervención, velando por la satisfacción de las necesidades de la persona y su familia (Budnich et al., 2019).

En relación con las modalidades de intervención y actividades contenidas, este centro trabaja mediante la modalidad de intervención individual, grupal y mixta (*Ver figura 4*). Sin embargo, aproximadamente el 68% de sus usuarios anuales pertenecen a la modalidad individual y el porcentaje restante a la modalidad Mixta.

Figura 4
Modalidades de intervención

Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Geriátrica Integral • Intervención psicosocial o clínica individual • Intervención psicosocial con familiares y cuidadores • Mediante prestaciones como: Consulta, Control, Visita Domiciliaria
Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de taller grupal • Asistencia durante 1 o 2 jornadas según corresponda • Talleres organizados en grupos de 4 a 10 personas según GDS • Actividades con base en la socialización, cognición, actividad física y estimulación de Actividades de la vida diaria
Mixta	<ul style="list-style-type: none"> • Participa tanto de la modalidad individual como de la modalidad grupal de manera complementaria

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las intervenciones grupales, estas se organizan bajo la estructura de centro de día, espacio al que acceden las personas que viven con demencia para estimular la participación ocupacional y social que permita estimular la mantención de capacidades y/o habilidades, así como mejorar la calidad de vida de los sujetos, participando de actividades que faciliten la exploración y mantención de actividades de interés, modificadas, ajustadas y/o supervisadas para permitir un adecuado involucramiento en estas. A su vez, estos espacios de intervención permiten a la familia generar espacios de respiro, capacitación, conocimiento y manejo de la enfermedad (MINSAL, 2016).

En cuanto a los tipos de intervenciones y/o actividades que en este centro se desarrollan, es importante recordar el foco de acción principal de este dispositivo en cuanto al abordaje integral de las demencias, situando estas y sus implicancias desde un modelo ecológico donde convergen una serie de factores y actores, los cuales podrían actuar como facilitadores y/o limitadores de la participación. Según, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015), la capacidad funcional de las personas es el resultado de la interacción entre las capacidades intrínsecas y los entornos (físico y social) en el cual se desenvuelven, por lo que la situación de discapacidad en la que se puede encontrar el

individuo no solo depende de los diagnósticos médicos y/o déficit en la función/estructura a raíz de un problema de salud, sino que también son determinados por las condiciones ambientales y contextuales. A raíz de lo anterior, el dispositivo trabaja bajo un modelo de gestión en que las atenciones se centran en sus usuarios y sus redes de apoyo (cuidadores y/o familiares), lo que se ha denominado *diada de intervención*, considerando que el cuidador y la familia son los principales facilitadores para la participación de las personas, influyendo directamente en el estado de bienestar y calidad de vida.

Por otra parte, al ser el Centro Kelluwun actualmente el único dispositivo de la red sanitaria pública regional cuyo enfoque principal se relaciona con el abordaje integral de las demencias, este reconoce su rol como facilitador, colaborador y parte de la red intersectorial cuyo foco se centra en crear comunidades más inclusivas, elemento primordial para la calidad de vida de las personas que conviven con este diagnóstico. En este contexto, Centro Kelluwun juega un rol esencial a nivel provincial y regional en cuanto a la promoción y prevención en salud, así como al derribar estigmas asociados a la demencia, para lo cual se ejecutan acciones como vinculación con organizaciones de base comunitaria, agrupaciones de personas mayores, clubes y juntas de vecinos, difusión y actividades en espacios comunitarios como ferias libres o centros culturales, capacitación a equipos de la red de salud, red sanitaria, red intersectorial y la participación en la mesa de trabajo regional del Plan Nacional de Demencias, entre otras.

Pandemia por virus SARS-CoV-2: una amenaza a la continuidad de las intervenciones

En marzo del año 2020, la OMS a través de su director general informa que la enfermedad COVID-19 por sus características de transmisión y rápida propagación se considera una pandemia, generando un llamado a los distintos países del globo a tomar las medidas necesarias para evitar la propagación, considerando que la alerta temprana permitiría cambiar el curso de esta (OMS, 2020). En Chile, durante el mismo mes se declara la circulación viral y dispersión comunitaria del virus (MINSAL, 2020), por lo que el gobierno promueve medidas estatales orientadas a la prevención y/o disminución del riesgo de contagio, formalizando un estado de catástrofe acompañado de la recomendación de confinamiento con especial énfasis en población vulnerable, incluyendo a las personas mayores. Además, entre las medidas sanitarias adoptadas, se decreta tempranamente la prohibición de funcionamiento de centros de días para personas mayores y, posteriormente, una cuarentena preventiva obligatoria para todos los mayores de 75 años a nivel país, medida vigente desde marzo a septiembre del año 2020 (SENAMA, 2020).

En este contexto, la ejecución de todas las actividades relacionadas con el Centro Kelluwun, incluyendo acciones preventivas, de tratamiento e inclusión social, así como las actividades de coordinación con la red sanitaria e intersectorial y actividades comunitarias antiguamente desarrolladas en atenciones o reuniones presenciales, se vieron mermadas e inclusive suspendidas al inicio de la emergencia sanitaria.

Covid-19 y sus efectos colaterales en el abordaje de demencias

Tal como se ha abordado anteriormente, las personas mayores con diagnóstico de demencia se encuentran entre los segmentos de mayor vulnerabilidad a nivel social; considerando, además, que muchos de ellos dependen de familiares y/o cuidadores para lograr la supervivencia diaria. Esta vulnerabilidad basal se puede complejizar o aumentar si se consideran los efectos directos de la enfermedad Covid-19 en términos de morbilidad y mortalidad, así como efectos indirectos de la pandemia sobre los sistemas sociosanitarios de los cuales dependen (Brown et al, 2020).

En este contexto, es necesario recalcar que algunas personas con demencia podrían aumentar su riesgo de contagio al ver mermada la capacidad de autocuidado e implementación de medidas preventivas, tales como uso de elementos de protección personal, lavado de manos, distanciamiento social, entre otras a raíz del deterioro cognitivo y la dificultad para comprender y recordar dichas medidas. Por otra parte, el confinamiento y los cambios asociados a nivel comunitario podrían generar una agudización de lo que conocemos como síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), entre los que se podría presentar una mayor agitación motora, deambulación y apatía, entre otros.

Por otra parte, la población objetivo del Centro Kelluwun corresponde a personas de 60 y más años, muchas de las cuales presentan comorbilidades médicas, las que han sido categorizadas como factor de mal pronóstico en caso de contagio por la alta carga de morbilidad y mortalidad (Zhou et al., 2020). Esta condición complejiza la opción de retomar las actividades presenciales para la realización de intervenciones individuales y/o grupales en el centro. En consecuencia, las medidas implementadas como equipo de intervención debutaron con un plan de monitoreo telefónico a las familias, el que era realizado por cada gestor de caso, buscando principalmente reforzar las medidas sanitarias y de autocuidado recomendadas, con el objetivo principal de disminuir el riesgo de contagio entre los usuarios del Centro.

Sin embargo, al poco tiempo el equipo de Centro Kelluwun identifica un aumento en el reporte de SPCD entregado por cuidadores, lo que se acompañaba de un aumento en los niveles de sobrecarga y angustia de estos, lo cual se podría relacionar con la interrupción de actividades grupales y/o actividades clínicas individuales, lo que genera un impacto negativo en la ejecución y seguimiento de planes de cuidado integral y un retraso en el cumplimiento de sus objetivos.

Frente a este desafiante escenario, el equipo decide adaptar las metodologías de trabajo a través de un plan de contingencia enfocado en garantizar la continuidad y calidad de las intervenciones, además del funcionamiento íntegro del dispositivo de salud mental, respetando los protocolos y medidas preventivas recomendadas por la autoridad sanitaria tanto para usuarios/cuidadores como para funcionarios.

Telemedicina: una oportunidad para la continuidad de tratamiento en un contexto seguro

Uno de los efectos colaterales del COVID-19 es la redestinación de recursos sanitarios, considerando la emergente necesidad de generar recursos para los cuidados intensivos y urgencias, suspendiendo inclusive algunas atenciones selectivas y no urgentes (Brown et al., 2020). Este escenario llevó a los equipos de salud a brindar atenciones virtuales que permitieran mantener la continuidad de cuidados y tratamientos, lo que se conoce como telemedicina, entendiéndose que esta se define como el intercambio electrónico de información médica de un sitio a otro con el objetivo de mejorar la salud del paciente (American Telemedicine Association, 2012). Para Bujnowska (2016), la telemedicina es la forma más moderna de prestación de servicios sanitarios, la que se lleva a cabo en aquellas situaciones donde profesionales o médicos no se encuentran en el mismo lugar, utilizando la tecnología de la información y comunicación para dar respuesta a las necesidades de los pacientes independientemente de las barreras que los sistemas de salud tradicionales pueden generar.

En cuanto a la utilización de telemedicina para el abordaje de las demencias, esta ha demostrado generar beneficios entre los que se encuentra la posibilidad de obtener ayuda en momentos de angustia para reducir el estrés tanto de cuidadores como de usuarios (Lindahuer et al., 2016). Por otra parte, Finkelstein (citado en Brown et al., 2020) refiere que las intervenciones virtuales basadas en videoconferencias para evaluación o implementación de medidas en el domicilio podrían implementarse a un costo menor que las visitas domiciliarias presenciales. Además, la implementación de estas tecnologías podría permitir que las personas mayores puedan acceder con mayor facilidad a distintos servicios clínicos que se encuentren geográficamente lejanos, sin la necesidad de que tengan que viajar o exponerse al riesgo de contagio (Bujnowska, 2016).

Teniendo en consideración estos antecedentes y con el objetivo de mantener la continuidad de tratamientos y atenciones en contexto de confinamiento y pandemia, el equipo transdisciplinario centró sus esfuerzos en facilitar una migración desde las acciones presenciales a la modalidad de atención remota, la cual es entendida como aquel servicio prestado mediante la utilización de medios tecnológicos, informáticos o de telecomunicaciones (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2020).

La implementación de las intervenciones remotas utiliza los conceptos de teleconsulta para referirse a la intervención remota individual realizada por cualquiera de los integrantes del equipo orientada a la evaluación diagnóstica, mientras que se utiliza el concepto de Telecontrol para describir a aquellas intervenciones remotas individuales orientadas a la ejecución del PCI, ambas pueden ser realizadas al caso índice o al cuidador/familiar. Además, se utilizará el concepto de taller virtual para referirse a aquellas intervenciones terapéuticas remotas sincrónicas realizadas a un grupo de usuarios, utilizando plataformas de comunicación de acceso abierto como Facebook live y plataformas de acceso cerrado como videollamadas mediante la aplicación Whatsapp o videoconferencias a través de las plataformas Zoom y Meet principalmente.

Para dar cuenta de esta migración, se ha elaborado un cuadro comparativo entre la metodología presencial y remota, el que contiene las principales actividades tanto clínicas como no clínicas realizadas por el centro previo al inicio de la pandemia y sus formas de dar continuidad durante la pandemia (Tabla 1).

Tabla 1

Cuadro comparativo metodología de trabajo general previo y durante la pandemia por Covid-19

Actividades	Pre-Pandemia	Durante Pandemia
Valoración Geriátrica Integral	Consultas presenciales	Teleconsulta / consulta presencial
Elaboración Plan de Cuidados Integrales (PCI)	Reunión clínica presencial Incluye registro de PCI en ficha clínica electrónica	Reunión clínica virtual Incluye registro de PCI en ficha clínica electrónica
Intervención Psicosocial o clínica individual	Consultas / controles Presenciales	Consultas / Controles Presenciales y Remotas
	Visitas Domiciliarias	Visitas Domiciliarias priorizadas según necesidad / fase plan paso a paso
Intervención Psicosocial grupal, con usuarios (Centro de día)	Jornadas de talleres presenciales 2 veces a la semana por grupo	Talleres virtuales con uso de app Whatsapp, frecuencia semanal por grupo (Duración aproximada de 45 min.)
Intervención Psicosocial grupal con familiares / cuidadores	Taller cuidadores presencial	Taller cuidadores virtual plataforma cerrada - Charlas/conversatorios abiertos plataforma facebook live
	Reunión familiar vinculante modalidad Mixta (presencial y virtual con familiares a distancia)	Reunión familiar vinculante modalidad virtual
Actividades de coordinación con red sanitaria e intersectorial	Gestión con otros dispositivos /red mediante telecomunicaciones	Gestión con otros dispositivos /red mediante telecomunicaciones
	Consultorías Salud Mental Presenciales	Consultorías Salud Mental modalidad mixta
	Reuniones / capacitaciones a la red presenciales	Reuniones / capacitaciones a la red virtuales

Fuente: Elaboración propia.

Para efectos de esta sistematización es relevante enfatizar que todas las acciones y procesos anteriormente mencionados se desarrollan de manera transversal por el equipo del Centro Kelluwun, manteniendo el abordaje integral y transdisciplinario que permita el logro de los objetivos centrado en las necesidades de las personas, por lo que no representan acciones exclusivas de Terapia Ocupacional. No obstante, en la continuidad de este artículo se enfatizará en el abordaje y adecuaciones en contexto de pandemia desde esta disciplina.

Terapia Ocupacional y Demencias en el Centro Kelluwün

Para comprender el rol de la Terapia Ocupacional y sus funciones en el centro Kelluwun es necesario recordar que las demencias corresponden a una condición adquirida y crónica, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales. Estos cambios que ocurren en las capacidades intrínsecas de las personas, en interacción con los entornos, pueden generar una disminución de la capacidad funcional y de la capacidad de realizar sus actividades habituales, incluso llegando a requerir del apoyo de terceros por ver comprometida su autonomía (MINSAL, 2017).

Para hablar del aporte de la Terapia Ocupacional al abordaje integral de las demencias es necesario recordar que Townsend y Polajatko (citados en Simó, 2015) refieren que el rol del Terapeuta Ocupacional corresponde a habilitar una sociedad más justa e inclusiva que permita a todos sus miembros participar de acuerdo con sus potencialidades. Por otra parte, Gajardo y Aravena (2016) plantean que el Terapeuta Ocupacional es aquel profesional del área de la salud que busca promover el bienestar y mejores niveles de salud por medio de la ocupación. En el caso específico de este dispositivo, el rol está enfocado en otorgar atenciones de calidad a las personas con demencia (PcD), sus cuidadores y sus familias, considerando evaluación y tratamiento (MINSAL, 2016).

Figura 5

Propósito de la Terapia Ocupacional en Centro Kelluwun

Propósito de la Terapia Ocupacional en Centro Kelluwun

- Elaborar diagnóstico funcional y ocupacional de los usuarios, familiares/cuidadores y del entorno de las personas con demencia.
- Otorgar atención integral en forma directa e indirecta en ámbito de la Terapia Ocupacional a los usuarios y sus familiares/cuidadores.
- Favorecer la educación del familiar y la adecuación de los entornos de los usuarios con diagnóstico de demencia.

Elaboración propia en base a OOTT para la implementación de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Minsal, 2016).

Para otorgar un abordaje integral a PcD, los Terapeutas Ocupacionales recurren a la utilización de diversos tipos de intervenciones no farmacológicas, las que según Matilla et al. (2015) son una alternativa eficaz para la mantención del mayor tiempo posible la capacidad funcional de las personas. Además, se ha demostrado la efectividad de las intervenciones no farmacológicas para el abordaje de los SPCD, incorporando la ocupación como estrategia de abordaje (Gajardo y Rodríguez, 2012).

No obstante, para que dichas intervenciones sean efectivas es necesario incorporar y capacitar en su implementación a las personas que cuidan. Según Thinnes y Padilla (2011), las intervenciones combinadas con formación y entrenamiento a cuidadores en domicilio son más eficaces que aquellas dirigidas solo a la PcD. Por lo demás, reconocen que un adecuado abordaje podría dotar al cuidador de habilidades técnicas, resolución de problemas, estrategias de modificaciones en el hogar y la derivación a redes y recursos comunitarios en base a la necesidad de estos. En este contexto, es importante mencionar que, desde la implementación del centro, el rol de la Terapia Ocupacional se ha relacionado con la evaluación funcional inicial, la mantención de la funcionalidad, disminución de riesgo de accidentabilidad en domicilio, mantención de rutinas, manejo de SPCD y la estimulación a través de actividades en base a la socialización, cognición y entrenamiento de actividades de la vida diaria.

En cuanto a las metodologías de trabajo, las Terapeutas Ocupacionales realizan intervenciones individuales y ajustadas a las necesidades de las personas en las modalidades de: consulta, control y visita domiciliaria. Estas intervenciones y actividades eran realizadas de manera presencial directamente con la persona o con sus cuidadores; no obstante, con el cese de las actividades presenciales a raíz de la pandemia, las intervenciones del área se vieron suspendidas, poniendo en riesgo la continuidad de trabajo que se llevaba realizando con las personas y familias en intervención. Este cese abrupto de actividades generó un proceso reflexivo por parte del estamento, el cual fue encausado y organizado mediante la elaboración de un plan de acción que permitiera la continuidad de atenciones, enfocándose en los procesos pausados, pero también dando solución a las necesidades emergentes de cuidadores y usuarios.

Este plan de trabajo se caracterizó por una propuesta de reconversión de las actividades realizadas previas al inicio de la pandemia de manera presencial a la utilización de plataformas remotas que permitieran facilitar el acceso a usuarios y familias sin necesidad de exponerse al riesgo de contagio para llegar a una atención presencial. Además, este plan contempla no solo las intervenciones individuales, sino que busca innovar en el trabajo con cuidadores, comunidad y el trabajo intersectorial.

En consecuencia, se desarrolla un plan de acción escalonado, se inicia mediante atenciones remotas de tipo telecontrol, encuentro virtual con cuidadores, charlas educativas por plataformas abiertas, tele consultas y, finalmente, innovando con la realización de talleres grupales de máximo 4 personas con base en la socialización y en la actividad física, utilizando para esto la plataforma de WhatsApp. Cabe señalar que todas las intervenciones lograron ser exitosas con aquellos usuarios y cuidadores que contaban con acceso a tecnologías como smartphone y datos móviles. Sin embargo, una vez mejorada la condición sociosanitaria que permite el desplazamiento de las personas

por la comuna de Hualpén, se ven suspendidas las teleconsultas de ingreso puesto que, según los lineamientos de las Garantías Explícitas en Salud (GES) 85: Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, esta prestación debe ser realizada de manera presencial. Sin embargo, esta puede ser complementada mediante la prestación remota de telecontroles, considerando la importancia de disminuir el tiempo de entrevista acorde a los protocolos de prevención de contagio de Covid-19.

Figura 6

Cuadro comparativo metodología de trabajo antes y durante la pandemia en acciones de Terapia Ocupacional

	Tipo de actividad	Pre-Pandemia	Durante Pandemia
Intervenciones dirigidas a usuarios	Evaluación Funcional / Ocupacional	Consulta presencial	Consulta presencial / Teleconsulta
	Intervenciones Individuales	Control presencial Visitas Domiciliarias	Tele control Visitas Domiciliarias
	Intervenciones Grupales	Taller Grupal Centro de día	Taller grupal virtual plataforma Whatsapp
Intervenciones dirigidas a cuidadores	Evaluación Necesidades principales	Control presencial Visitas Domiciliarias	Consulta presencial / Teleconsulta
	Entrenamiento estrategias de abordaje	Consulta presencial	Tele control Visitas Domiciliarias
	Intervenciones Grupales	-Taller grupal virtual	-Taller grupal virtual -Charlas en redes sociales

Fuente: Elaboración propia.

Evaluación de Terapia Ocupacional en contexto de pandemia

La primera aproximación del profesional Terapeuta Ocupacional a los usuarios sucede al momento de la evaluación inicial, la que, según el flujograma interno de ingreso, es la primera intervención del equipo. En el caso de Terapia Ocupacional, la entrevista se centra en poder reconstruir la trayectoria funcional de la persona mayor, determinando si existe un declive en su funcionalidad y si este declive es explicable por dificultades en la capacidad objetiva de origen cognitivo. Esta entrevista es realizada al cuidador/familiar responsable o la persona que pase más tiempo con el usuario, incorporando instrumentos que evalúan funcionalidad, síntomas neuropsiquiátricos, escala de deterioro global de Reisberg (GDS) y Escala de cambio percibido, con sus siglas en inglés (PCI-S), validada en población chilena que permite evaluar la autoeficacia de cuidadores de personas con demencia (Aravena et al., 2018, citado en Budinich et al., 2019).

A inicios de la pandemia se realizó este proceso de manera remota; no obstante, tal como se mencionó antes, la implementación del GES 85: Enfermedad de Alzheimer y otras demencias determinó suspender la atención en formato remoto, puesto que la Garantía de Salud expresa que la primera intervención debe ser presencial. En ese contexto, es importante mencionar que, a juicio de ambas profesionales, las consultas remotas cumplían su objetivo, facilitando además la organización y seguimiento de rutinas por parte de cuidadores.

Intervención de Terapia Ocupacional en contexto de pandemia

Para hablar de intervención de Terapia Ocupacional es importante señalar que se refiere a todas las actividades distintas al proceso de evaluación que estén diseñadas y planificadas para alcanzar los objetivos del plan de intervención, entre estas se pueden encontrar principalmente los telecontroles y las visitas domiciliarias.

Como una forma de asegurar la calidad de las intervenciones remotas realizadas, se establece un protocolo interno de Terapia Ocupacional para estos fines, el que es construido con el objetivo de cumplir un estándar mínimo que permita obtener mejores resultados en todas las actividades remotas, disminuyendo así el margen de error y optimizando los tiempos de cuidadores y profesionales.

Figura 7

Protocolo interno de Terapia Ocupacional para atenciones Remotas

Protocolo interno de Terapia Ocupacional para Atención Remota	
Previo a sesión remota	Contacto con cuidador Acuerdo sobre método de comunicación Establecimiento de fecha y hora Aproximación a objetivo de la intervención
Sesión Atención Remota	Inicio de sesión remota Saludo Socializar objetivo y duración de sesión Resolución de dudas sobre uso de plataforma Recordar avances y objetivos del tratamiento
	Desarrollo Sesión Inicio de entrevista / conversación Desarrollo de actividad de intervención (Capacitación - Desarrollo de estrategias - Recomendaciones - otras)
	Cierre de sesión Resumen de la actividad Reforzar contenidos y/o acuerdos Resolver dudas Programación de próxima sesión
Posterior a sesión remota	Envío de material de refuerzo (informe con recomendaciones, infografía, capsula de video educativa, entre otras) Monitoreo para resolver dudas

Fuente: Elaboración propia.

Este protocolo fue construido en base a las Consideraciones especiales en la atención remota en tiempos de pandemia covid-19 por la OMS (2012), el cual se detalla en la *tabla 2*, con el fin de aportar mejores antecedentes para los lectores.

Tanto el protocolo de intervención como las consideraciones especiales antes mencionadas han sido de relevancia para poder optimizar la implementación de las estrategias remotas de índole individual ejecutadas, entre las que se encuentran actividades de entrenamiento y educación a cuidadores en temas como progresión de la enfermedad, manejo de síntomas psicológicos y conductuales, técnicas de validación, técnicas de orientación a la realidad, reminiscencia, entrenamiento de AVDI, diseño e implementación de rutinas, diseño de actividades ajustadas a la persona para realización en domicilio, educación sobre adecuaciones domiciliarias, educación en riesgo de caídas, gestión de registro nacional de discapacidad, entre otros.

Tabla 2

Consideraciones especiales en la atención remota en contexto COVID-19

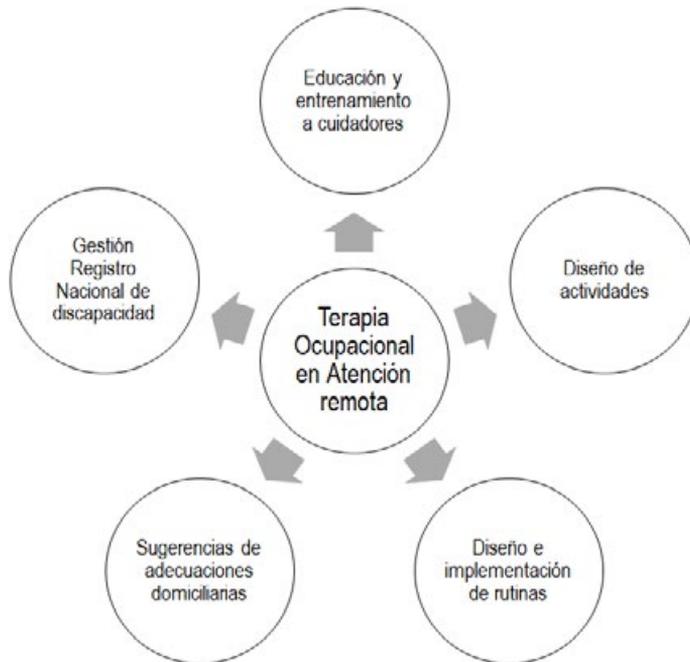
Consideraciones especiales en la atención remota en contexto COVID-19 pandemia (OMS, 2012)

-
- | | |
|-----------|---|
| 1.Prepara | <ul style="list-style-type: none"> • Acuerda previamente con cuidador/familiar medios tecnológicos, informáticos o de telecomunicaciones para realizar la atención remota. • Ofrece día y hora en que usuario se encuentre vigil con mayor conexión del medio, así como también considera horario del día en que cuidador/familiar puede conectar en la atención remota de una forma tranquila. • Sugiere la conexión desde una habitación tranquila, idealmente sin la interferencia de factores ambientales que puedan ser distractores, tales como ruidos o elementos electrónicos como televisores. Aquello también favorece a un espacio de privacidad. • Recuerda solicitar uso de ayudas técnicas tanto de usuario como cuidador (lentes, audífonos, prótesis dental). • Considera otros elementos que pudiesen complicar la comunicación como las alteraciones auditivas que no puedan subsanar mediante el uso de ayuda técnica. • Mantén material de psicoeducación preestablecidos listos para compartir en el caso de ser necesarios (vídeos, infografías, fotografías, libros digitales, etc.). • Prueba la conexión previamente a internet, haz una conexión de prueba en el caso de utilizar plataformas no habituales para el cuidador/familiar, apóyate de videos o material de instrucciones con los paso a paso para concretar una atención remota exitosa. |
|-----------|---|
-
- | | |
|-----------|--|
| 2 Observa | <ul style="list-style-type: none"> • Al momento de la conexión, identificar qué usuario o cuidador/familiar se encuentran disponibles para la atención remota (a veces surgen imponderables que no son relatados y pueden interferir en una atención remota); propone reagendar si fuese necesario. |
|-----------|--|
-

3. Escucha

- Preséntate diciendo tu nombre y la institución a la cual perteneces.
 - Menciona el objetivo de la atención remota.
 - Anticipa y verbaliza el tiempo aproximado de duración de la atención para que el usuario y/o cuidador sepan con el tiempo que deben contar para mantener la atención completa hacia la atención remota.
 - Recuerda que brindarán apoyo a través de la comunicación y escucha activa, pero de manera remota. Por ello utiliza técnicas efectivas de escucha activa, parafrasea, recapitula la información relevante.
 - Si utilizas medios audiovisuales sincrónicos, mira a los ojos, usa tono de voz tranquilo y suave, actúa con tranquilidad, recuerda que el lenguaje no verbal también transmite información.
 - Recoge sus preocupaciones y/o necesidades, menciona que son recogidas y que las abordarán en una próxima sesión remota si no son parte de los objetivos de la presente. En el caso de que las necesidades o preocupaciones no sean parte de tu competencia, informa y tranquiliza mencionando que se abordará como equipo o se derivará al profesional de mayor experticia.
 - Ofrece solo lo que puedes abordar al momento de la atención remota, programa más sesiones si se requiere.
 - Finaliza la sesión agradeciendo por su tiempo y recapitula la información importante, menciona acuerdos y envía material comprometido en la atención.
-

En relación con el desarrollo de intervenciones en modalidad remota, en base a la experiencia de Terapia Ocupacional en Centro Kelluwun, se identifican beneficios en cuanto a la disponibilidad y acompañamiento personalizado a cuidadores, lo que se ve reflejado en un mayor uso de los servicios de esta disciplina mediante videollamadas o contactos telefónicos a diferencia de la baja adherencia que existía anteriormente cuando estos controles se desarrollaban en modalidad presencial.

Figura 8*Actividades realizadas en atención remota*

Con respecto a la opinión de cuidadores y familiares sobre este tema, hay cuidadores que han manifestado poder contar con una mayor disponibilidad para recibir información en modalidad telemática, ya que esto les facilita la compatibilidad del proceso con sus actividades cotidianas, ya sean las ligadas al rol de cuidador/a, trabajador/a o dueño/a de casa. En contraste, refieren que la presencialidad suponía mayores dificultades, por ejemplo al no contar con cuidador/a de relevo, tener a cargo menores de edad o por la emergencia de topes de horario con sus tareas laborales. Esta imposibilidad de participar de prestaciones a causa de los factores antes mencionados, incluso podría aumentar la angustia asociada al cuidado.

En relación con este tema, Powell et al. (2008) refiere que las intervenciones basadas en tecnologías de la información y comunicación (TIC's) podrían tener efectos moderados en disminución de niveles de estrés y depresión en personas mayores. No obstante, es necesario considerar que no todas las personas pueden beneficiarse de este tipo de prestaciones, situación que dependerá de la autonomía y disponibilidad para el uso de tecnologías, así como del nivel de sobrecarga inicial asociada al cuidado.

Para subsanar dicha brecha, se ha decidido retomar las Visitas Domiciliarias, teniendo consideraciones claves como correcto uso de elementos de protección personal (EPP), seguimiento estricto de protocolo COVID-19 elaborado por Enfermería y la restricción de visitas solo para aquellas actividades que no puedan ser resueltas en modalidad remota o para usuarios/as y familias que tengan dificultades para la utilización de TIC's.

Estado de catástrofe y Demencias

La implementación de medidas restrictivas a nivel país desde el inicio de la pandemia podría estar influyendo en las rutinas y actividades que antiguamente realizaban las personas, además de ser sobreestimulados por un exceso de información desafiante que pudiese aumentar la sensación de miedo, ansiedad e ira. Elementos que pueden influir directamente en la salud mental de las personas (cuidadores/as y usuarios/as). Esto hace relevante establecer planes de apoyo y mitigación de estos síntomas depresivos y ansiosos, utilizando como medio el contacto telefónico frecuente y la elaboración de planes en caso de emergencia.

Por otra parte, algunas personas podrían ver aumentada la presencia, frecuencia e intensidad de SPCD, lo que se podría sumar al mayor interés y/o obstinación de los cuidadores en mantener conductas que permitan disminuir el riesgo de transmisión del virus, corriendo el riesgo de generar imposiciones como una mayor higiene de manos, aislamiento social o prohibición de visitas y/o prohibición de salidas fuera del hogar, lo que podría aumentar la situación de riesgo de las personas (Powell et al, 2008).

En este contexto y en la experiencia específica del Centro Kelluwun es posible referir que se identifican beneficios de mantener un contacto telefónico y de fácil acceso con cuidadores/as, quienes cuentan con la posibilidad de recibir asesoría y orientación a distancia que permita ejecutar un adecuado abordaje de los SPCD, disminuyendo el riesgo de aumento en intensidad. Este abordaje temprano permite, a su vez, disminuir el riesgo de accidentabilidad de la persona con demencia producto de alguna conducta motivada por SPCD que pueda poner en riesgo su integridad. La posibilidad de obtener ayuda en momentos de angustia puede reducir la preocupación y el estrés tanto para cuidadores/as como para las personas mayores, además de ayudar a aumentar la satisfacción del/la cuidador/a.

Diseño e implementación de rutinas

Uno de los desafíos permanentes en la intervención con personas con diagnóstico de demencia tiene relación con el diseño de actividades y rutinas que favorezcan la ejecución de actividades, por lo que en los procesos de intervención se contempla la educación para la estimulación de rutinas saludables y/o satisfactorias para la persona, entregando para esto una atención integral en forma directa e indirecta a los usuarios y sus familiares/cuidadores, para promover un adecuado uso del tiempo, generación de rutinas diarias y estimulación de capacidades y habilidades presentes.

Trabajo con cuidadores

Uno de los grandes objetivos de la intervención de Terapia Ocupacional en el abordaje de las demencias tiene relación con la importancia de capacitar en herramientas de abordaje y en la comprensión de la enfermedad a los cuidadores y/o familiares, quienes se convierten

en los actores principales al momento de establecer modificaciones actitudinales y ambientales que permitan la inclusión efectiva de la persona en su comunidad y entornos.

Uno de los objetivos centrales de los planes de cuidado integral tiene relación con la habilitación del entorno social más próximo a la persona en cuanto a técnicas y habilidades de abordaje; no obstante, también es muy importante el brindar apoyo hacia el/la cuidador(a)/familiar, quienes suelen experimentar elevados niveles de sobrecarga. Además, es importante considerar que la sobrecarga del cuidador se considera un factor muy influyente para la baja satisfacción de necesidades de la persona con demencia, presentando mayor número de necesidades no cubiertas con sus consecuentes complicaciones (Miranda-Castillo et al., 2013, en Ministerio de Salud, 2015).

En cuanto al manejo de angustia del cuidador y/o familiares, es relevante mencionar que una estrategia que ha sido bastante efectiva durante el curso de la pandemia es la antes descrita de Gestor de caso. Este eje articulador que se relaciona frecuentemente con las personas y cuidadores al parecer podría estar apoyando a la reducción de la ansiedad y estrés para los/las cuidadores/as al ser el primer punto de contacto con el equipo a través de atención remota espontánea (llamado telefónico o mensaje de texto). Esta figura ha permitido ofrecer orientación y/o ayuda para la resolución de problemas de manera oportuna, lo que consecuentemente se relaciona con una disminución de la sensación de estrés y mayor satisfacción de quien cuida.

Terapia ocupacional y actividades grupales

Como ya se ha mencionado, producto del COVID-19 se generó la necesidad de distanciamiento físico lo que generó consecuencias como, por ejemplo, la suspensión de atenciones del centro de día, favoreciendo un mayor aislamiento, disminución de actividad física y disminución de la participación social en las personas mayores que asistían al centro.

Las medidas restrictivas en cuanto al aislamiento social por la pandemia por COVID-19 generaron nuevos desafíos para algunos grupos de la población en cuanto al desarrollo de habilidades tecnológicas y uso de aparatos electrónicos con la finalidad de poder socializar, trabajar e incluso hacer ejercicios en grupo. Por el contrario, es probable que las personas con demencia presenten mayor dificultad para manipular de manera autónoma dispositivos electrónicos o software computacionales (Brown et al., 2020). En concordancia, para esta población en específico es clave la interdependencia con la persona que provee los cuidados por su alta vulnerabilidad, la que se incrementa no solo por las tasas de morbilidad del COVID-19 sino que también se ve impactada por los efectos indirectos, como apoyos sociales y sistemas sociosanitarios.

Otras consecuencias de la pandemia son las sensaciones de miedo, ansiedad e ira y la falta de cercanía física, lo que puede provocar un aumento de la soledad y la tristeza. En relación con esto, es conveniente recordar que el ejercicio grupal se recomienda no solo por sus beneficios en aspectos de funcionalidad física y actividades diarias, sino que también

influye en las características emocionales y de regulación conductual (Budinich et al., 2019). En este sentido, tanto la actividad física como la participación social grupal son unas de las medidas con evidencia en el abordaje no farmacológico en las demencias. Sin embargo, a raíz del cese de las actividades grupales en centro de día, los/las usuarios/as se vieron imposibilitados de seguir realizando sus actividades en dicha modalidad. No obstante, se decidió incursionar en la creación de talleres por videoconferencia, específicamente con el uso de la plataforma WhatsApp. Para participar de dicha modalidad se establecieron ciertos criterios de inclusión, entre los que se encuentra el interés o deseo en participar, acceso a la tecnología (con o sin asistencia) y la mantención de comunicación verbal que le permita interactuar con el grupo.

En cuanto a los criterios de exclusión, se consideró la presencia de síndrome confusional, SPCD, que genera angustia, irritabilidad o agresividad y alteraciones auditivas o de otro tipo que conflictuaba poder seguir las instrucciones del monitor, considerando que, al utilizar la comunicación por medios audiovisuales, se podría generar mayor confusión o desorientación. Para personas con presencia de sintomatología se privilegia el trabajo presencial a través de visita domiciliaria y, en paralelo, la atención remota con cuidador/a /familiar.

El taller grupal comenzó durante el mes de mayo del año 2020 y se decidió abrir dos grupos, en los cuales participaban entre 2 a 5 usuarios, con una frecuencia de una sesión semanal. En las sesiones de taller desde Terapia Ocupacional se emplean con frecuencia estrategias psicosociales tal como orientación a la realidad, donde se entrega información personal y de la realidad temporo-espacial que requieren los participantes. Además, se genera una planificación trimestral en relación con los contenidos a abordar en las próximas sesiones, incluyendo efemérides, conmemoraciones, actos cívicos, etc. Por otra parte, se incluye en las sesiones estrategias de reminiscencia para facilitar la comunicación con la PcD la que se basa en la evocación de información biográfica de los participantes del taller, promoviendo el ajuste emocional y la interacción con los demás (Patel et al., 2014, citado en Budinich et al., 2019). La sesión puede ser apoyada por imágenes que evocan información biográfica o música que evoca recuerdos placenteros para quienes participan.

La experiencia que se ha tenido como Terapeutas Ocupacionales del Centro Kelluwun en base a los talleres grupales por plataforma virtual es bastante positiva, entendiendo que no reemplazan en ningún caso los talleres realizados en el formato de centro de día; sin embargo, se han identificado beneficios en el estado de ánimo, seguimiento de rutinas de ejercicios, socialización, entre otros. Además, los cuidadores reportan sentirse acompañados y apoyados por parte del equipo del centro al tener una comunicación mensual.

Dentro de las dificultades que se identifican están los inconvenientes con el manejo de los dispositivos móviles de manera autónoma por parte de algunas personas y también las alteraciones auditivas que limitan la conversación y/o socialización de algunos integrantes. No obstante, ellos insisten en mantener su asistencia considerando las actividades basadas en la socialización y las actividades basadas en la actividad física durante cada sesión.

Terapia Ocupacional e Intervención comunitaria en tiempos de Covid-19

Dentro de las acciones comunitarias ejecutadas durante la pandemia se encuentran la educación y actividades abiertas a la comunidad a través de plataformas como Facebook live. En este sentido, esto ha resultado ser un facilitador para mantener la comunicación con usuarios/as, sus familias y vecinos, además de contar con la oportunidad de utilizar la plataforma para la difusión de información que apoye a disminuir los estigmas asociados a la vejez y la demencia, además de difundir información sobre cómo afrontar las características o dificultades que se puedan presentar en PcD. Por otra parte, se expone información de promoción y prevención en salud, llegando a personas jóvenes bajo un enfoque de curso de vida.

Estos talleres han resultado ser exitosos, contando con una variedad de expositores locales, nacionales e inclusive internacionales, quienes han querido utilizar el espacio con un foco socioeducativo, pero también se ha utilizado para activar las redes sociales entre los recursos de la comunidad y personas que pudiesen requerir en la comuna de Hualpén.

Se considera esta innovación como un éxito, dado que permite llegar con información a la familia y vecinos desde una manera ampliada, ya no solo trabajando con una díada, lo que podría favorecer en el futuro la creación de comunidades amigables con la demencia y el envejecimiento.

Reflexiones y desafíos

La actual pandemia por transmisión del virus SARS-CoV-2 ha generado un fuerte impacto en los sistemas sociosanitarios a nivel nacional y mundial, caracterizado principalmente por una redestinación de recursos antes orientados a la red sanitaria y social, que ahora deben destinarse a aquellos servicios que permitan hacer frente a las consecuencias de la enfermedad del COVID-19 y el control de su transmisión, lo que podría generar un desmedro en las prestaciones y/o intervenciones dirigidas a diversas patologías, con consecuencias sociosanitarias cuyo impacto actual y futuro es muy difícil de proyectar. Sin embargo, este crítico periodo para la salud poblacional a nivel mundial también podría generar impactos positivos en algunas áreas, sobre todo en aquellas que han debido incurrir en el uso de nuevas tecnologías para dar continuidad a los tratamientos.

En el caso del abordaje integral de demencias, este periodo podría significar la adecuación de las antiguas estrategias de abordaje que comúnmente se utilizaban en el contexto nacional y que condiciona la realización de estas a la presencialidad, dificultado el acceso a intervención en zonas remotas o a cuidadores/as que presenten dificultades para asistir con frecuencia de manera presencial a los dispositivos de salud. Es importante destacar que, si bien las atenciones remotas no reemplazan en su totalidad la efectividad de las intervenciones individuales, estas podrían ser un aporte en programas de intervención mixta entre presencialidad y telemedicina.

Es esperable que a futuro se pueda contar con evidencia en relación con la efectividad de las atenciones remotas en el abordaje integral de las demencias en el contexto sociocultural chileno. Además, se espera que, de demostrarse el beneficio de estas herramientas, puedan ser incorporadas a las políticas públicas, aumentando la costo-efectividad de las intervenciones y modernizando el trabajo en salud acorde a los tiempos actuales.

Por otra parte, es de gran importancia que la atención remota sea considerada como parte de la formación de los Terapeutas Ocupacionales tanto en programas de pregrado como postgrado, teniendo en cuenta los beneficios que esta modalidad puede generar para algunos casos específicos, facilitando un acceso igualitario y oportuno a intervenciones, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de vida de las personas y a la creación de entornos inclusivos y amigables con la demencia.

Referencias bibliográficas

- American Telemedicine Association (2012). *Telehealth: Defining 21 st Century Care*.
<https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine>
- Brown, E., Kumar, S., Rajji, Tarek, K., Pollock, B. y Mulsant, B. (2020). Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 712-721.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
- Budinich, M., Aravena, JM., Gajardo, J. y Fuentes, P. (2019). *Demencias: una mirada biopsicosocial*. Autoedición.
- Bujnowska, M. y Grata, U. (2015). Use of telemedicine-based care for the aging and elderly: promises and pitfalls. *Smart Homecare technology and Tele-Health* 3, 91-105.
<https://doi.org/10.2147/SHTT.S59498>
- Cisternas, A., Ramirez, C., Lizama, E., Miranda, F., Vidal, G., García, J., Vidal, L., Flores, M., Díaz, N., Cubillos, R., Rodríguez, V. y Hernández, V. (2020). *Guía de Terapia Ocupacional en modalidad remota*. <https://drive.google.com/file/d/1HrMkupJSFusj7UYlRtYcCnMnxm9YTJck/view?fbclid=IwAR06MfEQpEFFkuNvnX89oUfnrXkyXS4mBpagoqN4m0zUtThZZuB2GTNdSIM>
- Gajardo, J. y Aravena, J. (2016). *¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias?* https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000300008
- Guajardo, A. y Simó, S. (2010). Una Terapia Basada en los derechos humanos. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 7(12). <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf>

- Instituto Nacional de Estadísticas (2018). *Resultados Censo 2017*. <http://resultados.censo2017.cl/>
- Ley 21.220 de 2020. Modifica el código del trabajo en materia de trabajo a distancia. 24 de Marzo del 2020. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143741&idParte=>
- Ministerio de Salud (2016). *Orientaciones Técnicas para la implementación de Centros Diurnos para personas con demencia*.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional de Demencias*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
- Ministerio de Salud (2018). *Modelo de gestión: Red Temática de Salud Mental en la red general de salud*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
- Ministerio de Salud (2020). Ministro de Salud anuncia nuevas medidas para enfrentar el brote de COVID-19 en el país. <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-anuncia-nuevas-medidas-para-enfrentar-el-brote-de-covid-19-en-el-pais/>
- Ministerio de Salud (2021). *Formación Básica en primera ayuda psicológica (PAP) en contexto COVID19*.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Powell, J., Chiu, T. & Eysenbach, G. (2008). A systematic review of networked technologies supporting carers of people with dementia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(3), 154-156. <https://doi.org/10.1258/jtt.2008.003018>
- Rodríguez, J. y Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.25307>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2020). *Medidas para las personas mayores en contexto de Covid-19*. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/MEDIDAS_PARA_LAS_PERSONAS_MAYORES_EN_CONTEXTO_COVID.pdf
- Simó, S. (2015). Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 7, 25-40. <http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>

Thinnes, A. y Padilla, R. (2020). Effect of educational and supportive strategies on the Ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that Role. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 541-549 <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.002634>

Zhou, F., Ting, Y., Ronghui, D., Guohui, F., Ying, L., Zhibo, L., Jie, X., Yeming, W., Bin, S., Xiaoying, G., Lulu, G., Yuan, W., Hui, L., Xudong, W., Jiuyang, X., Shengjin, T., Yi, Z., Hua, C. y Bin, C. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet* 2020, 395, 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)