

2017

Terapia ocupacional en gerontología : tratamiento de las demencias según la teoría de estimulación multisensorial - método Snoezelen, revisión conceptual y lineamiento para su intervención

Rodríguez, María Clara

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/261>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Grado

“Terapia Ocupacional en Gerontología: tratamiento de las Demencias según la teoría de estimulación multisensorial - método Snoezelen. Revisión conceptual y lineamientos para su intervención”



Tesista: Rodríguez, Ma. Clara

Directora: Terapeuta Ocupacional Loo, Ma. Andrea

Co-Directora y Asesora Metodológica: Dra. Vivas, Leticia Yanina

Mayo 2017

Índice general

Firma de Tesista, Directora, Co–Directora y Asesora Metodológica.....	6
Agradecimientos.....	7
Abreviaturas.....	8
Frase de Aristóteles.....	9
Introducción.....	10
Referencias.....	13
Tema.....	14
Problema.....	14
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Fundamentación.....	15
Constructos de investigación.....	16
Definición conceptual de Demencia.....	16
Definición conceptual de terapia de EMS.....	18
Definición conceptual de método Snoezelen.....	19
Referencias.....	21

Parte I. Marco teórico

Capítulo 1. Terapia ocupacional en Gerontología.....	24
1.1. Bases conceptuales.....	24
1.2. Modelos para la práctica.....	25
1.2.1. Modelo de discapacidad cognitiva.....	25
1.2.2. Abordaje dinámico de interacción recíproca.....	27

1.2.3. Marco Biomecanisista y Rehabilitador.....	28
1.2.4. Modelo Social.....	30
1.2.5. Modelo de las destrezas adaptativas.....	31
1.2.6. Modelo de conducta ocupacional.....	32
1.2.7. Modelo de la ocupación humana.....	34
1.2.8. Modelo PEOP.....	36
1.2.9. Modelo de la adaptación ocupacional	37
1.3. Rol del terapeuta ocupacional en Gerontología.....	38
1.4. Relevancia de la intervención de TO en Gerontología en la actualidad.....	40
Referencias.....	42
Capítulo 2. Demencias.....	45
2.1. Criterios diagnósticos.....	45
2.2. Clasificación.....	50
2.3. Epidemiología de las Demencias.....	57
2.4. Factores de riesgo.....	59
2.5. Deterioro Cognitivo Leve	60
2.5.1. ¿Evoluciona hacia Demencia?.....	62
2.6. Deterioro Conductual Leve	64
2.7. Repercusiones de la Demencia.....	65
2.8 Tratamiento desde TO en Gerontología.....	67
2.8.1. Objetivos de tratamiento.....	69
2.8.2. Intervención de TO.....	70
2.8.3. Técnicas de intervención.....	71
2.8.3.1. Intervención cognitiva.....	72

2.8.3.2. TOR	73
2.8.3.3. Terapia de Validación.....	74
2.8.3.4. Reminiscencia.....	76
2.8.3.5. Estimulación sensorial.....	78
2.8.3.6. Intervención a través de la música.....	80
2.8.3.7. Intervención a través del arte.....	81
2.8.3.8. Psicomotricidad.....	83
2.8.3.9. Adecuación ambiental y estructuración del entorno.....	85
2.8.3.10. Intervención en AVD.....	86
2.8.3.11. Intervención en el área de ocio y tiempo libre.....	88
Referencias.....	90
Capítulo 3. Estimulación Multisensorial (EMS)..	98
3.1. Historia de la EMS.....	98
3.2. Método Snoezelen.....	102
3.2.1. Finalidad.....	102
3.2.2. Salas Snoezelen.....	102
3.2.2.1. Tipos de salas.....	103
3.2.2.2. Materiales.....	106
3.2.3. Modalidad de trabajo.....	108
3.2.4. Objetivos de la intervención en sala.....	109
3.3. Fundamento teórico.....	110
3.3.1. Estímulo, sensación y percepción.....	110
3.3.2. Sistemas sensoriales.....	112

3.4. Intervención sensorial en Demencias.....	119
3.5. Tabla de investigaciones.....	121
Referencias.....	151

Parte II. Metodología

Diseño metodológico.....	160
Tipo de estudio.....	160
Materiales y métodos.....	160
Técnicas de recolección de datos.....	161
Referencias y bibliografía.....	163

Parte III. Análisis de los datos

Capítulo 4. Análisis e interpretación de los datos.....	166
4.1. Técnicas de estimulación sensorial.....	178
4.2. Efectos de las intervenciones sensoriales	183
4.2.1. Desempeño en AVD	184
4.2.2. Comportamiento/conducta	185
4.2.3. Estado de ánimo	187
4.2.4. Funcionamiento cognitivo.....	188
4.3. Eficacia de la técnicas sensoriales	189
4.4. Intervención de TO en el tratamiento de las Demencias según el método Snoezelen	192
4.4.1. Rol del Terapeuta Ocupacional en la sala Snoezelen...	195
Referencias.....	198

Parte IV. Discusión y conclusiones

Capítulo 5. Discusión y conclusiones	203
5.1. Discusión.....	203
5.1.1. Técnicas sensoriales.....	203
5.1.2. Efectos de las intervenciones.....	207
5.1.2.1. Desempeño en AVD.....	207
5.1.2.2. Comportamiento/conducta.....	208
5.1.2.3. Estado de ánimo.....	209
5.1.2.4. Funcionamiento cognitivo.....	209
5.2. Conclusiones.....	210
5.3. Consideraciones finales.....	212
Referencias.....	214

Tesista

Rodríguez, Ma. Clara

DNI: 32584671

Matrícula: 8991/05

Directora

Terapeuta Ocupacional Loo, Ma. Andrea

Co-directora y Asesora Metodológica

Dra. Vivas, Leticia Yanina

AGRADECIMIENTOS

- ❖ Agradezco a mi familia, amigas y compañero de camino por apoyarme en cada paso de esta carrera.
- ❖ A Andrea Loo por transmitir sus conocimientos con tanta generosidad, por su buena predisposición y compañía.
- ❖ A Leticia Vivas por el tiempo dedicado, el aporte de conocimientos brindado y su buena voluntad para asesorarme.
- ❖ Gracias a esta carrera por regalarme amigas, aprendizaje, experiencias, y logros que me han ayudado a crecer y formarme en esta vocación.

ABREVIATURAS

AVD: Actividades de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades

DCL: Deterioro Cognitivo Leve

DCoL: Deterioro Conductual Leve

DFT: Demencia Frontotemporal

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

DTA: Demencia Tipo Alzheimer

EA: Enfermedad de Alzheimer

EMS: Estimulación Multisensorial

GDS: Escala de Deterioro Global – Global Deterioration Scale

IS: Integración Sensorial

MMSE: Mini Mental State Examination

MSBT: Terapia Multisensorial del Comportamiento

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNC: Sistema Nervioso Central

TO: Terapia Ocupacional

TOR: Terapia de Orientación a la Realidad

“No hay nada en el intelecto
que no haya pasado antes
por los SENTIDOS”

Aristóteles

INTRODUCCIÓN

La Demencia es un síndrome secundario a una afección cerebral que afecta predominantemente a adultos mayores y provoca la declinación, generalmente progresiva, de diferentes aspectos (cognitivos, conductuales) e interfiere con el funcionamiento social y/u ocupacional de una persona (Manes, 2011).

Se estima que en nuestro país hay más de 600.000 sujetos con Demencia (UBA, 2017), dato que resulta alarmante por el impacto que provoca no sólo en la persona con la enfermedad, sino también sobre su familia, cuidadores, el sistema de salud y la sociedad. Por tales motivos, el deterioro progresivo cognitivo, conductual y funcional con que cursa la Demencia es motivo de intervención para el área de Terapia Ocupacional (TO) en Gerontología.

En la actualidad se conocen diversas teorías y técnicas de intervención que incumben al área de TO para el tratamiento de las Demencias y pretenden, entre otros objetivos, estimular el funcionamiento cognitivo, la comunicación, la evocación de recuerdos, la actividad física, los sentidos, etc.

La propuesta de esta tesis de grado consiste en ahondar en los conocimientos que posee la TO acerca del tratamiento de las Demencias mediante la estimulación sensorial, más precisamente, la teoría de Estimulación Multisensorial (EMS) y el método Snoezelen.

Por medio de la búsqueda y revisión crítica de estudios previos, se identifican las técnicas de EMS más adecuadas para el tratamiento de las Demencias y los efectos que producen en el desempeño de las Actividades de

la Vida Diaria (AVD), el comportamiento, estado de ánimo, y funcionamiento cognitivo de los adultos mayores con Demencia.

El presente trabajo está conformado por 4 partes y 5 capítulos. La primer parte desarrolla el marco teórico del estudio, incluyendo en el primer capítulo las bases conceptuales de TO en el área de gerontología y los modelos actuales que fundamentan la práctica; el segundo capítulo aborda el síndrome clínico: Demencia y describe sus criterios diagnósticos, clasificación, factores de riesgo y el tratamiento que se le brinda desde TO en gerontología, haciendo hincapié en las diferentes modalidades de intervención actual. A su vez, este capítulo incluye la definición de los conceptos Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Deterioro Conductual Leve (DCoL). En el tercer capítulo se desarrolla la teoría de EMS y el método Snoezelen y se presentan las investigaciones que entre el año 1993 y 2016 evaluaron los efectos de una determinada intervención sensorial en pacientes con diagnóstico de Demencia. Tales investigaciones se encuentran clasificadas de acuerdo al año en que fueron realizadas, sus autores y el título que se les adjudicó, los objetivos planteados, las muestras, el método, el tipo de intervención y los resultados obtenidos. En la segunda parte se describen los aspectos metodológicos del estudio. En la tercera parte, dentro del capítulo cuatro, se realiza el análisis e interpretación de los datos en base a las técnicas de estimulación sensorial implementadas en las investigaciones revisadas y los efectos de las mismas. Además, en este capítulo se presentan lineamientos de intervención Snoezelen para el tratamiento de las Demencias desde TO y para el abordaje desde el rol profesional. La última parte, en el capítulo cinco, desarrolla la discusión y conclusiones alcanzadas a partir del análisis de los datos y resultados.

Finalmente, dentro del mismo capítulo, se exponen las consideraciones finales para futuras investigaciones y las limitaciones del presente trabajo final.

REFERENCIAS

Manes, F. (2011). En Bustin, J. & Richly P. *Demencias para el consultorio general*. [Archivo PDF]. Argentina, Ed. Fundación INECO. Recuperado de:<http://www.fundacionineco.org/guia-practica-demencias-para-el-consultorio-general/>

UBA, Facultad de Medicina. Accedido en Marzo de 2017. Disponible en:
http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/prona_estado_new.htm

▪ **TEMA**

Tratamiento de adultos mayores con Demencia, desde TO en Gerontología.

▪ **PROBLEMA**

Intervención de TO en el área de Gerontología, desde la perspectiva de la EMS - método Snoezelen, en el tratamiento de adultos mayores con Demencia.

▪ **OBJETIVOS**

Objetivo general:

Realizar una revisión conceptual y de evidencia empírica sobre el tratamiento de las Demencias, desde la teoría de EMS – método Snoezelen.

Objetivos específicos:

- Identificar las técnicas más eficaces de EMS para el tratamiento de adultos mayores con Demencia.
- Describir los efectos de las modalidades de intervención sensorial en el desempeño de las AVD, el comportamiento, el estado anímico y el funcionamiento cognitivo en adultos mayores con Demencia.
- Considerar las características del rol profesional del terapeuta ocupacional para la intervención en el tratamiento de Demencias, según el método Snoezelen.

FUNDAMENTACIÓN

La Demencia es un síndrome clínico que se encuentra contemplado dentro de las áreas de incumbencia para tratar e intervenir desde TO en Gerontología. Su estudio ha cobrado mayor importancia en los últimos años reflejándose en los avances del conocimiento de sus causas, en la precisión diagnóstica y en las posibilidades terapéuticas para abordarla.

La TO a lo largo del tiempo ha desarrollado diversas modalidades de intervención para el tratamiento de las Demencias, las cuales se diferencian entre sí, principalmente, por la metodología que las constituye y los objetivos que procuran alcanzar. Este estudio se focaliza en una técnica que por medio de la estimulación de los sentidos pretende generar respuestas en el adulto mayor con Demencia, sin implicar necesariamente grandes exigencias cognitivas ni físicas. Por lo tanto se investigará sobre la estimulación sensorial como método de intervención en las Demencias, más precisamente, la EMS y el método Snoezelen.

La investigación se caracteriza por ser de tipo *teórica*, basada en teorías y conceptos extraídos por medio de una recopilación documental, con el propósito de ampliar y profundizar los conocimientos referentes a la temática y contribuir con un aporte reflexivo y crítico al ejercicio de la profesión de TO.

CONSTRUCTOS DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el diseño de investigación seleccionado, en este estudio se habla de *constructos* y no de variables, ya que el propósito es describir los fenómenos de manera teórica y no someterlos a medición o manipulación para observar sus efectos.

Un constructo es un concepto que tiene el sentido adicional de haber sido adoptado de manera deliberada y consciente para un propósito científico especial (Kerlinger, 1988).

Los constructos de esta investigación son: la entidad clínica Demencia, Terapia de Estimulación Multisensorial y método Snoezelen.

Definición conceptual de los constructos:

- Entidad clínica: Demencia

Existen diversas definiciones de Demencia que se diferencian entre sí, especialmente al intentar establecer criterios característicos del síndrome.

La Sociedad Argentina de Neurología, define la Demencia como "...un síndrome caracterizado por el deterioro adquirido de las funciones intelectuales respecto de un estado anterior conocido o estimado suficiente para interferir ampliamente con la conducta del paciente respecto de sus habilidades del diario vivir, no referida a una sino a tres categorías de performance intelectual, y que es independiente del nivel de conciencia. Dicho deterioro debe ser sostenido por la evidencia histórica y documentado por la evaluación neuropsicológica, lo más completa y detallada posible, efectuada con instrumentos de evaluación cuantificables y reproducibles respecto de los cuales existan datos normativos disponibles" (Druck, 2008, p.117).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la Demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar AVD. Aunque afecta principalmente a personas mayores, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. Además es un síndrome que tiene un impacto físico, psicológico, social y económico no solo en quien lo padece, sino también en los cuidadores, las familias y la sociedad.

Conforme con la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), la Demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras). En esta clasificación, el déficit se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades cotidianas (López Álvarez & Agüera Ortiz, 2015).

Teniendo en cuenta criterios en común, se puede decir que principalmente la Demencia se caracteriza por dos elementos fundamentales (Knopman, Boeve & Petersen 2003):

- 1) Un deterioro de acuerdo al nivel de funcionamiento previo
- 2) Interferencia significativa en el trabajo y/o actividades habituales

Las Demencias pueden surgir a causa de diferentes etiologías, las cuales cuentan con una sintomatología propia, además de que existen múltiples factores específicos e individuales que pueden influir en la manifestación de la enfermedad, a saber: predisposición genética, edad, sexo,

alteraciones cerebrales preexistentes, factores ambientales, comorbilidad psiquiátrica, entre otros.

- Terapia de Estimulación Multisensorial

La EMS consiste en una intervención que proporciona estímulos sensoriales agradables a los sentidos primarios de la vista, la audición, el tacto, el gusto y el olfato, en un ambiente positivo y relajado (Chung, Lai, Chung & French, 2007).

Se trata de un medio que persigue lograr o mantener un estado de bienestar, sin necesidad de recurrir a grandes exigencias atencionales e intelectuales (Van Weert & Bensing, 2009).

Según Coll Cuquerella y Gómez Fontanillas (2013), la EMS representa un amplio abanico de técnicas dirigidas a proporcionar un conjunto de sensaciones y estímulos a personas con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizado. De esta manera se ofrecen estímulos (visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos) a quienes no tienen acceso con facilidad, por sus limitaciones.

Para estimular se pueden utilizar diversos recursos como: objetos táctiles, música, sonidos, columnas de agua, aromas, pantallas de proyección, cables de fibra óptica, entre otros. Cuando todos estos estímulos se encuentran integrados en una misma sala, diseñada específicamente para ello, recibe el nombre de sala de EMS o sala Snoezelen (Costa Mouzo, 2015).

- Método Snoezelen

El Snoezelen es una técnica innovadora que se basa en la EMS (Costa Mouzo, 2015), y desde su origen se ha convertido en otra forma de abordar a las personas con discapacidad, consiguiendo evoluciones altamente positivas a través de la relajación y de la EMS (Martínez Ledesma & del Toro, 2004).

El Término Snoezelen fue creado por los terapeutas Jan Hulsegge y Ad Verhuel en Holanda a mediados de 1970, y surge por la contracción de los verbos *snuffelen*, que representa oler - explorar y *doezelen* que significa relajar (Gómez Gómez, 2009).

Sus comienzos tuvieron lugar en el centro *Piuseoord*, en Tilburg (Holanda), cuando dichos terapeutas buscaban crear un lugar alternativo de ocio en el que pudieran disfrutar sus pacientes, quienes constituían un grupo de diagnósticos bastante heterogéneo: discapacidad intelectual severa, trastornos psiquiátricos, discapacidad física, etc. Lo único que tenían estos pacientes en común era la parte sensitiva del ser humano, los sentidos, las sensaciones (Huertas Hoyas, 2009). Fue así como empezó a gestarse el concepto Snoezelen, pretendiendo ofrecer sensaciones de bienestar a las personas con graves afectaciones y donde de una forma activa o pasiva pudiesen interactuar con el otro (Cid Rodríguez & Camps Llauredó, 2010).

El concepto parte del principio de que cada individuo reacciona a su ambiente, y la creación de una atmósfera estimulante anima a la participación en el mundo externo (Martín Martín, 2004). Asume que el mundo en el que vivimos es una mezcla de sensaciones a las cuales tenemos acceso a partir de nuestros órganos sensoriales, quienes nos permiten percibir luces, sonidos, olores, gustos y experiencias táctiles variadas (ISNA, 2012).

A diferencia de la estimulación basal, no considera siempre capital los estímulos vestibulares, propioceptivos y táctiles aunque sí les da preferencia, y difiere de la teoría de la integración sensorial (IS) en que no parte invariablemente de las premisas de usar los estímulos siempre dentro de un concepto significativo y persiguiendo la obtención de respuestas adaptativas.

REFERENCIAS

- Chung, JCC., Lai, CKY., Chung, PMB., French, HP. (2007). Snoezelen para la demencia (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD003152/snoezelen-para-la-demencia>
- Cid Rodríguez, MJ. & Camps Llauradó, M. (2010). Estimulación multisensorial en un espacio Snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 41(236): 22-32.
- Coll Cuquerella, E. & Gómez Fontanillas, M. (2013). Estimulación multisensorial en una sala Snoezelen. *Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología: Cuadernos gerontológicos*. Nº16: 6-20.
- Costa Mouzo, C. (2015). *Estimulación de la comunicación a través de Terapias Alternativas en la demencia*. (Tesis de maestría, Universidad de Coruña). Recuperado de <http://hdl.handle.net/2183/14530>
- Gómez Gómez, MC. (2009). *Aulas multisensoriales en educación especial: estimulación e integración sensorial en los espacios Snoezelen*. España, Ed. Ideas propias.
- Huertas Hoyas, E. (2009). La sala Snoezelen en Terapia Ocupacional. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (1): 1-9.
- ISNA. (2012). Asociación de estimulación sensorial y Snoezelen. Accedido en Marzo de 2016, disponible en www.isnaespaña.es
- Knopman, DS., Boeve, BF & Petersen, RC. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (10): 1290-1308. doi: 10.4065/78.10.1290

- López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, LF. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Revista de psicogeriatría*, 5 (1): 3-14.
- Martínez Ledesma, J. & del Toro, A. (2004). Nuevos horizontes en estimulación sensorial. Snoezelen: un mundo sensorial. Portal español de Terapia Ocupacional. Accedido en Marzo de 2016, disponible en www.terapia-ocupacional.com
- Martín Martín, MT. & Cols. (2004). *Despertando sensaciones*. [Archivo PDF]. (C.P. de Educación Especial N° 1) recuperado de http://repositorio.ceposunaecija.org/upload/repositorio2011_11_07_18_38_11_2721.pdf
- OMS. (2016). Portal oficial de la OMS. Accedido en abril de 2016, disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/
- Sociedad Argentina de Neurología. Sin datos. Definición de Demencia. En: Druck, GME. (2008). *Formación de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata: Aportes al área de Geriatría y Gerontología*. (Tesis de grado, p. 117). Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
- van Weert, JCM. & Bensing, JM. (2009). Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. *Informaciones psiquiátricas*, 195 (1): 33-50.

Parte 1

Marco Teórico

CAPÍTULO 1.

TERAPIA OCUPACIONAL EN GERONTOLOGÍA

1.1. Bases Conceptuales

La Gerontología (del griego *geros*: anciano, y *logos*: estudio) es una ciencia que se nutre de otras disciplinas como las ciencias médicas, biológicas, psicológicas, sociales, económicas y humanísticas. Su objetivo es comprender los factores implicados en el proceso de envejecimiento con el fin de promover actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida y a un envejecimiento activo de las personas mayores (Méndez Méndez & Capdevila Puigpiquer, 2010).

La TO, coincidiendo con el enfoque principal de la Gerontología y el de la asistencia sanitaria geriátrica, se propone aumentar la función independiente, reforzar el desarrollo y prevenir la discapacidad en personas mayores. Para ello, su intervención se podrá dirigir desde diferentes enfoques (Berrueta Maeztu, Ojer Ibiricu & Trébol Urra, 2005):

- *Enfoque preventivo*: pretende el mantenimiento del estado de salud y prevención de la declinación funcional.

- *Enfoque adaptador*: se basa en el uso de estrategias compensatorias que favorezcan el funcionamiento.

- *Enfoque recuperador*: aplica técnicas de rehabilitación para ayudar a recuperar el funcionamiento.

Es importante considerar que, independientemente del enfoque que se seleccione para dirigir un tratamiento, la intervención de TO en Gerontología

tiene un carácter integral, continuado, progresivo e interdisciplinario (Rojas & Polonio López, 2002).

1.2. Modelos para la práctica

En las últimas décadas se han desarrollado diversos constructos teóricos para la práctica de la TO en Gerontología. Es importante que el terapeuta ocupacional sea un buen conocedor de la teoría y de su aplicación. La teoría es el soporte que justifica el qué y el porqué de la terapia (Durante Molina, 2010).

A continuación se describen algunos de los modelos y marcos de referencia que están más estrechamente relacionados, por su aplicación cotidiana, con el cuidado y tratamiento de personas mayores.

1.2.1. Modelo de discapacidad cognitiva de Allen (1982)

La discapacidad cognitiva representa una restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas rutinarias (Allen, 1985).

De acuerdo con Durante Molina (2010) la teoría de la discapacidad cognitiva refleja la incapacidad de un individuo para procesar la información necesaria para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera segura.

Allen (1985) ha desarrollado una teoría que se centra fundamentalmente en las inhabilidades cognitivas para desempeñar las AVD, considerando que una limitación en la capacidad para procesar la información afecta notoriamente el rendimiento del individuo.

La teoría de la discapacidad cognitiva está relacionada con el aprendizaje: cuando éste se encuentra bloqueado o restringido por un proceso patológico, la capacidad del individuo para realizar actividades de manera segura estará también afectada.

La finalidad de esta teoría es poder identificar la capacidad intelectual remanente de la persona, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita que el paciente realice las actividades más convenientes acorde a sus capacidades (Valverdi & Alonso, 2009).

Los niveles cognitivos (Tabla 1) miden la capacidad para aprender a adaptarse a una discapacidad. Según el modelo se puede predecir, a través de tales niveles, el modo de ejecución del sujeto en las distintas tareas de la vida diaria por medio de los subcomponentes físico y cognitivo.

Tabla 1. Niveles cognitivos de Allen.

0 – Coma
1 – Acciones automáticas
2 – Acciones posturales
3 – Acciones manuales
4 – Acciones dirigidas a un objetivo
5 – Acciones exploratorias
6 – Acciones planeadas

Como este modelo se ajusta a un ámbito de aplicación muy concreto, específicamente en aquellos pacientes que presenten dificultad en el procesamiento de la información, permite identificar las capacidades

remanentes, para luego proporcionar una estrategia de intervención que las utilice como base para la adaptación a su discapacidad. La finalidad será proporcionar actividades adecuadas a cada nivel cognitivo y desempeñar tareas rutinarias de manera segura, de acuerdo a la patología presente y al daño que ésta haya ocasionado (Valverdi & Alonso, 2009).

El terapeuta será quién ajuste las demandas de la tarea al modo de ejecución del individuo en cada momento, además de buscar cambios hacia modos de ejecución superiores.

Según Durante Molina (2010), la mayor aportación del modelo es el esfuerzo por analizar las AVD de acuerdo con los niveles establecidos, pudiendo con ello elaborar un plan de atención y cuidados ajustado a las necesidades individuales del paciente, siempre en colaboración con la familia y/o los cuidadores.

1.2.2. Abordaje dinámico de interacción recíproca de Toglia (1987)

Este abordaje -creado para la rehabilitación cognitiva- fue evolucionando desde sus orígenes, recibiendo diferentes denominaciones y siendo utilizado para tratar diversos casos clínicos como daños cerebrales, enfermedad mental y discapacidad intelectual.

Las bases teóricas de este abordaje se sitúan en la neurociencia y su aplicación sigue las líneas de base de la teoría de la ocupación (Durante Molina, 2010).

Toglia (1987) establece su teoría integrando los conceptos básicos de la teoría de la ocupación de la persona, actividad y entorno. La ejecución de ocupaciones se basa en la capacidad de percibir y de evaluar la información

sensorial, así como la de concebir, planificar y ejecutar acciones orientadas a un propósito.

El objetivo principal del abordaje es restaurar la ejecución ocupacional en personas con disfunción cognitiva, identificando el estado de los siguientes dominios de intervención: orientación, atención, procesamiento visual, planificación motora, cognición, conductas ocupacionales y resultados.

Según Togliá (1987) la discapacidad intelectual consiste en deficiencias centradas en habilidades como:

- Seleccionar y utilizar estrategias procesales que organicen y estructuren la información que se recibe.
- Anticipar, monitorizar y verificar la agudeza de la ejecución.
- Acceder al conocimiento previo cuando es necesario (memoria).
- Aplicar de manera flexible el conocimiento y las habilidades en diferentes situaciones.

Cuando existen, las deficiencias pueden aplicarse a dominios específicos o pueden ocurrir en un rango más amplio del funcionamiento, causando problemas no sólo en la ejecución de una tarea sino también en la participación social de la persona. Es por ello que la disfunción cognitiva se aborda desde una perspectiva de sistemas, incluyendo las deficiencias que presenta el individuo como así también los factores ambientales y los parámetros de la actividad.

1.2.3. Marco Biomecanista y Rehabilitador de Trombly (1995)

El marco Biomecanista aplica los principios de la física al movimiento y la postura humana en relación con la fuerza de gravedad.

La TO emplea este marco referencial para la participación y realización de las AVD. Es así que en la práctica dentro del contexto de la ocupación, cuando esta área está afectada, se tienen en consideración los principios del movimiento, el rango, la fuerza, la resistencia, la ergonomía y la evitación del dolor.

El uso de los dos marcos de referencia de manera combinada busca ilustrar la continuidad de la intervención de la TO iniciada en la restauración o establecimiento de las habilidades funcionales, seguido de la modificación de las tareas o del entorno, con el fin de alcanzar una ejecución ocupacional continuada dentro de las limitaciones de una discapacidad evolutiva o crónica.

El abordaje rehabilitador fue descrito por Trombly en el año 2002 como aquel “dirigido a hacer a las personas lo más independientes posible a pesar de cualquier deterioro residual” (Durante Molina, 2010, p.21), lo cual despierta el interés además en establecer estrategias compensatorias y realizar adaptaciones ambientales.

Posteriormente, Trombly (2008) propone que para que una persona participe satisfactoriamente en un rol vital, debe ser capaz de hacer las tareas que, según su opinión, hacen/competen a ese rol. Por ello sugiere comenzar por los roles y las tareas que elija la persona y realizarlas en el mismo contexto o uno muy similar a aquel donde vayan a ser realizadas habitualmente.

Las intervenciones de TO desde este marco de referencia se basan en identificar los roles que desempeñan las personas y priorizar la ejecución de las tareas. Los métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo la intervención incluyen: la adaptación de las actividades, la aplicación de estrategias o

tecnologías compensatorias y el reacondicionamiento físico (Durante Molina, 2010).

1.2.4. Modelo Social

Este modelo surge como resultado de la oposición a los principios que conformaron el tradicional *modelo rehabilitador*. Es por lo mismo que, a finales del siglo XX la discapacidad deja de ser entendida como una anomalía del sujeto sino más bien como una anomalía de la sociedad, producto del modo en que se ha construido el entorno, los productos, los servicios y hasta la forma en que se ha concebido la humanidad, dando origen de esta manera al *modelo social* (Palacios & Romañach, 2006).

Según los defensores de este modelo, no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2008).

Mientras que el modelo médico rehabilitador dirigía su interés puntualmente hacia la discapacidad, entendiéndola como “una anomalía física, psíquica o sensorial producida por cualquier circunstancia (ya sea permanente o transitoria)” (Rafael de Asís, 2006, p.23), el modelo social pretende rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades. Coincidiendo, para la OMS rehabilitar incluye el uso combinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales para el entrenamiento o reentrenamiento del individuo a los niveles más altos posibles de capacidad funcional (Durante Molina, 2010).

Por lo tanto posibilitar al individuo alcanzar la independencia en AVD, trabajo y ocio; restaurar la capacidad funcional a un nivel previo o lo máximo posible; maximizar y mantener el potencial de las destrezas indemnes o conservadas y compensar la incapacidad residual mediante ayudas técnicas, ortesis o adaptaciones ambientales representan algunas de las metas que se pretenden alcanzar siguiendo los fundamentos de este modelo.

1.2.5. Modelo de las destrezas adaptativas de Mosey (1980)

Modelo biopsicosocial que centra su atención en la mente, el cuerpo y el entorno del usuario. Está especialmente dirigido a los problemas de la función psicosocial, definidos por Mosey (1986) como respuestas maladaptativas aprendidas o como una pérdida de destrezas. Dichos problemas podrían afectar la planificación y ejecución de las tareas, las interacciones y/o las habilidades para identificar y satisfacer las necesidades.

En su trabajo Mosey (1986) afirma que existen seis destrezas adaptativas que se dan en orden secuencial y permiten alcanzar la madurez cuando logran la integración de sus componentes. Ellas son:

- 1- Destreza perceptivomotora
- 2- Destreza cognitiva
- 3- Capacidad de interactuar en pareja
- 4- Capacidad de interactuar en grupo
- 5- Autoidentidad
- 6- Identidad sexual

En el tratamiento, el terapeuta ocupacional evalúa cada una de las destrezas para determinar el nivel de desarrollo del individuo y luego

selecciona las actividades e interacciones que están a dicho nivel, con el fin de que los componentes de las destrezas adaptativas sean aprendidos o reincorporados, uno tras otro, en una secuencia correcta.

Las experiencias de aprendizaje a través de la actividad, de las interacciones y del trabajo en grupo se consideran un medio para producir respuestas adaptativas y realzar con ello las destrezas.

Las técnicas empleadas dentro de este modelo están relacionadas con las seis destrezas adaptativas y pueden incluir, por ejemplo: actividades que promuevan la integración sensorial, actividades cognitivas, perceptivas, interacciones y actividades en pareja y en grupo, consejo sexual, juegos de rol interactivo, técnicas de aprendizaje conductual, etc.

Como ventaja se considera que es un modelo útil para individuos con un bajo nivel de funcionamiento, mientras que un inconveniente sería que la gran importancia que se le da al aspecto psicosocial limita su aplicabilidad en el tratamiento físico.

1.2.6. Modelo de conducta ocupacional de Mary Reilly (1969)

Reilly sugiere que la salud y el bienestar están representados por un equilibrio de la conducta ocupacional en términos de autocuidado, trabajo y ocio/juego. De acuerdo con su modelo, la funcionalidad es evidente en una persona cuando ésta es capaz de buscar, comprometerse y adaptarse a las ocupaciones que satisfacen sus necesidades personales, así como las necesidades sociales. Mientras que la disfunción es evidente cuando una persona padece una pérdida de logro, competencia o plenitud ocupacional.

Según Bruce y Borg (2002) el proceso de intervención desde este modelo incluye el uso de las ocupaciones para promover la adaptación y favorecer a una vida satisfactoria. Cada uno puede motivarse a cambiar su conducta ocupacional si encuentra algo reconfortante y significativo. Una manera de motivar es utilizando los recursos internos de la persona, indagando e investigando sobre sus intereses.

Reilly describió un proceso terapéutico que consta de una serie de indicaciones dirigidas a aumentar la satisfacción personal y prevenir o reducir las incapacidades en la conducta ocupacional. A continuación se mencionan algunas de esas indicaciones:

- Aumentar la fortaleza de la persona promoviendo la competencia y el logro del individuo.
- Incorporar los intereses personales e incrementar la exploración ocupacional.
- Favorecer a la expresión de sentimientos a través del juego o las actividades de ocio.
- Utilizar diversos medios para facilitar la identificación con ocupaciones satisfactorias.
- Desarrollar la capacidad de adaptar la respuesta subjetiva y la conducta externa, con el fin de encontrar y satisfacer un rol funcional y atender las demandas de una ocupación.
- Promover habilidades de manejo con las personas que experimentan dificultades en el autocuidado, trabajo y ocio.
- Establecer una relación de colaboración con la persona, parte activa en el proceso de cambio.

Es realista asumir que si la persona está interesada en la terapia y puede identificar los beneficios de un cambio terapéutico, será más fácil lograr una experiencia terapéutica positiva (Durante Molina, 2010).

1.2.7. Modelo de la ocupación humana de Kielhofner (1985)

Este modelo se basa en la premisa de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana, siendo la interacción del individuo con el entorno lo que se entiende como conducta ocupacional.

Kielhofner (1985) considera que el sistema humano está construido sobre tres subsistemas: el volitivo (SSV), el habituacional (SSH) y el ejecutivo (SSE). Ordenados de manera jerárquica, todos los subsistemas se influyen entre sí: un acontecimiento en cualquier parte del sistema afecta a la totalidad del mismo.

El conjunto del sistema opera mediante un proceso de circularidad, automanteniéndose y abriéndose a una interacción dinámica con el entorno. Los elementos del sistema se combinan (o fracasan) para producir conductas ocupacionales, además de que cada subsistema contiene diversas subsecciones constituidas por varios aspectos:

- SSV: está motivado por el impulso innato del ser humano hacia el dominio y la exploración, y en él se incluyen las causas personales, los valores y los intereses.
- SSH: ordena las conductas en roles y patrones. Incluye los papeles o roles y los hábitos.
- SSE: capacita al individuo para ser competente en la realización de las tareas, de los procesos y de las interacciones, a través de distintas

destrezas correspondientes a un componente neurológico, simbólico y/o musculoesquelético.

Según Kielhofner (1985) los individuos son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen sus propias necesidades de exploración y dominio y cuando cumplen con las necesidades sociales de participación productiva y de ocio. La disfunción ocupacional ocurre donde o cuando alguna de estas necesidades no se satisface.

Los ciclos adaptativos representan un estado de función ocupacional, mientras que los ciclos maladaptativos corresponden a un estado de disfunción ocupacional.

Desde TO, para ayudar a un individuo a romper un ciclo maladaptativo, se debe proporcionar experiencias que refuercen el control, la competencia, el disfrute y el éxito.

Con respecto a los adultos mayores, se puede decir que aquellos que experimentan sólo cambios que ocurren normalmente con la edad, con frecuencia encuentran problemas en los subsistemas de ejecución y de habituación. Mientras que los cambios que experimentan en el subsistema habituacional son, a menudo, el resultado de: dificultades en ajustar o equilibrar las nuevas rutinas y roles con los hábitos previos, problemas con la selección y la integración satisfactoria de nuevos roles y/o la dificultad para modificar conductas que han sido aprendidas durante toda la vida.

Los adultos mayores que experimentan problemas debidos a situaciones o enfermedades crónicas pueden tener dificultades en todos los subsistemas.

Para determinar si se produce una adaptación satisfactoria a los cambios normales del envejecimiento es esencial evaluar la percepción que los

adultos mayores tienen de sus nuevos roles, los cambios en las conductas y capacidades, y el deseo de asumir los roles asignados y modificar las estructuras de los hábitos.

1.2.8. Modelo de la persona, el entorno, la ocupación y el desempeño PEOB
(Christiansen & Baum, 1985)

Como su nombre lo indica, los tres elementos centrales de este modelo son la persona, el entorno y la ocupación.

El foco del modelo se centra sobre las ocupaciones (el desempeño de roles, tareas y actividades) y su ejecución. Con respecto a las ocupaciones, se formularán preguntas para identificar los aspectos del desempeño ocupacional más importantes dentro de las áreas de trabajo, cuidado personal, mantenimiento del hogar, sueño, divertimento y ocio; en relación con la persona se evalúan áreas como: la fisiológica, psicológica, cognitiva, neuroconductual y los factores espirituales; y en base al entorno se tendrá en cuenta el contexto natural y físico en el que se desenvuelve la persona, las normas sociales y culturales en las que se ve inmerso, las interacciones sociales y los sistemas social y económico de los que depende o en los que participa.

De acuerdo a este modelo una persona muestra un funcionamiento adecuado cuando expresa un nivel de competencia en su capacidad para ejecutar y dominar las ocupaciones. Por otra parte, se observa disfunción cuando el desempeño ocupacional de la persona está limitado o restringido, no pudiendo ejecutar roles al nivel esperado por ella o por la sociedad.

Para lograr una aplicación exitosa de este modelo es importante que el terapeuta empareje los factores intrínsecos de cada persona con las demandas de la actividad o de la intervención. Cuando las personas experimentan sensaciones de logro o éxito, se crea un ciclo de refuerzo positivo demostrado en satisfacciones intrínsecas, así como también en recompensas extrínsecas.

1.2.9. Modelo de la adaptación ocupacional (década de 1990)

Schkade y Schultz fueron los primeros en publicar un modelo de adaptación ocupacional en el año 1992, el cual tiene en consideración dos componentes principales: un marco de referencia que describe un fenómeno humano normal denominado *adaptación*, y un marco de referencia que permite planificar, guiar e implementar intervenciones.

Este modelo consta de cuatro constructos que guían el proceso de razonamiento para la práctica:

- *Ocupaciones*: involucran activamente a la persona, son significativas para la persona e incluyen un proceso y un producto que puede resultar tangible o intangible.
- *Capacidad adaptativa*: habilidad de una persona para reconocer la necesidad de cambio, modificación o refinamiento con el fin de lograr un dominio relativo.
- *Dominio relativo*: representa la autovaloración que hace/tiene la persona de su respuesta ocupacional.
- *Proceso de adaptación ocupacional*: ocurre cuando una persona se enfrenta con un desafío ocupacional, que tiene lugar en un entorno determinado y se lleva a cabo con las capacidades de cada persona.

Los componentes significativos de este proceso son: la persona, el entorno ocupacional y la interacción entre la persona y el entorno.

Este proceso describe como una persona puede responder de manera adaptada y dominante cuando participa en ocupaciones.

De acuerdo a este modelo, una persona será funcional cuando es capaz de participar y ejecutar ocupaciones dentro de un entorno específico con sensación de dominio y éxito. Esto incluye la capacidad para satisfacer las expectativas del rol, tanto inducidas como demandadas del entorno exterior.

Los desafíos ocupacionales crearán mayor o menor motivación dependiendo si: la ocupación en sí misma es personalmente significativa y deseada por la persona, si las demandas de la ocupación son manejables y están dentro de la naturaleza adaptativa de la persona, y si las presiones externas están en igualdad con la capacidad de la persona para una ejecución adaptada y satisfactoria.

El objetivo de la intervención es que la persona logre sus propias adaptaciones para participar en actividades ocupacionales personalmente significativas, mediante la facilitación ofrecida por el terapeuta.

1.3. Rol del terapeuta ocupacional en Gerontología

La función principal del terapeuta es proporcionar servicios de TO de calidad, que incluyan valoración y evaluación, intervención, planificación y desarrollo de programas, programación del alta, documentación y comunicación. Acciones que pueden llevarse a cabo mediante diferentes

formas: abordajes directos, controlados y/o de consulta (Jiménez Rojas & Polonio López, 2004).

El terapeuta ocupacional en el ámbito gerontológico no sólo pretende intervenir en enfermedades discapacitantes ligadas al proceso de envejecimiento, sino también a fomentar un envejecimiento saludable. De tal modo, su labor es pertinente tanto en la rehabilitación funcional como en la promoción de la salud de una forma integradora abordando las esferas física, psicológica y social (Druck, 2008).

Para poner en práctica la filosofía, teoría y los contenidos de la disciplina existe un método sistemático denominado *proceso de Terapia Ocupacional*, el cual pretende alcanzar resultados positivos mediante la promoción de una serie de cambios en una situación disfuncional. A continuación se enuncian algunos de los propósitos de dicho proceso (Polonio López, 2004):

- Identificar los déficits y limitaciones del paciente.
- Seleccionar el/los marco/s de referencia o modelo/s más apropiado/s para el caso.
- Seleccionar los abordajes, métodos y técnicas adecuados.
- Determinar las capacidades y prioridades del paciente.
- Determinar los objetivos de tratamiento a corto, medio y largo plazo.
- Determinar si los objetivos concuerdan con las necesidades y aspiraciones del paciente.
- Analizar la respuesta del paciente.
- Definir qué estándares se utilizarán para determinar cuándo el paciente ha alcanzado un objetivo.

- Identificar la necesidad de un cambio de estrategia.
- Determinar cómo se evalúa la efectividad de la intervención.
- Determinar cuánto tiempo se estima que durará la intervención.

Tales propósitos se llevan a cabo de forma circular, mediante una relación temporal ordenada que permite llegar con éxito al momento final, alcanzando el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia dentro de un marco de bienestar y calidad de vida óptima.

1.4. Relevancia de la intervención de Terapia Ocupacional en Gerontología en la actualidad

El notable incremento de las personas mayores en nuestra sociedad y el desarrollo de estilos de vida diferentes a los tradicionales contribuye a cambiar la perspectiva del envejecimiento (Rodríguez & Gajardo, 2012).

De acuerdo con los datos arrojados por la OMS en su último informe “World health statistics 2016”, se estima que en Argentina la esperanza de vida de las mujeres es de 79,9 años mientras que los hombres viven 72,7 años.

La vejez ya no se concibe como una etapa final de la vida sin contenido, sino que se convierte en un estadio de evolución, con patrones cambiantes de ocupación y actividad, desarrollo de habilidades y exploración de nuevos intereses. Este cambio en la perspectiva de la vejez supone para los profesionales de la salud aceptar un nuevo compromiso que redunde en mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Este compromiso es el de entender a la persona mayor como un agente activo, dinámico y capaz de incorporar tanto nuevos hábitos y actividades en su día a día como de afrontar retos en los procesos de rehabilitación funcional (Corregidor Sánchez, 2010).

La TO, desde el área de Gerontología, utiliza la ocupación para evaluar e implementar el tratamiento en adultos mayores. El objetivo es maximizar las competencias funcionales y la integración al entorno físico y social, promoviendo la autonomía, el bienestar y manteniendo o mejorando la calidad de vida (Berrueta Maeztu *et al.*, 2005).

REFERENCIAS

- Allen, CK. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown.
- Berrueta Maeztu, LM., Ojer Ibiricu, MJ. & Trébol Urra, A. (2005). Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (4), 215-258.
- Bruce, MG & Borg, BA. (2002). *Psychosocial frames of reference*. 3ª ed. Thorofare, Ed. Slack Inc.
- Corregidor Sánchez, AI. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid, edición: Ergon. C/ Arboleda.
- Druck, GMA. (2008). *Formación de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata: Aportes al área de Geriatría y Gerontología*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social.
- Durante Molina, P. (2010). *Modelos para la práctica. Terapia Ocupacional en geriatría, principios y prácticas*. España, Ed. Elsevier Masson.
- ISNA. (2012). Asociación de estimulación sensorial y Snoezelen. Accedido en Marzo de 2016, disponible en: www.isnaespaña.es
- Jiménez Rojas C. & Polonio López, B. (2004). *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. España, Ed. Panamericana.
- Kielhofner, G. (1985). *A model of human occupation: Theory and application*. Baltimore, Ed. Williams and Wilkins.

- Méndez Méndez, B. & Capdevila Puigpiquer. (2010). Historia de la terapia ocupacional: su desarrollo en geriatría. En: Durante Molina & Pedro Tarrés. *Terapia Ocupacional en geriatría, principios y prácticas* (pp. 3-26). España, Ed. Elsevier Masson.
- Mosey, AC. (1986). *Psychosocial components of Occupational Therapy*. New York, Ed. Raven Press.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España, Ed. Cinca.
- Palacios, A. & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España, Ed. Diversitas.
- Rafael de Asís. (2006). Presentación. En: Palacios, A. & Romañach, J. *El modelo de la diversidad. La Bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España, Ed. Diversitas.
- Reilly, M. (1969). The Educational Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 23 (4), 299-307.
- Schkade, JK., & Schultz S. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach to contemporary practice (part 2). *American journal of Occupational Therapy*, 46 (10), 829-837.
- Toglia, JP. & Abreu, BC. (1987). Cognitive Rehabilitation: A Model for Occupational Therapy. *American journal of Occupational Therapy*, 41 (7), 439-448.

- Trombly, C. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American journal of Occupational Therapy*, 49 (10), 960-972.
- Trombly, C. (2002). *Occupational therapy for physical dysfunction*. 5ª. ed. Philadelphia, Ed. Williams and Wilkins.
- Trombly, C. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction*. 6ª. ed. Philadelphia, Ed. Williams and Wilkins.
- Valverdi, J. & Alonso, C. (2009). El marco de referencia de la discapacidad cognitiva: su aplicación en los adultos mayores. Accedido en Mayo de 2016, disponible en: <https://www.google.com.ar/#q=El+marco+de+referencia+de+la+discapacidad+cognitiva%3A+su+aplicaci%C3%B3n+en+los+adultos+mayores.+Documento+online>
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the sustainable development goals*. Accedido en Junio de 2016, disponible en: <http://www.who.int/gho/publications/worldhealthstatistics/2016/en/>

CAPÍTULO 2. DEMENCIAS

2.1. Criterios Diagnósticos

Con el objetivo de clasificar las enfermedades, sistematizar los estudios y facilitar el intercambio de comunicaciones, se utilizan criterios diagnósticos para definir los síntomas que indicarían la presencia de un cuadro demencial. Dentro de los más utilizados, se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, American Psychiatric Association, 1994. Tabla 2).
- CIE-10 (WHO/OMS 1992. Tabla 3).

Sin embargo dichos criterios presentan importantes limitaciones, ya que establecen como condición necesaria la existencia de una alteración de la memoria, por lo que quedarían excluidos procesos en los que los cambios en la memoria no constituyen una alteración precoz. Los criterios del DSM IV se crearon basándose en la Demencia tipo Alzheimer y no reflejan un conjunto de Demencias, mientras que, en los criterios CIE-10 se presenta una mayor tipificación de los cuadros demenciales pero persiste el énfasis en la esfera cognitiva como síntoma clave para el diagnóstico de Demencia (Slachevsky & Oyarzo, 2008).

El National Institute on Aging (NIA) y the Alzheimer's Association (AA) en el año 2011 propusieron criterios detallados para síndrome demencial de cualquier causa. Según estos criterios, para identificar el síndrome demencial se requiere la presencia de síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:

1. Interfieren la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales.
2. Representan un descenso con respecto a los niveles previos de funcionalidad y rendimiento.
3. No se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor.
4. El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado a través de la combinación de:
 - a. La realización de una historia clínica con datos del paciente y de un informador reconocido.
 - b. Una evaluación cognitiva objetiva, ya sea un examen del estado mental breve o una evaluación neuropsicológica.
5. El deterioro cognitivo o conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes dominios:
 - a. Deterioro de la capacidad para adquirir y recordar información nueva. Los síntomas incluyen preguntas o conversaciones repetitivas, colocación errónea de pertenencias personales, olvido de sucesos o citas, perderse en una ruta familiar.
 - b. Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, juicio empobrecido. Los síntomas incluyen mal entendimiento de riesgos de seguridad, incapacidad para el manejo de finanzas, capacidad empobrecida para la toma de decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o secuenciales.
 - c. Deterioro de las capacidades visuoespaciales: los síntomas incluyen incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, o para encontrar objetos que están a la vista pese a una buena agudeza visual,

incapacidad para operar con herramientas simples, o para orientar la ropa al cuerpo.

d. Deterioro de las funciones del lenguaje: los síntomas incluyen dificultad para encontrar las palabras adecuadas mientras se habla, vacilaciones; errores en el habla, en el deletreado y en la escritura.

e. Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento: los síntomas incluyen fluctuaciones del humor tales como agitación, deterioro de la motivación e iniciativa, apatía, pérdida de la iniciativa, retraimiento social, interés reducido en actividades anteriores, pérdida de empatía, conductas compulsivas u obsesivas, comportamientos socialmente inaceptables.

Por otra parte, en Mayo de 2013 se publicó la quinta edición del DSM, la cual presentó nuevos criterios para los cuadros demenciales (Tabla 4/ Tabla 5). Esta publicación muestra cambios sustanciales con respecto a la anterior; por ejemplo, se introduce el concepto de “trastornos neurocognitivos” para reemplazar el de “trastornos mentales orgánicos” utilizado en ediciones anteriores. Así, los trastornos neurocognitivos se dividen en tres categorías: *Delirium*, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor.

El término de Demencia queda sustituido por el término trastorno neurocognitivo mayor y el término deterioro cognitivo leve (DCL) queda englobado en el DSM-5 como trastorno neurocognitivo menor. El criterio que diferencia un trastorno neurocognitivo menor de uno mayor, es que las dificultades cognitivas no deben influir en la capacidad de la persona para

efectuar AVD. Si esto es así, se hablaría de un deterioro neurocognitivo mayor (Gonzales Palau, Bounanotte & Cáceres, 2015).

Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico de estos trastornos, según el DSM- 5, serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas -visuoconstructivas y cognición social (López Álvarez & Agüera Ortiz, 2015).

A pesar del cambio de nomenclatura introducido por el DSM – 5 para hablar de Demencia, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) acepta que según realidades y culturas locales resulta razonable continuar empleando el tradicional término de Demencia, para referirse a aquellas personas que presenten deterioro cognitivo mayor (Fuentes, 2014).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según DSM-IV.

A - Alteración de la memoria.
B - Una o más de las siguientes alteraciones: <ul style="list-style-type: none">○ Afasia○ Apraxia○ Agnosia○ Alteración de las funciones ejecutivas
C – Déficit con respecto a una situación previa.
D – Evidencia clínica o de laboratorio de trastorno orgánico.
E – Estas alteraciones deben ser lo suficientemente significativas como para alterar las AVD (ocupacionales y/o sociales), representando una merma importante del nivel de actividad preexistente.
F – Las alteraciones anteriores no aparecen exclusivamente en el curso de un delirio.

Tabla 3. Criterios diagnósticos según CIE-10.

A- Deterioro de la memoria.
B- Déficit de la capacidad intelectual, caracterizado por deterioro del pensamiento y de la capacidad de procesar información.
C – Ausencia de obnubilación de la conciencia.
D – Deterioro del control emocional, motivación y cambio del comportamiento.
E – Los apartados A y B deben estar presentes al menos 6 meses antes.

Tabla 4. Criterios diagnósticos según DSM – V para trastorno neurocognitivo menor.

A- Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos: 1. preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de 1 o 2 desvíos estándar (DS) por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
B- Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir en la independencia, por ejemplo, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tareas complejas como manejo de medicación o de dinero, etc. Pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.
C- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Tabla 5. Criterios diagnósticos según DSM – 5 para trastorno neurocognitivo mayor.

A- Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos: 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de 2 o más DS por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
B- Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).
C- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

2.2. Clasificación

Las Demencias se pueden nominar y clasificar teniendo en cuenta los siguientes aspectos (Slachevsky & Oyarzo, 2008; Leiguarda & Manes, 2005; Millán, 2006; Mangone, 2007).

- Según la edad de Inicio:

Demencias preseniles: son aquellas que iniciaron la presentación de los síntomas antes de los 65 años.

Demencias seniles: aquellas cuyo inicio es posterior a los 65 años de edad.

- Según Fisiopatología:

Demencias neurodegenerativa o primarias: el factor fisiopatológico principal radica en la hipofunción o pérdida de sinapsis o de neuronas debido a alteraciones intrínsecas del metabolismo neuronal. Ejemplo: Demencia tipo Alzheimer, Demencia frontotemporal, etc.

Demencias no degenerativas o secundarias: también hay disfunción o pérdida neuronal pero por causas externas al metabolismo de las mismas (las más frecuentes son traumatismo de cráneo, trastornos vasculares, masas ocupantes de espacio, carencias nutricionales, infecciones, causas tóxicas, alteraciones metabólicas sistémicas).

Demencias mixtas: corresponde a un deterioro de tipo vascular y neurodegenerativo.

- Según la topografía de las lesiones: de acuerdo con las estructuras involucradas, se pueden clasificar las Demencias como corticales, subcorticales o cortico-subcorticales.

Corticales: implican alteraciones cognitivas propias de un compromiso de la corteza de asociación y/o el sistema límbico temporal medial (Tabla 6).

Subcorticales: presentan alteraciones cognitivas que evidencian un compromiso de las conexiones entre la corteza frontal, los ganglios basales y las estructuras talámicas (Tabla 6).

Cortico-subcorticales: presentan compromiso simultáneo de estructuras corticales y subcorticales.

- Según la sintomatología clínica: se tiene en cuenta las características de los trastornos cognitivos y/o del comportamiento.

Tabla 6. Clasificación de Demencias corticales y subcorticales (adaptado de Méndez y Cummings).

Demencias corticales	Demencias sub-corticales
Enfermedad de Alzheimer (EA)	Demencia por cuerpos de Lewy
Demencia Frontotemporal	Enfermedad de Parkinson
Atrofias corticales asimétricas	Parálisis supranuclear progresiva
	Demencias vasculares
	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
	Demencia por VIH
	Neurosífilis
	Enfermedades sistémicas
	Endocrinopatías Estados de deficiencia vitamínica
	Encefalopatías tóxicas
	Depresión
	Demencia post-traumática
	Hidrocefalia
	Neoplasias
	Desmielinización

- Según la etiopatogenia:

1) Demencias secundarias a una enfermedad médica sistémica, infección, trastorno metabólico.

- 2) Demencias vasculares.
- 3) Demencias neurodegenerativas.

- Según reversibilidad o irreversibilidad: las Demencias pueden, en algunos casos, ser reversibles cuando existen ciertas condiciones que pueden causarla y con un trato oportuno y adecuado tiene probabilidad de remitir. A estas se las llama Demencias potencialmente reversibles. Entre las más frecuentes se encuentran la depresión, la hidrocefalia, el abuso de alcohol, tumores, enfermedad de la glándula tiroides, deficiencia de vitamina B12, causas tóxicas o quirúrgicas. La reversibilidad de la Demencia está en función de la patología subyacente y de la rapidez o no aplicación de un tratamiento eficaz para la causa subyacente. A pesar de ello, el mayor porcentaje de Demencias es irreversible (Leiguarda & Manes, 2005).

- Según el perfil evolutivo: en este caso, se tiene en cuenta la temporalidad de los síntomas, la forma de inicio y velocidad de progresión de los mismos (Tabla 7). Cada cuadro demencial en relación con sus propias características presenta un patrón evolutivo determinado (Durante Molina, Guzmán Lozano & Altimir Losada, 2010). En la evaluación y seguimiento de un paciente con Demencia es útil establecer el estadio evolutivo de la enfermedad, y para ello existen diversas escalas que otorgan un valor estandarizado de acuerdo al grado de afectación funcional. En general se intenta clasificar la Demencia según los criterios clínicos en: Demencia leve, moderada o severa.

En este caso se citará como ejemplo la escala GDS (Escala de Deterioro Global – Global Deterioration Scale) una de las más completas, simples y útiles

para la estimación de la severidad de la Demencia (Mangone, Bauman & Gigena, 2008). Dicha escala cuenta con 7 estadios posibles:

Estadio 1: Ausencia de deterioro cognitivo.

Estadio 2: Deterioro muy leve. Esta es la fase de olvido, el paciente se queja de déficit de memoria, lo más frecuente son quejas sobre olvidos de nombres conocidos o de donde situaron ciertos objetos. No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica ni déficit objetivo en el trabajo o en situaciones sociales. Los individuos en esta fase muestran un conocimiento adecuado de sus síntomas.

Estadio 3: Deterioro leve. Se puede evidenciar déficit de concentración, dificultad en recordar nombres que recién conoce o para retener un párrafo después de leerlo, como así también disminución del rendimiento en las tareas más demandantes de su trabajo y de tipo social. La dificultad para encontrar las palabras y nombres puede hacerse evidente para los íntimos. El paciente puede perder o no saber dónde deja objetos de valor y desorientarse al viajar a lugares nuevos. También puede aparecer ansiedad leve a moderada.

Estadio 4: Deterioro moderado. Los déficits se manifiestan en varias áreas. El déficit de concentración se pone en evidencia si se le solicita restas seriales; muestra dificultades incipientes para recordar hechos recientes de su vida y del mundo que lo rodea; hay déficit de memoria de su historia personal; la habilidad para viajar solo está restringida a lugares muy conocidos y aparecen dificultades para el manejo de las finanzas personales. Hay negación de su déficit.

Estadio 5: Deterioro moderadamente severo. Esta es la fase de Demencia temprana. Los pacientes en esta etapa necesitan de algún tipo de asistencia, tienen mayor afectación de su memoria y desorientación temporo-espacial. Conservan algunos conocimientos de datos importantes (su nombre, y generalmente el de esposos e hijos). No requieren asistencia para la higiene personal o para comer, pero pueden tener dificultades para elegir la ropa apropiada o vestirse impropriamente.

Estadio 6: Deterioro severo. Esta es la fase media de la Demencia. Presentan gran afectación de la memoria, olvidan ocasionalmente el nombre de su esposo o cuidador y no pueden recordar todo evento reciente y experiencias cotidianas mientras que retienen fragmentos de su vida pasada. Requieren asistencia para las AVD y puede haber incontinencia. En general siguen distinguiendo entre personas familiares y no familiares. Pueden atravesar por cambios de su personalidad como delusiones (acusar al esposo de ser un impostor, hablar con figuras imaginarias o con el espejo) abulia, síntomas obsesivos, de ansiedad, agitación e incluso comportamientos violentos.

Estadio 7: Deterioro muy severo. Demencia tardía. Existe pérdida de habilidades verbales, mutismo o gruñidos. Requieren asistencia para la higiene y alimentación y, en general, ya no deambulan.

Tabla 7. Clasificación de enfermedades demenciantes basada en un criterio de temporalidad (adaptado de Méndez y Cummings, 2003).

	Inicio agudo (en menos de 24 horas)	Inicio subagudo (en menos de un mes)	Inicio gradual
Cursa lentamente	Secundaria a Epilepsia	Neoplasias	Enfermedad de Alzheimer, DFT, atrofias corticales asimétricas, Demencia por cuerpos de Lewy, otras Demencias neurodegenerativas, trastornos bioquímicos heredados, secundaria a Esquizofrenia.
Cursa rápidamente	Meningitis aguda	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Infecciones del SNC.	
Curso estático	Encefalopatía anóxica, Demencia post-traumática, Encefalopatías tóxicas	Depresión	
Cursa en escalones, cursa con fluctuaciones	Demencia vascular, trastorno metabólico, desmielinización	Demencia vascular, trastorno metabólico, Desmielinización	

2.3. Epidemiología de las Demencias

“La epidemiología concede importancia primordial a los aspectos, la historia natural de las enfermedades, *factores de riesgo, pronóstico, incidencia, prevalencia, riesgo relativo y esperanza de vida*. Está definida como el estudio de las determinantes de salud y enfermedad de las poblaciones, con el objetivo adicional de aplicar los hallazgos en la práctica clínica” (Mangone, 2008).

En el último medio siglo, el desarrollo de la agricultura, la tecnología de los alimentos, los antibióticos, las vacunas, los medios complementarios de diagnóstico y los progresos en la cirugía produjeron un aumento en la expectativa de vida que involucró a toda la población mundial, independientemente del grado de desarrollo de los diferentes países.

La prolongación de la vida del hombre ha influido para que patologías y problemáticas que en épocas anteriores tuvieron una baja prevalencia, ocupen en la actualidad un lugar de primacía en el momento de diseñar políticas sanitarias, sociales y económicas. Entre esas patologías, las Demencias se encuentran en un lugar preponderante (Arizaga, 2005).

Hoy en día, más de 46 millones de personas en todo el mundo viven con Demencia, número que se estima que aumentará a 131,5 millones en el año 2050 (World Alzheimer Report, 2015).

En América Latina y el Caribe el envejecimiento demográfico se ha expresado con celeridad desde la segunda mitad del siglo XX. En Argentina, según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá 65 años y más (CEPAL, 2009).

Según el Censo realizado en nuestro país en el año 2010, los habitantes de 65 años y más representaban el 10,2% de la población, siendo una alta proporción de personas mayores con relación a la población total. De un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más censadas en el año 2010, 2,4 millones correspondían a mujeres y 1,7 millones a varones (ENCaViAM, 2012).

Datos nacionales revelan que de las Demencias que prevalecen en adultos mayores de 65 años, un 5,85% padece enfermedad de Alzheimer y un 3,86% Demencia vascular. Mientras que la prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 60 años según MMSE (punto de corte: 24) es de:

- 16.9 % en adultos entre 60 - 69 años
- 23,3 % entre 70 y 79 años
- 42,5 % en mayores de 79 años.

Es importante tener en cuenta estos datos, ya que la prevalencia a desarrollar un cuadro demencial aumenta exponencialmente con la edad, por lo menos hasta los 85 años, en tanto que la incidencia suele ser mayor entre los 60 y 90 años (Mangone & Cols., 2005).

Se estima que en nuestro país hay más de 600.000 sujetos con Demencia, de los cuales aproximadamente el 60% corresponde a DTA (aprox. 360.000 sujetos), sumado a esto las personas del entorno directo del paciente que se encuentran afectadas a esta problemática, la dimensión del impacto sobre la población es preocupante (UBA, 2017).

El porcentaje creciente de adultos mayores en nuestro país y el aumento en la expectativa de vida, son datos que nos permiten visualizar a futuro un panorama con respecto a la existencia e impacto de las Demencias en la población.

2.4. Factores de riesgo

La investigación de los factores de riesgo para las Demencias ha aumentado en los últimos 20 años, debido al incremento significativo del envejecimiento poblacional y a la mayor prevalencia e incidencia de las Demencias degenerativas que presentan una clara asociación con la edad. Estudiar los factores de riesgo puede aportar evidencia fundamental para la actividad clínica y la toma de decisiones en la salud pública (Quiroga López, 2005).

De acuerdo con Mangone (2001), el factor de riesgo más importante para desarrollar una Demencia es la edad, sin embargo no es el único posible de identificar. A continuación se enumeraran los principales factores de riesgo (Mangone, 2008):

- 1) Edad: Cifras epidemiológicas de países europeos y EE.UU. indican que aproximadamente 1 de cada 9 individuos mayores de 60 años y 1 de cada 5 mayores de 85 años padece un síndrome demencial, el 65% de los cuales son degenerativos primarios tipo Alzheimer.
- 2) Sexo: No hay diferencia en cuanto al sexo en la prevalencia de la Demencia cuando se la considera en forma global, sin embargo, varios estudios indican que la mujer presenta mayor riesgo que el hombre de presentar EA.
- 3) Educación: se considera un factor de riesgo la falta o bajo nivel de educación. Un buen nivel intelectual “protegería” o al menos retardaría la aparición de los primeros síntomas.
- 4) Historia familiar: antecedentes de demencia en el grupo familiar.

5) Traumatismo cerebral: el traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento o los micro-traumatismos de cráneo repetidos, por la formación de placas difusas, presentan un riesgo relativo para EA.

6) Enfermedades asociadas:

- Diabetes.
- Hipotiroidismo.
- Hipertensión.

7) Asociaciones:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Edad paterna aumentada.
- exposición a aluminio.
- exposición a tóxicos ambientales.
- Dieta insuficiente o malabsorción.
- Escasa estimulación ambiental en la tercera edad: la privación del estímulo ambiental en el adulto mayor se relaciona con el deterioro cognitivo (Arizaga, 2005).

2.5. Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

El término DCL se utiliza para referirse a cierto grado de déficit cognitivo, con una severidad que resulta insuficiente para cumplir criterios de Demencia. A pesar de ello, quienes lo padecen constituyen un grupo de pacientes que tienen un riesgo aumentado para desarrollar una Demencia (Petersen, 2004).

Según Slachevsky & Oyarzo (2008) constituye un estadio intermedio entre el envejecimiento normal y las Demencias.

En el año 2011, The National Institute on Aging & Alzheimer's Association desarrollo los siguientes *criterios* para determinar la presencia de DCL:

- 1) Preocupación referida a un cambio en el funcionamiento cognitivo (del paciente, familiar o de un profesional de la salud).
- 2) Deterioro en uno o más dominios cognitivos (por lo general, en la memoria anterógrada).
- 3) Preservación en la independencia en las habilidades funcionales.
- 4) No cumple criterios para Demencia.

Por su parte, Roberts (2008) estableció los siguientes *factores de riesgo* para el DCL:

- Depresión
- Bajo nivel educacional
- Atrofia e infartos cerebrales
- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes
- Genotipo APOE e4

La *presentación clínica* del cuadro se caracteriza por síntomas cognitivos: alteración de la memoria y/u otros dominios cognitivos con preservación del desempeño en AVD; y síntomas conductuales y psicológicos como: animo depresivo, apatía, irritabilidad (Geda, 2008).

El DCL puede ser diferenciado según los siguientes subtipos (Petersen, 2003):

- DCL amnésico: si solo presenta deterioro de la memoria, se denomina "DCL amnésico de dominio único". Cuando existe compromiso de la

memoria y otra/s funciones cognitivas recibe el nombre de “DCL amnésico multidominio”.

- DCL no amnésico: si solo presenta deterioro de una sola función cognitiva, exceptuando la memoria, se denomina “DCL no amnésico de dominio único”. En caso de que incluya la alteración de más de una función cognitiva, exceptuando la memoria, recibe el nombre de “DCL no amnésico multidominio”.

2.5.1. ¿El DCL evoluciona hacia la Demencia?

Algunos autores consideran que el DCL podría ser un pródromo de la Demencia, principalmente ante la presencia de biomarcadores que den cuenta de un proceso fisiopatológico neurodegenerativo subyacente (Albert, 2011):

- Biomarcadores de depósitos de proteína β -amiloide: niveles bajos de A β 42 en líquido cefalorraquídeo y Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con marcador amiloide positivo.
- Biomarcadores de daño neuronal: niveles elevados de proteína tau o tau fosforilada en líquido cefalorraquídeo, hipometabolismo temporoparietal con fluordesoxiglucosa-PET (FDG-PET), atrofia focal en corteza temporal medial/basal/lateral y corteza parietal en Resonancia Magnética Nuclear.

Según Ahmed (2008) el DCL amnésico multidominio sería el subtipo con tasa de conversión a Demencia más elevada.

Por su parte Petersen (2003) describe que existe cierta correlación entre los subtipos de DCL y determinados cuadros fisiopatológicos (Tabla 8). El promedio de conversión a Demencia es entre el 1 al 2% anual en la población

de adultos mayores sanos, mientras que la población con deterioro cognitivo leve tiene una tasa de conversión a Demencia más alta que la de la población general - entre el 10 y el 25% - (Petersen, 2001).

Según Ollari, Nitrini & Fornazzari (2005) algunos de los predictores que indican la conversión hacia la Demencia son:

- Bajo rendimiento en pruebas que evalúan funciones ejecutivas
- Compromiso del lenguaje y déficit objetivo en las habilidades visuoespaciales y visuoespaciales
- Percepción del déficit cognitivo por parte de un informante
- Presencia de depresión (duplica el riesgo)

Tabla 8. Adaptado de Petersen, 2003.

DCL AMNESICO	Dominio único	Degenerativo	Vascular	Psiquiátrico
		Demencia tipo Alzheimer (DTA)		Depresión
	Multidominio	DTA	Demencia vascular	Depresión
DCL NO AMNESICO	Dominio único	Demencia Frontotemporal		
	Multidominio	Demencia por cuerpos de Lewy		

En un estudio realizado por Serrano & Cols. (CEMIC, 2006), se obtuvo como resultado que del total de 239 individuos seguidos con DCL, el 40% convirtieron a Demencia a los 3 años sugiriendo la existencia de una población en riesgo de Demencia degenerativa.

Las Demencias son patologías de gran importancia para la salud pública. El objetivo en los últimos años ha sido llegar al diagnóstico lo más prematuramente posible. Para colaborar con ello, han surgido nuevos conceptos como los descritos anteriormente, para permitir así arribar al diagnóstico de manera temprana (Allegri & Cols. 2005).

2.6. Deterioro Conductual Leve (DCoL)

Cabe destacar que además de la importancia que ha generado el conocimiento del DCL como un signo predictor de una posible Demencia, la asociación ISTAART (The Alzheimer's Association International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment) dedicada a investigar sobre los avances científicos de la EA y otras Demencias, enfocó su atención hacia las alteraciones del comportamiento como síntomas tempranos de Demencia. A partir de allí la Asociación impulsa un nuevo concepto: Deterioro Conductual Leve (DCoL), considerado como aquel que surge previamente al DCL o de manera conjunta desde el inicio.

Si bien está comprobado que las alteraciones conductuales son un síntoma característico de las Demencias, principalmente de las de tipo frontotemporal, cuando se trata de DCoL se registran cambios del comportamiento persistentes (mínimo 6 meses), síntomas psiquiátricos leves, ausencia de Demencia o quejas significativas de deterioro cognitivo y preservación de las habilidades para la realización de las AVD (Taragano, Allegri & Lyketsos, 2008). Las alteraciones conductuales que pueden observarse incluyen desinhibición, cambios de humor, irritabilidad, malhumor, apatía o tristeza.

En un estudio realizado en el año 2009 por Taragano, Allegri, Krupitzki, Sarasola, Serrano, Loñ, & Lyketsos, se compararon dos grupos de pacientes con DCL y DCoL para estimar el porcentaje en que cada uno desarrollaba una Demencia. Se concluyó que posteriormente padecían Demencia en un 34% los pacientes con DCL y en un 70% los pacientes con DCoL. Al mismo tiempo se comprobó que los pacientes con DCoL tenían más probabilidades de desarrollar una Demencia de tipo frontotemporal debido a la degeneración en esa zona cerebral.

Continuando con las investigaciones los profesionales de ISTAART presentaron durante la última Conferencia Internacional de la Asociación de Alzheimer de EE.UU, en julio de 2016, The Mild Behavioral Impairment checklist (MBI-C): un test que evaluando las respuestas de 34 preguntas ayudaría a detectar la presencia de DCoL. Aunque se trata de un Test que es de fácil aplicación, cabe aclarar que aún necesita de mayor validación en diferentes escenarios clínicos.

2.7. Repercusiones de la Demencia

La Demencia ejerce una gran repercusión en las personas que la padecen y en quienes las rodean.

La calidad de vida de los adultos mayores con Demencia se ve afectada por sus alteraciones cognitivas y funcionales, así como también por los síntomas conductuales y psicológicos que suelen manifestar.

De acuerdo con Bonifacio & Jaskilevich (2012) algunas de los síntomas que se pueden presentar, según cada dominio, son:

SINTOMAS COGNITIVOS: alteraciones en memoria, atención, lenguaje, reconocimiento (gnosias), organización del movimiento voluntario (praxias), planificación y organización de actividades complejas, regulación conductual y demás funciones ejecutivas y orientación temporal y espacial.

SINTOMAS CONDUCTUALES: agresión física y verbal, agitación, comportamientos inapropiados, vagabundeo o wandering (caminar sin propósito definido), alteraciones del sueño, apatía, entre otros.

SINTOMAS PSICOLÓGICOS: apatía, depresión, ansiedad, alucinaciones y delirios, trastornos en la identificación de personas conocidas, etc.

SINTOMAS FUNCIONALES: alteración en el desempeño de las AVD), actividades laborales y/o sociales.

Numerosos factores pueden incidir en el grado de repercusión de la Demencia: la evolución natural del síndrome, la tasa de declinación, los síntomas particulares, como también la personalidad premórbida, la relación entre la persona con Demencia y su familia-cuidadores y el apoyo asistencial, social y económico con el que cuentan.

Las personas que padecen Demencia, a medida que cursan la enfermedad requieren niveles cada vez mayores de atención que, junto con el impacto emocional, pueden causar problemas de salud mental y física en los familiares y responsables de su cuidado. La asistencia permanente y, a veces, la atención especializada que requieren las personas con Demencia son costosas y tienen implicaciones económicas para los encargados de su cuidado y para los servicios sociales y de atención de la salud.

La Demencia incide en todos los aspectos de la vida de una persona, pero uno de los más notorios, tanto para el paciente como para su familia, es la interferencia que causa en su autonomía incluyendo su capacidad de vivir de manera independiente, tomar decisiones por sí mismo y emitir juicios morales. En muchos casos, la Demencia también provoca problemas psiquiátricos (depresión, psicosis) y conductuales, los cuales se suman a la limitación de la libertad personal (Weiner & Lipton, 2010).

2.8. Tratamiento de las Demencias desde TO en Gerontología

La TO se define como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social (OMS, 2012).

La herramienta básica de trabajo es el análisis de la actividad y de la ocupación, incluyendo la adaptación del entorno. En su intervención con personas que sufren Demencia se centra en la potenciación de las capacidades preservadas y la compensación de sus limitaciones con el fin de mantener el máximo nivel de funcionalidad a lo largo de los diferentes estadios de la enfermedad. Todo ello conlleva una continua graduación y adaptación de las actividades y del entorno (Guerrero Salado, Calderón Martínez & Martínez Pueyo, 2012).

Tradicionalmente, la valoración de la Demencia se ha analizado desde el punto de vista cognitivo (capacidades mentales o neuropsicológicas), pero esta

aproximación es incompleta, ya que no incluye el impacto directo o indirecto que tiene la enfermedad sobre el resto de las funciones y capacidades. Un nivel de funcionamiento normal adaptativo es fruto del equilibrio entre áreas, componentes y contextos ocupacionales (Corregidor Sánchez, Moralejo González & Ávila Tato, 2004):

- Áreas ocupacionales: de autocuidado, productivas (instrumentales y laborales), de ocio y tiempo libre.

- Componentes ocupacionales: representan las capacidades necesarias para realizar una ocupación, por ejemplo, componentes sensoriales, perceptivos, motores, neuromusculares, cognitivos y psicosociales.

- Contextos ocupacionales: ambientes en los que tiene lugar la ocupación (domicilio, centro, residencia, club, etc.).

Durante Molina *et al.*, (2010) consideran que uno de principales roles de la TO en la intervención de personas con Demencia corresponde a apoyar la realización funcional de acuerdo con las problemáticas que presenten durante el proceso de la enfermedad. Los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la Demencia pueden constituir una de estas problemáticas, las cuales no sólo llegan a afectar de manera significativa a la persona con Demencia sino que también a su entorno (Calderón, 2006).

Desde TO se propone una estrategia terapéutica que determina los criterios y modos de intervención, teniendo en cuenta las particularidades individuales (edad, sexo, factores biológicos, psicológicos y sociales) y creando las condiciones para generar cambios acordes a las necesidades y expectativas de cada paciente, promoviendo proyectos vitales. El proceso terapéutico será instrumentado en un sentido evolutivo, dado la pendiente

regresiva que implica la instalación del cuadro demencial (Antón & Nuñez, 1996).

2.8.1. Objetivos de tratamiento

Al momento de establecer los objetivos de tratamiento de TO, se debe tener en cuenta como regla principal, visualizar la persona con Demencia como un individuo con una historia singular de valores e intereses, actividades vitales y patrones de vida determinados. Las necesidades no cubiertas de las personas con Demencia podrían estar asociadas a sus intereses, valores propios, hábitos y/o roles previos (Rodríguez & Gajardo, 2012).

A modo de ejemplo, se enuncian los siguientes objetivos que atañen al tratamiento de TO en Demencias (Antón & Nuñez, 1996; Fernández Pérez, 2012):

- Favorecer y mantener la independencia del paciente
- Estimular las capacidades cognitivas y neuromusculares
- Mantener y mejorar la discriminación sensorial
- Fomentar las habilidades sociales y de ocio

El propósito de una intervención integral, en la que participan diversos profesionales de la salud, es el de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia. Desde TO se contribuye a este objetivo intentando maximizar la funcionalidad del paciente y minimizar el esfuerzo del cuidador en cada uno de los estadios de la enfermedad (Corregidor Sánchez *et al.*, 2004).

2.8.2. Intervención de TO

La clave de la intervención se fundamenta en cinco premisas esenciales: formulación detallada de la situación clínica; estar al corriente de la medicación utilizada; comprensión de la situación social; conocimiento de los fundamentos de las técnicas aplicadas y, por último, trabajo en equipo (Durante Molina *et al.*, 2010).

A continuación se enuncian algunas de las funciones que desarrolla el terapeuta ocupacional en su intervención en pacientes con Demencia (Guerrero, Ojer, Rubio, Rozas, Uya, Durán, Azcona, Calderón & Martínez, 2013):

- Evaluación/valoración de la situación personal del paciente: análisis de capacidades y limitaciones, de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y desempeño en áreas ocupacionales, de su situación actual y previa así como sus necesidades y expectativas de cambio.

- Evaluación/valoración del entorno y contextos: análisis de las dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan y/o potencian y facilitan el desempeño ocupacional de la persona.

- Diseño, planificación e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales, con el fin de conseguir los objetivos propuestos, seleccionando modelos de intervención, sistemas de valoración y otras herramientas de trabajo.

- Selección, diseño, fabricación y/o adaptación de materiales de apoyo y actividades.

- Asesoramiento sobre pautas de actuación, estrategias y procedimientos de intervención dirigido a familiares, cuidadores y /o profesionales en los diferentes estadios de su enfermedad.

- Elaborar la documentación referente al proceso de tratamiento, y efectuar una evaluación continua del proceso de intervención y de los resultados obtenidos.

- Informar, consensuar y analizar procedimientos e intervenciones con el equipo interdisciplinario.

Los terapeutas ocupacionales pueden usar una combinación de métodos para conocer el perfil funcional del paciente. Los métodos fundamentales o básicos son la formulación de preguntas (entrevistas estructuradas/no estructuradas), las evaluaciones (estandarizadas/no estandarizadas) y la observación.

La valoración de las capacidades funcionales es necesaria para reconocer dónde se encuentran los déficits y qué se conserva aún o se mantiene con cierta habilidad. En base a esta información y otros datos (personales, médicos, psicológicos, sociales) posteriormente se podrán elaborar los objetivos y el plan de tratamiento (Pérez Muñano, Pérez Muñoz & Rodríguez Pérez, 2012).

2.8.3. Técnicas de Intervención

A continuación se describen las técnicas de intervención que con mayor frecuencia se utilizan desde el área de TO en el tratamiento de adultos mayores con Demencia.

2.8.3.1. Intervención cognitiva

Por medio de la intervención cognitiva se plantean actividades que promueven la potenciación, mantenimiento o recuperación de las capacidades cognitivas y/o favorecen la independencia para las AVD y la socialización (Abellán Vidal *et al.*, 2010).

Este método se basa en la creencia de que las capacidades neuropsicológicas responden positivamente al ejercicio constante incrementándose su función. El objetivo de esta técnica no sólo es estimular y mantener las capacidades mentales sino obtener un mejor rendimiento cognitivo de funciones como: memoria (memoria de trabajo, episódica y semántica), orientación (temporal, espacial y personal), capacidad visuoespacial (atención y concentración, gnosias), lenguaje oral (evocación de vocablos, sintaxis, comprensión), lenguaje escrito (lectura, escritura), praxias (comunicativas, constructivas e ideomotoras), capacidades ejecutivas (conceptuales, de planificación de juicio y de autoreconocimiento, (Corregidor Sánchez *et al.*, 2004).

La *estimulación cognitiva* incluye aquellas terapias que implican exposición y participación en actividades y materiales que requieren algún tipo de procesamiento cognitivo general y que se realizan habitualmente en grupo en un contexto social. En contraposición, el *entrenamiento cognitivo* incluye aquellas terapias focalizadas en un único dominio cognitivo (Abellán Vidal *et al.*, 2010).

Por su parte Sitzer, Twamley & Jeste (2006) clasifican las intervenciones cognitivas en terapias compensatorias y restauradoras, las cuales proponen nuevas formas de llevar a cabo tareas cognitivas utilizando estrategias internas

(organizar la información categorizando o visualizando información para recordar, codificar a través de canales sensoriales múltiples, preguntando y parafraseando durante el aprendizaje, y enfocándose en una tarea única) o bien estrategias externas (señas del entorno, cuadernos de memoria, calendarios o agendas). Las estrategias de restauración buscan mejorar el funcionamiento en dominios específicos.

Mediante la intervención cognitiva desde TO se busca mantener en un estado óptimo las diferentes funciones cognitivas, para favorecer a un mejor desempeño funcional del paciente.

2.8.3.2. Terapia de orientación a la realidad (TOR)

El objetivo de este abordaje es reducir el impacto de la desorientación temporal, espacial y personal, por medio del suministro constante de información, que además de facilitar la orientación dará lugar a un sentimiento de mayor control, aumento de autoestima y una mejor socialización en la persona con Demencia (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2004).

Se trata de una técnica de presentación multimodal (verbal, escrita, visual, etc.) que pretende reforzar la información básica del paciente. Esta técnica considera que la repetición de información de carácter básico puede aminorar la desorientación y la confusión a la vez que puede reforzar el aprendizaje (Durante Molina *et al.*, 2010).

Para su aplicación deben existir capacidades residuales que apoyen la intervención. El entorno también ha de modificarse para ofrecer continuas indicaciones orientativas: grandes relojes, calendarios visibles, carteles con las actividades a realizar, letreros en las puertas, etc.

Se han descrito dos modalidades de TOR. Una de ellas es la TOR 24-HS (orientación informal a la realidad), en la cual la información es brindada permanentemente por el cuidador y/o familiar, en cada interacción con el paciente por medio de la mirada, la voz, el contacto físico y siempre de manera clara. La otra modalidad de TOR es de naturaleza formal y se lleva a cabo por medio de sesiones grupales, a las cuales los pacientes acuden para participar en actividades que propicien la orientación (Arango Lasprilla, 2006).

Es importante considerar que el objetivo de la TOR no será corregir al paciente o demostrarle su error, sino actuar de un modo preventivo, evitando o reduciendo la confusión y desorientación (Martínez Rodríguez, 2002).

2.8.3.3. Terapia de Validación

Este enfoque fue desarrollado en Estados Unidos por Naomi Feil en el año 1993. El mismo, pretende establecer una comunicación con los pacientes con Demencia por medio de la aceptación de la realidad y las convicciones tal como son experimentadas por el paciente (Abellán Vidal *et al.*, 2010).

De acuerdo con Durante Molina *et al.*, (2010) la terapia de validación representa:

- Una forma de categorizar las conductas que exhibe el anciano desorientado,
- Un método de comunicación (verbal y no verbal), y
- Una teoría de orientación psicodinámica.

La validación significa aceptar los sentimientos del adulto con Demencia; reconocer las reminiscencias, pérdidas y necesidades que hay tras su conducta, utilizando la empatía para sintonizar con sus sentimientos.

Se trata de una terapia que incluye: reflejar los sentimientos de la persona, ayudarle a expresar necesidades humanas insatisfechas, restaurar los roles sociales, facilitar los sentimientos de bienestar y estimular la interacción con otros, sin entrar en discusiones sobre la lógica o irrealidad de sus expresiones. Esta técnica se puede aplicar de modo individual o grupal.

A continuación se enuncian las pautas generales a tener en cuenta para el trabajo grupal de validación (Durante Molina *et al.*, 2010):

- Antes de comenzar la sesión preparar los materiales que se necesitarán.
- Los pacientes han de estar en el mismo estadio de desorientación.
- Identificar y asignar papeles a los participantes (por ejemplo, presentador, cantante, etc.) según sus capacidades residuales.
- Cada sesión ha de incluir música, movimiento, alimento y conversación.
- Es necesario proyectar y asumir un formato de grupo.

Naomi Feil (1993), plantea el uso de la validación para los estadios de desorientación de adultos con Demencia y propone intervenciones en base al enfoque de la comunicación (Tabla 9).

Tabla 9. Uso de la validación. Estadios de desorientación de Feil (Durante Molina *et al.*, 2010).

Estadio de desorientación	Enfoque para la comunicación
Mala orientación. Aún está en contacto con la realidad.	Intervención individual y utilización del humor. Se emplean las palabras quién, qué, cuándo y dónde para explorar.
Tiempo de confusión. Buen recuerdo de hechos pasados. Incapacidad para pensar racionalmente y para recordar hechos recientes. Mantiene la	Centrado en los sentimientos como medio de comunicación (expresados de manera verbal y no verbal). Alivian ansiedad y estrés.

capacidad de expresar sentimientos como amor, odio, miedo a la separación y lucha por la identidad.	
Movimientos repetitivos.	Validación. Algún lenguaje, pensamiento racional y/o interacción social pueden ser restauradas.
Desorientación/ baja interacción. No son conscientes de estímulos externos, la actividad no es espontánea, y los movimientos son lentos y sin propósito. Ya no expresan sentimientos.	Bienestar físico e higiene. Contactos físicos (amables, suaves) para mostrar amor y cuidado. Transmitir sentimientos de calor y bienestar.

2.8.3.4. Reminiscencia

Técnica terapéutica definida como un proceso que ocurre naturalmente cuando la persona que mira hacia atrás en su vida y reflexiona sobre las experiencias pasadas, incluyendo dificultades y conflictos sin resolver (Butler, 1963).

Originalmente fue utilizada para ayudar a las personas mayores sin diagnóstico de Demencia, pero en el año 1980 se convirtió en una terapia aplicable también a personas con Demencia, especialmente con EA y Demencia vascular (Balo García & Gonzáles-Abraldes Iglesias, 2011).

La reminiscencia es, básicamente, una técnica y una actividad de comunicación que se centra en la memoria intacta o los recuerdos del paciente y constituye una forma placentera de debate e intercambio grupal (Durante Molina *et al.*, 2010).

Tiene como objetivo mejorar la memoria, favorecer la creatividad y aumentar la resocialización de los pacientes estimulando la conversación, así

como también el incremento de la autoestima, satisfacción personal, bienestar y la satisfacción por la vida (Abellán Vidal *et al.*, 2010).

Típicamente, implica sesiones grupales en las que los participantes son alentados a hablar de sucesos pasados, usualmente asistidos con ayudas técnicas como fotografías, música, objetos, videos, etc. Además de alentar la aparición de recuerdos individuales, en el grupo también se estimula al recuerdo de situaciones vividas por todos en un mismo periodo de tiempo, como por ejemplo: acontecimientos políticos, sociales, modas musicales, tipos de vestimenta, etc. (Arango Lasprilla, 2006).

Según Balo García & Gonzáles-Abraldes Iglesias (2011), la terapia de reminiscencia se caracteriza por provocar el recuerdo sistemático de memorias antiguas (autobiográfica y remota/retrógrada). Se trata de centrar el recuerdo de la persona en aspectos personales de los acontecimientos vividos y no tanto en la búsqueda de la perfección del recuerdo y de su correcta localización episódica.

Las funciones sociales de la reminiscencia incluyen: el desarrollo de las relaciones, el entretenimiento, un modo de relatar la historia y proporcionar conocimientos a los más jóvenes y un método tradicional de dejar un legado a los miembros de la familia. Mientras que las funciones intrapersonales de la reminiscencia comprenden: la mejora del estatus; la formación de la identidad; la resolución, reorganización y reintegración de la propia vida; la creación de un sentido de continuidad personal; el autoentrenamiento y la autoexpresión (Durante Molina *et al.*, 2010)

Por otro lado, es necesario aclarar que hablar de terapia de reminiscencia no significa lo mismo que la *terapia de revisión de vida*.

El término revisión de vida se utiliza para referirse al proceso de revisión, organización y evaluación del cuadro o escena vital de cada paciente de manera individual. Es una forma de recuerdo estructurado que ayuda a la persona a formular su historia vital de acuerdo con las metas y anhelos que se habría marcado.

Si bien, ambas técnicas tienen en común el uso de “disparadores” para estimular y favorecer la aparición del recuerdo, la revisión de vida requiere un mayor *insight*, energía y guía por parte del terapeuta.

2.8.3.5. Estimulación sensorial

Mediante el enfoque de estimulación sensorial se pretende conseguir un despertar sensorial en la persona con Demencia y su conexión con el mundo que la rodea (Pérez Muñano *et al.*, 2012).

La estimulación sensorial, utilizada desde TO a través de distintas actividades, tiene como objetivo principal incrementar la discriminación y la sensibilidad de los sentidos mediante la estimulación de todos los receptores sensoriales, ampliando así la capacidad y la oportunidad del adulto mayor para interactuar con el entorno (Durante Molina *et al.*, 2010).

Esta técnica puede ser aplicada en diferentes etapas de la Demencia ofreciendo los estímulos que sean más adecuados, considerando las necesidades del adulto mayor. En fases tempranas de la enfermedad, la estimulación sensorial favorece a mantener activa la capacidad de percepción y prevenir el deterioro funcional, ya que con el paso del tiempo cambia el modo en que los sentidos proporcionan información acerca del mundo y estos cambios sensoriales pueden tener gran repercusión sobre el estilo de vida, la

comunicación y el disfrute de las actividades del adulto mayor (Gómez-Ulla de Irazazábal, Abrales López-Veiga, Cabanas Rodríguez & Rossi Izquierdo, 2011). Un ejemplo de estimulación con tal fin es el “Proyecto GYMSEN (Gimnasia Sensorial)”, financiado por el programa Europeo Erasmus+ y reproducido en Italia, España, Grecia y República Checa. Este proyecto ha sido creado con el objetivo de desarrollar una metodología que ayude a prevenir y retardar el deterioro funcional y cognitivo de los adultos mayores a través de actividades que incluyen identificar y reconocer diferentes olores, sabores y aromas; describir olores y aromas; juegos de memoria olfativa y gustativa, entre otros (GYMSEN, 2015).

En etapas avanzadas de la enfermedad o cuando ya hay un diagnóstico preciso la estimulación sensorial continúa siendo un recurso útil de tratamiento, como en el caso de pacientes con EA en quienes está comprobado que estimular la percepción sensorial podría retardar la pérdida de los sentidos del olfato y el gusto (AFA Baix, 2016).

Abellán Vidal *et al.* (2010) consideran que los estímulos sensoriales se pueden ofrecer desde una modalidad sensorial determinada (musicoterapia, aromaterapia, masajes, etc.) o bien de forma multisensorial (Snoezelen). Por lo tanto, en este tipo de tratamiento, los receptores sensoriales son estimulados de manera individual o simultáneamente en un enfoque multisensorial, incidiendo en determinadas áreas de estimulación (Tabla 10).

Las salas Snoezelen o salas multisensoriales son espacios adaptados y preparados para proporcionar este tipo de estimulación.

Tabla 10. Áreas de estimulación sensorial (Durante Molina et al., 2010).

Táctil	Discriminación de varias texturas y contacto corporal.
Cenestésica y propioceptiva	Reconocimiento de los propios movimientos en relación con las articulaciones y las distintas partes del cuerpo.
Olfativa	Identificación y discriminación de olores.
Auditiva	Identificación y discriminación de sonidos y vibraciones.
Visual	Habilidad para reconocer visualmente y controlar los movimientos oculares.
Estimulación cognitiva, social y verbal	Promoción de la interacción social, estimulación y reconocimiento/concientización de las respuestas verbales.

El método Snoezelen fue desarrollado a mediados de la década del 70 con el fin de ofrecer una intervención global, destinada a proporcionar a las personas estímulos sensoriales que les faciliten una sensación de bienestar a partir de estimulación o relajación. El espacio Snoezelen como tal, favorece trabajar objetivos determinados de acuerdo al perfil sensorial de cada persona, además de facilitar la comunicación y la aparición de conductas adaptativas (ISNA, 2012).

2.8.3.6. Intervención a través de la música

En este caso la música se utiliza como un medio para la terapia.

De acuerdo con Pérez Muñano *et al.*, (2012) la música permite al terapeuta ocupacional estimular y trabajar distintas áreas como: físico-motriz, cognitiva, socioemocional y conductual.

A nivel físico-motriz, el principal objetivo será estimular y mantener la movilidad dando lugar a una mayor activación física.

También mediante el uso terapéutico de la música, se pueden potenciar todos los procesos cognitivos, trabajar la reminiscencia (evocación de recuerdos, acontecimientos personales e históricos, fechas significativas, etc.) a la vez que se estimulan funciones, como lenguaje, atención, praxias, orientación, etc.

Todas las actividades musicales tienen una importante repercusión a nivel emocional y conductual, ya que mejoran la autoestima, favorecen la relajación y disminuyen la agitación. Por lo general, las sensaciones que aparecen son positivas, puesto que la música suele estar asociada a situaciones de ocio, juego, reuniones familiares y de amigos, etc. Gracias a esto y a los sentimientos de utilidad que se generan, las personas con Demencia suelen tener una mayor predisposición a participar en este tipo de actividades, disminuyendo el nivel de apatía y favoreciendo la interacción social.

Este tipo de intervención se puede llevar a cabo en prácticamente todos los estadios de la enfermedad, ya que incluso en casos severos conservan la capacidad de cantar o tararear canciones y seguir ritmos sencillos.

2.8.3.7. Intervención a través del arte

La intervención terapéutica a través del arte, en pacientes con Demencia, suele realizarse en el encuadre de talleres artísticos o expresivos, en los cuales por medio de la manipulación de diferentes materiales como: pinceles, lápices, acrílicos, temperas, fibras, hojas, liencillos, etc., se ofrece la oportunidad de construir una imagen u objeto sensorial, a través de una

proyección artística, y en un espacio donde se estimulan los aspectos creativos del individuo (López Martínez, 2009).

Se reconoce que esta técnica tiene efectos positivos sobre el mantenimiento de rutinas y habilidades sociales en pacientes con Demencia, como así también en el estado emocional y el sentimiento de autosatisfacción en la patología (Rodríguez Cabedo, 2014).

El arte visual es la expresión de cómo se organiza e interpreta la percepción de las formas, los colores, contornos, contrastes y los movimientos. Es un proceso complejo, que involucra áreas visuales, prácticas, mnésicas y ejecutivas (Serrano, Allegri, Martelli, Taragano & Ranalli 2005).

Por medio de actividades artísticas se logra poner en juego el ejercicio de diversas habilidades, como por ejemplo, a través de la pintura se estimula (Rodríguez Cabedo, 2014):

- *La capacidad de mantener la atención:* la acción de pintar requiere y estimula la atención y la concentración.
- *Las habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas:* el ejercicio de la pintura implica trabajar la percepción de formas, la diferenciación de figura-fondo, la percepción del color, la organización espacial de los elementos, y la coordinación visomanual necesaria para la visoconstrucción.
- *La memoria procedimental:* se estimula la capacidad del individuo para aprender a través de la acción.
- *La memoria emocional:* capacidad del individuo para reconocer estímulos agradables, que evocan al pasado biográfico, o que tienen una implicación sentimental.

- *Las funciones ejecutivas*: se pone en juego capacidades de elección, organización, selección y de secuenciación.
- *Las habilidades psicomotrices*: tanto la habilidad para secuenciar movimientos, como la velocidad viso-motora o la coordinación óculo-manual, se trabajan en el ejercicio de la pintura.

Además del beneficio que ejerce la intervención artística sobre dichas habilidades, uno de los efectos principales es que logra despertar el estado de ánimo y el sentimiento de autoestima y/o autoconfianza en los pacientes.

2.8.3.8. Psicomotricidad

Es una técnica que tiene una visión global del individuo. Ve y trabaja a la persona desde todas las dimensiones y perspectivas, teniendo en cuenta sus competencias cognitivas, físicas, emocionales y socioafectivas.

Mediante la psicomotricidad podemos trabajar la conexión del paciente con su entorno más cercano a través del uso de su propio cuerpo y de sus capacidades cognitivas (Pérez Muñano *et al.*, 2012).

La actividad física ha sido considerada como un importante instrumento para los programas de prevención primaria dirigidos a los adultos mayores, así como la rehabilitación de los déficits físicos, cognitivos y funcionales.

La psicomotricidad permite trabajar y favorecer a más de una función al mismo tiempo, por ejemplo, utilizando las técnicas de estimulación cognitiva basadas en la psicomotricidad se intervienen en todas las áreas que están implicadas en el proceso de ejecución del movimiento, desde la memoria, atención, orientación espacial y las gnosias hasta los músculos encargados de

realizar la acción, ejerciendo además influencia sobre la dimensión emocional y social del paciente (Balo García & Gonzáles-Abraldes Iglesias, 2011).

Un programa de intervención psicomotriz tendrá como objetivos potenciar, estimular, prevenir y mantener las capacidades psicomotoras de los pacientes con Demencia (Durante Molina *et al.*, 2010).

Para el desarrollo de una sesión se pueden utilizar diversos tipos de materiales como, por ejemplo, pelotas, aros, picas y cuerdas de diferentes colores y tamaños, música, etc. Por medio de estos materiales y a través del movimiento, el juego o el ocio se logra la asimilación del propio cuerpo, el espacio, el tiempo y una estimulación cognitiva apropiada.

Según Pérez Muñano, *et al.* (2012), la terapia de psicomotricidad engloba tres esquemas:

- Esquema corporal: hace referencia a conceptos como lateralidad, reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo, su localización y posicionamiento, equilibrio y coordinación.
- Esquema espacial: a partir del cual se trabaja la posición del propio cuerpo en relación al entorno que le rodea y así se estimulan conceptos como delante/detrás, cerca/lejos, arriba/abajo, etc.
- Esquema temporal: comprende las nociones de duración, orden, ritmo, periodicidad, etc., que servirán a la persona, por ejemplo, para organizar su día a día o planificar una actividad.

Estos tres esquemas se ven afectados en las Demencias, por ello, es una técnica muy beneficiosa y útil, ya que proporciona la posibilidad de que el sujeto trabaje todos estos conceptos al mismo tiempo. Es un trabajo que le

permitirá generalizar estas experiencias al desempeño de sus ocupaciones. Coincidiendo, Balo García & Gonzáles-Abraldes Iglesias (2011), describen que todas las acciones que se desarrollan en las sesiones de psicomotricidad pueden ser transferidas a la vida cotidiana, por lo que su aprendizaje y entrenamiento va a fomentar su independencia repercutiendo positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

2.8.3.9. Adecuación ambiental y estructuración del entorno

El objetivo principal de esta intervención es compensar los déficits funcionales, acaecidos por consecuencia de la enfermedad, mediante la organización y el ajuste del medio físico del paciente (Durante Molina *et al.*, 2010).

Un entorno adaptado es aquel que está diseñado para minimizar las dificultades de ejecución del paciente, prevenir los riesgos que pueden acontecer e intentar dar soluciones (Corregidor Sánchez *et al.*, 2004).

El ambiente ideal no debiera ser estresante, sino constante y familiar. El acondicionamiento del espacio y la arquitectura influye directamente sobre la conducta (Arango Lasprilla, 2006).

La intervención puede ir desde algo tan simple como colocar un reloj o un calendario con caracteres grandes hasta algo más complejo, como un diseño arquitectónico facilitador (Durante Molina *et al.*, 2010). Estas medidas deben tomarse atendiendo siempre al estudio evolutivo del paciente y sólo si son necesarias (Arango Lasprilla, 2006).

El uso efectivo de este enfoque dependerá del conocimiento que el terapeuta tenga sobre los déficits del paciente y del análisis de cómo el entorno

físico puede mejorar las destrezas persistentes o reemplazar las ya perdidas. En el diseño del programa de tratamiento el terapeuta deberá evaluar las capacidades del medio ambiente para facilitar o intervenir en las respuestas positivas del paciente (Durante Molina *et al.*, 2010).

2.8.3.10. Intervención en AVD

Las AVD comprenden el conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social (Peña Casanova, 1998).

La sistematización más habitual de las AVD las clasifica en: básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD). Las ABVD resultan indispensables para sobrevivir, las AIVD son necesarias para vivir de manera independiente y el desempeño en AAVD favorece para una vida socialmente satisfactoria (Abellán Vidal *et al.*, 2010).

Los programas de intervención sobre las AVD, en TO, tienen como objetivo principal mantener o aumentar la autonomía de los pacientes en su vida cotidiana.

El abordaje, por lo general, es individual y se trabajan actividades como alimentación, aseo personal, control de esfínteres, deambulación, entre otras. Lo más adecuado es que para su desarrollo se establezcan horarios concretos, acordes a la realidad, como por ejemplo: en la alimentación (mediodía), control de esfínteres (dos veces al día), aseo personal (antes de las comidas), etc. (Durante Molina *et al.*, 2010).

En los programas de intervención en las AVD es fundamental el papel de los terapeutas ocupacionales, tanto en la evaluación de necesidades como en el diseño del programa de intervención.

Para maximizar las conductas de independencia funcional de las personas con Demencia algunas de las estrategias que se pueden tener en cuenta son (Abellán Vidal *et al.*, 2010):

- Técnica de asistencia graduada: abarca todo un espectro de asistencia a la persona con Demencia, que consiste a proporcionar la mínima ayuda que la persona necesite en cada momento de su evolución, para así poder desarrollar sus AVD. Este espectro de actuaciones contempla la graduación, que va de mínima asistencia a máxima: a) guías verbales; b) demostración de la actividad; c) guía física; d) asistencia física parcial; e) asistencia física completa.
- Reentrenamiento de la funcionalidad: intervención individual en que se fijan conductas objetivo y se pide al paciente que las practique varias veces al día, aplicando refuerzo positivo, práctica intensiva, repetición y asistencia graduada.
- Estrategias compensatorias: utilizadas para adaptar las AVD a las discapacidades de los pacientes (utilización de agendas, alarmas, bloc de notas, etc.).
- Modificaciones ambientales: cambios que se realizan en el ambiente físico para minimizar su discapacidad.

2.8.3.11. Intervención en el área de ocio y tiempo libre

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2002) el *tiempo libre* “se define como una actividad no obligatorias, elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias, como el trabajar, el cuidado personal o dormir” (Polonio & Romero, 2010, p.444).

Por otro lado, el *ocio* se entiende como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo. Se caracteriza por acompañarse de un sentimiento de libertad y autodesarrollo. La elección y la realización de una actividad de ocio están motivadas por la diversión y la satisfacción personal (Romero & Moruno, 2003).

Es importante destacar la cantidad de tiempo libre que tiene la población de las personas mayores ya que, al eliminar el área laboral, en los mayores de 65 años, debido a la jubilación, queda el tiempo de ocupación repartido en AVD, educación, juego, tiempo libre y participación social, disponiendo de más tiempo en cada una de ellas.

El terapeuta ocupacional interviene con personas mayores en su área de ocio y tiempo libre cuando existe una disfunción en el desempeño ocupacional de esta área o cuando hay barreras que incapacitan esta área ocupacional (Corregidor Sánchez, 2010). Algunas de esas barreras pueden estar presentes en:

- Habilidades sociales o de comunicación
- Motivación y toma de decisiones
- Horarios rígidos y/o falta de tiempo
- Recursos económicos

- Déficit en habilidades precisas para participar en actividades de ocio o problemas de salud
- Presencia de barreras arquitectónicas y problemas de accesibilidad

La implementación de programas de ocio y tiempo libre en personas mayores con Demencia mejora su estado físico, mental y emocional, aumenta sus intereses, iniciativa, habilidades sociales y favorece la disminución de sentimientos de ansiedad y depresión.

REFERENCIAS

- Abellán Vidal, MT. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. [Archivo PDF]. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- Ahmed, S. (2008). Predicting rapid clinical progression in amnesic mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2008; 25(2):170-177.
- Albert, MS. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. N° 7(3):270-279.
- AFA Baix. Página oficial de la Asociación de Familiares de Mal de Alzheimer de Baix Llobregat. (2016). Accedido en Enero de 2017. Disponible en: <http://www.afabaix.org>
- Antón, E. & Núñez, C. (1996). *Tratamiento de Terapia Ocupacional en Demencia*. (Tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
- Arango Lasprilla, JC. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México, D.F. Ed. El Manual Moderno.
- Arizaga, R. (2005). En Mangone, C., Allegri, R., & Ollari, J. *Demencia: Enfoque multidisciplinario*. Argentina, Ed. POLEMOS.

- Barreiro de Madariaga, LM. & Bestoso, S. (2005). Demencias y Síndrome confusional agudo. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. & Ruglio, C. *Manual de Neurología*. (pp.127-139), Argentina, Ed. Grupo Guía S.A.
- Bustin, J. & Richly P. (2011). *Demencias para el consultorio general*. [Archivo PDF]. Argentina, Ed. Fundación INECO. Recuperado de <http://www.fundacionineco.org/guia-practica-demencias-para-el-consultorio-general/>
- Butler, RN. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26 (65-76).
- Bonifacio, A. & Jaskilevich J. (2012). *Módulo: Deterioro Cognitivo y Demencias*. [Archivo PDF]. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/314751880/Deterioro-cognitivo-y-demencias-pdf>
- Corregidor Sánchez, Moralejo González & Ávila Tato. (2004). Terapia ocupacional en psicogeriatría. Artículo del V Congreso Virtual de Psiquiatría. *Portal español de Terapia Ocupacional*. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>
- Corregidor Sánchez, AI. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid, edición: Ergon. C/ Arboleda.
- Durante Molina, P., Guzmán Iozano, S., & Altimir Losada, S. (2010). Demencia Senil. En Durante Molina & Pedro Tarrés. *Terapia Ocupacional en geriatría, principios y prácticas*. España, Ed. Elsevier Masson.

- Fernández Pérez, L., Pérez Muñano, C., Pérez Muñoz, A. & Rodríguez Pérez, I. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. [Archivo PDF]. España, Publicación de Fundación Reina Sofía, PWC. Recuperado de http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf
- Fuentes, P. (2014). Trastornos neurocognitivos en el DSM-5. *Revista Chilena de Neuro – Psiquiatría*, 52 (1), 1-66.
- Feil, Naomi. Biografía de la creadora de la Terapia de Validación. Accedido en Junio 2016, disponible en: <https://vfvalidation.org/naomi-feil-bio/>
- Geda, YE., Roberts, RO & Knopman, DS. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65:1193-1198.
- Gómez-Ulla de Irazazábal, F., Abrales López-Veiga, MJ., Cabanas Rodríguez, E. & Rossi Izquierdo, M. (2011). Deprivación Sensorial e intervención. En Millán Calenti, JC. *Gerontología y Geriatría, Valoración e intervención*. España, Ed. Panamericana.
- González Palau, F., Buonanotte, F. & Cáceres, M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Revista de Neurología Argentina*, 7 (1), 51-58. doi: 10.1016/j.neuarg.2014.08.004
- Guerrero, R., Calderón, C. & Martínez, S. (2012). La Terapia Ocupacional en demencias. *Revista Zona Hospitalaria*, 6 (37), 1-3.
- Guerrero, R., Ojer, T., Rubio, C., Rozas, A., Uya, R., Durán, P., Azcona, M., Calderón, C. & Martínez, S. (2013) Dossier de intervención del terapeuta

- ocupacional en la atención a personas con deterioro cognitivo en Navarra. *Revista TOG (A Coruña)*, 10 (18), 29.
- GYMSEN. (2015). Página oficial del proyecto GYMSEN. Accedido en Enero de 2017. Disponible en: <http://www.gymсен.eu/es/>
- INDEC: Instituto Nacional de Estadística y censos (2012). *ENCaViAM: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Principales resultados*. [Archivo PDF]. Argentina. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/300723047/29-Encuesta-Nacional-Sobre-Calidad-de-Vida-de-Adultos-Mayores-2012>
- ISNA. (2012). Asociación de estimulación sensorial y Snoezelen. Accedido en Marzo de 2016, disponible en: www.isnaespaña.es.
- ISTAART: The Alzheimer's Association International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment. (Página oficial). Accedido en Enero de 2017, disponible en: <https://www.alz.org/istaart/>
- Knopman, DS., Boeve, BF. & Petersen, RC. (2003). Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (10), 1290-1308. doi: 10.4065/78.10.1290
- Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P. & Manes, F. (2008). *Tratado de Neuropsicología Clínica, bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Argentina, Ed. AKADIA.
- López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, LF. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Revista de psicogeriatría*, 5 (1), 3-14.

- López Martínez, MD. (2009). *La intervención arte-terapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. [Archivo PDF]. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Departamento de expresión plástica, musical y dinámica). Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf?sequence=1>
- Mangone, C., Allegri, R., Arizaga, R. & Ollari, J. (2005). *Demencia: Enfoque multidisciplinario*. Argentina, Ed. POLEMOS.
- Mangone, C., Bauman, D. & Gigena, V. (2008). Evaluación neuropsicológica de las Demencias. En Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P. & Manes, F. *Tratado de Neuropsicología Clínica, bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Argentina, Ed. AKADIA.
- Martínez Rodríguez, T. (2002). *Estimulación Cognitiva: Guía y material para la intervención*. España, Ed. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales.
- Millán Calenti, JC. (2011). *Gerontología y Geriatría, Valoración e intervención*. España, Ed. Panamericana.
- Muñoz Céspedes, JM. & Tirapu Ustárroz, J (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. España, Ed. SINTESIS.
- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 2nd. Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62 (6), 625-683. doi:10.5014/ajot.62.6.625
- OMS. (2012). Definiciones de Terapia Ocupacional. Accedido en Junio de 2016, disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.com>.
- OMS. (2016). Demencia: nota descriptiva. Accedido en Junio de 2016, disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/

- Peña-Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista de Neurología*, 27 (27), 1.
- Petersen, RC., Doody, R., Kurz, A., Mohs, RC., Morris, JC., Rabins, PV., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*.58(12):1985-92.
- Petersen, RC. (2003). *Mild Cognitive Impairment: Aging to Alzheimer's Disease*. New York, NY: Oxford University Press; 2003: 1-14.
- Petersen, RC. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256 (3), 183-194. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x
- Polonio López, B. & Cols. (2002). *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. España, Ed. Panamericana.
- Polonio López, B. & Romero Ayuso, DM. (2010). *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. España, Ed. Panamericana.
- Roberts, RO., Geda, YE & Knopman, DS. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65:1193-1198.
- Rodríguez, J. & 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), 1-16. doi: 10.5354/0717-5346.2012.25307
- Rojas Jiménez, C. & Polonio López, B. (2002). Asistencia geriátrica. El equipo asistencial. Papel del terapeuta ocupacional. En: Polonio López, B. & Cols. *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. España, Ed. Panamericana.

- Romero, DM. & Moruno, P. (2003). *Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Juego, ocio y tiempo libre*. Barcelona, Ed. Masson.
- Serrano, C., Allegri, RF., Martelli, M., Taragano, F. & Ranalli, P. (2005). Arte visual, creatividad y demencias. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 16 (64), 418-429.
- Serrano, CM., Taragano, F., Allegri, RF., Krupitzki, H., Martelli, M., Feldman, M., Goscilo, C., Tufro, G., Loñ, L., Sarasola, D., Dillon, C. & Tamaroff, L. (2007). Factores predictores de conversión en deterioro cognitivo leve. *Revista Neurológica Argentina*, 32 (2), 75-93.
- Sitzer, DI., Twamley, EW. & Jeste, DV. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (2), 75-90. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00789.x
- Slachevsky, A. & Oyarzo, F. (2008). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación. En: *Tratado de Neuropsicología Clínica, bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Argentina, Ed. AKADIA.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2004). Terapia de orientación a la realidad. En: Arango Lasprilla, Juan Carlos. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México, D.F. Ed. El Manual Moderno.
- Taragano, F. E., Allegri, R. F., & Lyketsos, C. (2008). Mild behavioral impairment A prodromal stage of dementia. *Dementia & Neuropsychología*, 2 (4), 256–260.
- Taragano, FE., Allegri, RF., Krupitzki, H., Sarasola, D., Serrano, CM., Loñ, L & Lyketsos, CG. (2009). *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (4), 584-592.
- UBA, Facultad de Medicina. Accedido en Marzo de 2017. Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/prona_estado_new.htm

Weiner, MF. & Lipton, AM. (2010). *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. España, Ed. Panamericana.

World Alzheimer Report. (2015). *The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International (ADI), London.

CAPÍTULO 3. ESTIMULACION MULTISENSORIAL (EMS)

3.1. Historia de la EMS

La práctica de EMS se conformó en base a estudios previos y teorías que fueron abriendo el camino sensorial como método de intervención terapéutica.

A continuación se enuncian los antecedentes que conformaron la historia de la EMS (Coll Cuquerella y Gómez Fontanillas, 2013; Gómez Gómez, 2009):

- 1960**
 - Se desarrollan estudios que dan inicio al marco de referencia de IS en Norte América, aplicados en niños con discapacidad (J. Ayres).
 - Se crean los espacios multisensoriales como apoyo terapéutico positivo para personas con enfermedad mental.

- 1970**
 - Comienza a desarrollarse lo que sería la estimulación basal en niños con discapacidad (A.Frölich, 1998) y surgen las primeras experiencias que llevan el concepto del juego hacia una actividad multisensorial.
 - A mediados de los años 70, en Holanda se desarrolla el trabajo y la filosofía de intervención Snoezelen (Jan Hulsege y Ad Verhuel), la cual se extiende rápidamente hacia Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá.

- 1970/80** - Surge la necesidad de buscar un nuevo enfoque a la atención de personas con discapacidad más allá de las atenciones sanitarias básicas, ofreciendo al paciente terapias y actividades alternativas que no intervengan en la atención médica y beneficien el estado anímico de los pacientes.
- 1987** - Se crea en Whittington (Reino Unido) la primera instalación Snoezelen para adultos con deficiencia mental.
- 1990** - El método Snoezelen se difunde ampliamente a diferentes ámbitos: científico, terapéutico y de ocio.
- 2000** - En España comienza a implementarse el método Snoezelen logrando con el tiempo ampliar los servicios y variar las aplicaciones.
- 2002** - Se funda la Asociación Internacional Snoezelen (ISNA), bajo la premisa de crear un marco para trabajar conjuntamente en la búsqueda y difusión del trabajo en los espacios Snoezelen e incrementar la cooperación entre profesionales de diferentes países a través de publicaciones, investigaciones y experiencias. La Asociación trabaja además para descubrir nuevos campos y métodos de aplicación de la intervención Snoezelen y sus efectos en diferentes perfiles de pacientes.

2011 - En el marco de las III Jornadas Internacionales Snoezelen en Cataluña, se constituye ISNA - España como organización y sede propia del país.

A partir de la difusión del interés y conocimientos a cerca de la intervención Snoezelen, ISNA también se hace presente en América Latina bajo el nombre de "ISNA Latinoamérica" estableciendo un marco de cooperación entre profesionales de los países latinoamericanos interesados en la intervención multisensorial y Snoezelen. La Asociación trabaja para difundir, formar, asesorar e investigar el concepto Snoezelen/entornos multisensoriales entre profesionales de la República Argentina y países Latinoamericanos e instituciones que ofrezcan intervención multisensorial y Snoezelen, como así también ofrece formar parte de la Asociación Internacional Snoezelen (ISNA) para contribuir a la misma por medio de acciones como investigación, formación, experiencias, práctica, etc.

Si bien en nuestro país la EMS y las salas Snoezelen son recursos utilizados para el tratamiento en poblaciones con diversas características, se destaca que la mayoría de los centros y escuelas que se hallaron brindan este servicio a niños, adolescentes y jóvenes adultos con dificultades y trastornos del desarrollo de tipo cognitivos, neurológicos, motores y/o emocionales (Tabla 11). De esta manera, se considera que los adultos mayores son aún una población pendiente en la que se debería focalizar atención.

Tabla 11. Espacios Multisensoriales en Argentina.

Provincia/Ciudad/Institución	Tipo de Espacio	Población
Buenos Aires, Sarandí. Instituto del Niño SRL	Sala Multisensorial	Niños y jóvenes adultos
Mendoza, Godoy Cruz. Fundación Consentidos	Sala Multisensorial	Recién nacidos, niños y adolescentes
Buenos Aires, San Carlos de Bolívar. Escuela Especial N° 502.	Sala Multisensorial	Niños y adolescentes
Buenos Aires, Mercedes. Escuela Especial N° 503	Sala Multisensorial	Niños y adolescentes.
Santa Cruz, El Calafate. Centro Integrador Comunitario	Sala Multisensorial	Niños, jóvenes y adultos.
Santa Fé, Rafaela. Centro de Rehabilitación Neuromotora ALPI	Sala Multisensorial	Pacientes pediátricos y adultos.
Córdoba, Córdoba capital. Pequeño Cottolengo Don Orione	Sala Multisensorial	Jóvenes y adultos.
Buenos Aires, Capital federal. Instituto El Galileo	Método Snoezelen	Niños

3.2. MÉTODO SNOEZELLEN

3.2.1. Finalidad

El método Snoezelen se aplica para aumentar o disminuir el nivel de alerta, para favorecer la relajación y el bienestar, estimular la comunicación verbal o no verbal, mejorar el dialogo con el entorno y el aprendizaje, propiciar la maduración del SNC y ejercitar patrones de movimiento normales (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013).

Tales objetivos de intervención se pretenden alcanzar dentro del espacio Snoezelen, entendido como una sala especialmente adaptada con material técnicamente preparado para proporcionar experiencias sensoriales diversas (ISNA, 2012).

3.2.2 Salas Snoezelen

Las salas Snoezelen son también llamadas salas de EMS, salas sensoriales, entornos multisensoriales o espacios Snoezelen. La primera sala creada por Jan Hulsegge y Ad Verhuel (1970), se encontraba equipada con efectos simples: tinta mezclada con agua y proyectada en una pantalla, objetos táctiles, instrumentos musicales, ventilador y botellas con jabón perfumado y sabores de alimentos (Gómez Gómez, 2009). Esta sala era utilizada por los pacientes voluntariamente, en sus ratos de ocio y tiempo libre, pasando allí todo el tiempo que deseaban.

Pocos años después una compañía británica (ROMPA), instaló una sala en Gran Bretaña con afán de investigar, probar y comercializar nuevos materiales y tecnología que siguiese la línea de estimulación sensorial. Al mismo tiempo, los profesionales reconocían que la sala proporcionaba

reacciones que antes no habían sucedido en determinadas personas, como por ejemplo: lenguaje espontáneo, interés y búsqueda, expresiones faciales, acción de señalar, disminución de estereotipias, relajación, disminución de problemas conductuales, disfrute, etc. Por tal motivo, la sala se fue desarrollando cada vez más en dirección a la terapia y a la creación de un espacio de trabajo por medio de lo sensorial y el bienestar (Huertas Hoyas, 2009).

El ambiente de la sala Snoezelen se caracteriza por estar colmado de estímulos pero se percibe como seguro y posibilita la estimulación de los sentidos a toda persona, sin ninguna excepción a causa de su nivel cognitivo (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013).

3.2.2.1 Tipos de salas

El método Snoezelen permite trabajar objetivos determinados e individualizados de acuerdo al perfil sensorial de cada persona, al mismo tiempo que ofrece distintas salas favoreciendo a la selección de la más acorde según se necesite. Existen tres tipos de salas con objetivos específicos (Mirón Pérez, Cebrián López & Castillo Moreno, 2012):

- ❖ *Sala Blanca*: son las más usadas y comunes. Diseñada con ausencia de color para resaltar la iluminación, la música y los elementos que se desea que el usuario preste atención. Su objetivo principal es alcanzar la relajación y la estimulación sensorial por medio del descubrimiento de la espontaneidad (*imagen 1*).
- ❖ *Sala Negra*: caracterizada por la luz negra, aquella luz morada fluorescente que implica que determinados colores resplandezcan

bajo el enfoque de ella. Este tipo de salas facilitan el aprendizaje (causa-efecto, la semántica, orientación espacial y temporal, etc.), el movimiento y la búsqueda. Es de gran utilidad para usuarios con discapacidad visual y problemas de atención ya que se le facilita la información con altos contrastes (*imagen 2*).

- ❖ *Sala aventura*: se caracteriza por el material que presenta la sala, cuyos elementos permiten la actividad perceptivo-motora y sensorial por medio de obstáculos, cuerdas colgantes, sorpresas, cilindros huecos, grandes pelotas, etc. (*imagen 3*).



Imagen 1: sala blanca



Imagen 2: sala negra



Imagen 3: sala aventura

Con respecto al uso, las salas puede utilizarse como instrumento de evaluación, de intervención, de comunicación y de ocupación (Carbajo Vélez, 2014). Como instrumento de evaluación porque es un lugar idóneo para evaluar la respuesta de los pacientes ante distintos estímulos; como instrumento de intervención porque es un apoyo técnico útil y de libre disposición, un recurso más para trabajar; como instrumento de comunicación ya que permite a los pacientes manifestarse y relacionarse con el mundo que les rodea; y por último, es un instrumento de ocupación adecuado y adaptado a las necesidades y capacidades de cada paciente.

3.2.2.2. Materiales

Las salas Snoezelen no son espacios estandarizados, no son todas iguales ni llevan los mismos elementos, sino que cada profesional puede seleccionar los materiales convenientes para crear una sala (Mirón Pérez *et al.*, 2012).

Los materiales suelen organizarse en diferentes espacios donde se trabajaran los distintos estímulos: visuales, olfativos, gustativos, táctiles, auditivos, comunicativos e interactivos, de relajación (Gómez Gómez, 2009), propioceptivos y vestibulares (Mirón Pérez *et al.*, 2012). A continuación se nombran algunos de ellos, de acuerdo al estímulo que representan:

- Estímulo visual: luces de diferentes colores y tonalidades, fibras ópticas, rueda de efectos, columnas de aire, de burbujas, pintura fluorescente, linternas, paneles de pared con efectos de luz, proyector de luz e imágenes, dibujos, etc.

- Estímulo olfativo: difusores de aromas, pelotas aromatizadas, aceites con esencias, olores relacionados con la rutina diaria (comidas, lugares, etc.).

- Estímulo gustativo: alimentos líquidos y/o sólidos.

- Estímulo táctil: diferentes texturas, temperaturas, volúmenes, columna de burbujas (emite vibraciones), fibra óptica (ofrece suavidad), piscina de pelotas, etc.

- Estímulo auditivo: panel de sonidos, equipo de música, columnas de aire, instrumentos musicales, etc.

- Estímulo para la comunicación e interacción: paneles táctiles, pulsadores, micrófonos, etc.

- Estímulo para la relajación: colchonetas con vibración, camas de agua, asientos, mecedoras, etc.

- Estímulo propioceptivo: sillas y almohadas vibratorias, pelotas, mantas con peso, suelo vibrante, piscina de pelotas, etc.

- Estímulo Vestibular: cama de agua, hamacas, silla mecedora, etc.

El profesional que aborde la sesión seleccionará el material (actividad estructurada) o permitirá que sea la persona la que explore (actividad libre) y experimente diferentes sensaciones con los materiales que haya elegido, es decir, se opta por crear un entorno pasivo en el que el paciente se sumerge en una atmósfera de seguridad y calma o en un entorno activo basado en la interacción con el entorno.

3.2.3. Modalidad de trabajo

La sala Snoezelen no posee un manual de instrucciones para su uso, pero es favorable tener en cuenta ciertos *factores* para que se convierta en una herramienta de trabajo valiosa (Huertas Hoyas, 2009):

La atmósfera: es importante crear un ambiente confortable, seguro y saludable, con materiales dispuestos para su uso y adecuados para el paciente.

Las elecciones: es bueno permitir al paciente explorar, decidir qué mirar, oler, sentir, ya que no implica alejarse de los objetivos planteados.

Uso correcto del tiempo: se refiere a ofrecer los estímulos de a poco (uno por uno), para que las sensaciones surjan y permanezcan en un ambiente relajado.

Repeticiones: es importante reconocer cuando el paciente no percibe el estímulo, porque su percepción o procesamiento es más lento de lo esperado, y necesita volver a experimentarlo; como así también cuando el estímulo provoca reacciones adversas y es necesario evitarlo nuevamente.

Actitud profesional: no sólo se debe observar y valorar al paciente, sino también influir hacia una conducta agradable para contribuir a un buen clima. En este caso entran en juego las habilidades del profesional para saber estimular sin sobrecargar, guiar, sorprender y demás a cada paciente.

En la sala Snoezelen se pueden trabajar dos tipos de *relaciones*: la relación terapeuta-usuario (comunicación sensorial) y la relación usuario-ambiente (Snoezelen –EMS-), (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013). La comunicación sensorial utiliza la estimulación de los sentidos como un medio para acercarse al paciente y comunicarse con él, restableciendo en la

medida de lo posible las bases socioafectivas que van a permitir la comunicación (Sangrador Zarzuela, 2012).

Las sesiones en sala Snoezelen tienen una duración aproximada de 30 minutos por paciente y, generalmente, se realizan de manera individual.

El tipo de trabajo puede diferenciarse según su *carácter* lúdico, sensorial o motor. El lúdico permite a cualquier persona canalizar sus inquietudes o pretensiones sin otro objetivo que el de divertirse; el sensorial fomenta que el paciente disfrute de los estímulos a los que habitualmente no tiene acceso; y el motor puede estimular la movilidad del paciente o relajarlo (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013).

3.2.4 Objetivos de la intervención en la sala

De acuerdo con Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas (2013), el *objetivo general* de esta intervención es favorecer el bienestar de los pacientes más frágiles, que por sus características o patologías no pueden acceder con facilidad a otras actividades, proporcionándoles un tiempo y un espacio para disfrutar libremente sin que las expectativas de nadie influyan en su comportamiento, que se interrelacionen con los diferentes aromas, música, luces, texturas, estimulando todos los sentidos posibles.

Mientras que como *objetivos específicos* de tal intervención las autoras proponen:

- Estimular los sentidos
- Favorecer el aumento de sentimientos de confort, tranquilidad y calma
- Favorecer la disminución de comportamientos disruptivos

- Aumentar la autoestima
- Favorecer la interacción de los pacientes con el medio, facilitándoles estímulos que normalmente no tienen a su alcance

La función principal de la sala es proporcionar un ambiente con estímulos sensoriales para agudizar los sentidos primarios, el funcionamiento vestibular y la propiocepción (Mirón Pérez *et al.*, 2012).

Según Kwok (2003) las funciones que se pueden promover en un espacio Snoezelen son:

- La relajación
- La autoconfianza y el autocontrol
- Incentivar la exploración y capacidades creativas
- Establecer una buena comunicación
- Proporcionar sensación de bienestar
- Promover la capacidad de elección
- Aumentar la atención y concentración
- Reducir alteraciones conductuales

Básicamente, la finalidad de intervenir en espacios multisensoriales es exponer al paciente a diferentes estímulos controlados que le permita experimentar ciertas sensaciones por medio del descubrimiento (Gómez Gómez, 2009 & Sangrador Zarzuela, 2012).

3.3. Fundamento teórico

3.3.1. Estímulo, sensación y percepción

Todo ser humano es un ser inacabado que crece y se transforma a través de las experiencias de su entorno (Sangrador Zarzuela, 2012). La

posibilidad de percibir todo aquello que nos rodea ocurre gracias a que la información se presenta en forma de *estímulos*, constituyendo señales externas o internas capaces de provocar una reacción.

La *percepción* es la actividad mental que organiza la sensación y crea la experiencia del mundo que nos rodea. Mientras que la *sensación* es la actividad de los órganos sensoriales evocada por la interacción del organismo con su medio, la percepción resulta de la combinación de la sensación con la actividad interna del cerebro (Maldonado, 2008).

De acuerdo con el neuropsicólogo Luria (1984) las sensaciones se clasifican en tres grupos:

-Interoceptivas: las cuales llegan del interior del organismo. Estas sensaciones figuran entre las más difusas.

-Propioceptivas: son las que informan sobre la situación y postura del cuerpo en el espacio, con receptores en músculos y superficies articulares.

-Exteroceptivas: son las que hacen llegar la información procedente del mundo exterior. Constituyen el grupo fundamental de sensaciones que une al ser humano con el medio circundante a través de los órganos sensoriales (visual, auditivo, táctil, gustativo y olfatorio).

Según la terapeuta ocupacional Jean Ayres (1998), las sensaciones son corrientes de estímulos eléctricos que, al igual que los estímulos químicos, se convierten en impulsos nerviosos que se transmiten de neurona a neurona hasta formar una cadena ascendente que va desde el órgano sensorial hasta diferentes zonas del cerebro. Los órganos sensoriales son quienes captan la información que luego se convierte en percepciones organizadas (Ayola Cuesta Palacios, 2009).

Cada contacto con la realidad objetiva se establece a través de la percepción sensorial, pero cada individuo lo percibe de manera diferente. A partir de las impresiones sensoriales cada uno crea su propio mundo, es decir su realidad subjetiva (Sangrador Zarzuela, 2012).

3.3.2. Sistemas sensoriales

El sistema nervioso es el responsable de procesar la información que se percibe a través de los receptores sensoriales. Cada sentido cuenta con una célula receptora encargada de traducir la energía del estímulo en señales reconocibles y manejables para el organismo. Esas señales son transportadas por vías nerviosas específicas hasta los centros nerviosos correspondientes, donde la llegada de la información provocará la sensación y su posterior análisis permitirá la percepción (Gerrin & Zimbardo, 2005).

Mediante la EMS todo se percibe a través de los sistemas: táctil, auditivo, visual, gustativo, olfatorio, vestibular, propioceptivo (Carbajo Vélez, 2014), para potenciar todas las entradas sensoriales (Cid Rodríguez & Camps Llauradó, 2010). Se describen a continuación:

- Sentido del tacto

El sentido del tacto es uno de los primeros sentidos que se desarrolla en un ser humano, y está activo desde antes del nacimiento.

La piel tiene numerosos receptores que permiten recibir sensaciones táctiles, de presión, textura, calor o frío, dolor y de movimiento. Los receptores son quienes envían los impulsos hacia la médula espinal o nervios craneales para luego dirigirlos hacia el tallo cerebral. Los núcleos del tallo cerebral que

procesan las entradas táctiles nos dicen si algo está tocando nuestra piel, si eso es doloroso, frío, caliente, mojado o rasposo. Mientras que los detalles de la localización y forma de los estímulos se procesan en áreas sensoriales de la corteza cerebral (Ayres, 1998).

El tacto permite realizar destrezas y en diversas circunstancias brinda sentimiento de comodidad y seguridad.

Existen dos funciones principales del sistema táctil: una es la protección y la otra es la discriminación.

La función del contacto de protección está neurológicamente ligada al sistema límbico del cerebro. Este sistema se describe como el centro del control emocional con conexiones directas a las respuestas primitivas de lucha o huida. La función protectora de la piel es refleja y principalmente inconsciente, con sensaciones táctiles que se clasifican, en forma automática, como tranquilizadoras, sedantes, familiares o en reacciones de peligro. Mientras que, Las funciones de discriminación de la piel son tareas conscientes y cognitivas que se aprenden a través de la experiencia. Estas incluyen la localización, reconocimiento y estereognosias del contacto. La localización se refiere al saber en qué parte del cuerpo se nos está tocando; el reconocimiento táctil es necesario para identificar características de los objetos tales como tamaño, forma, textura y el peso de éstos, y la estereognosia es el reconocimiento de los objetos mediante el tacto (Montagu, 1978; Cohen, 1987; Ricketts, 2008 & Ayres, 1979).

Estimular el sentido del tacto proporciona información acerca del medio ambiente, del propio cuerpo y permite crear una representación mental de las diferentes partes del cuerpo (Isaac García, 2006).

Mediante la EMS para este sentido es importante ofrecer la posibilidad de experimentar diferentes sensaciones táctiles, utilizando elementos con distintas texturas, temperaturas, vibraciones, etc. (Cid Rodríguez & Camps Llauradó, 2010).

- Sentido de la vista

La retina es un receptor sensible a las ondas luminosas del ambiente. La luz estimula la retina para que mande la entrada sensorial visual a los centros de procesamiento del tallo cerebral. Estos centros procesan los impulsos y los relacionan con otro tipo de información sensorial, especialmente con aquella que proviene de los músculos, las articulaciones y el sistema vestibular. Esta integración del tallo cerebral forma nuestra conciencia básica del ambiente que nos rodea y de la localización de las cosas en ese ambiente.

Es así que, los núcleos del tallo cerebral mandan los impulsos a otras partes del mismo tallo y el cerebelo para que se integren con mensajes motores que van hacia los músculos que mueven los ojos y el cuello. Además, parte de la entrada sensorial llega a las áreas visuales de la corteza cerebral, donde se efectúa una discriminación fina y precisa de los detalles visuales, con la ayuda de la información de otros sentidos. Este es el proceso neural que nos permite seguir con los ojos y la cabeza un objeto en movimiento, apreciar su forma, color, etc. (Ayres, 1998).

En la EMS, los elementos visuales tienen una gran importancia para contribuir a crear una atmósfera agradable, de relajación (Cid Rodríguez & Camps Llauradó, 2010), y para favorecer a que el paciente tome consciencia y busque la fuente de luz (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013). Algunos

de los elementos visuales de estimulación que se pueden utilizar son: bola de espejos giratoria, columna de burbujas, el haz de fibras ópticas, proyectores, entre otros.

- Sentido de la audición

Las ondas sonoras que viajan por el aire estimulan los receptores vestibulares del oído interno para mandar impulsos a los centros auditivos del tallo cerebral. Estos núcleos procesan los impulsos auditivos junto con los impulsos provenientes del sistema vestibular, de los músculos y de la piel.

Algunos impulsos auditivos viajan a otras partes del tallo cerebral y del cerebelo para integrarse con otras sensaciones y mensajes motores. Luego la información auditiva, integrada con otra información sensorial, se dirige a distintas partes de los hemisferios cerebrales. Esto es necesario para encontrarle significado a lo que oímos (Ayres, 1998).

Las actividades destinadas a esta área de estimulación tienen como objetivo el tomar consciencia de la fuente sonora y localizarla o, simplemente, disfrutar de ella. Para llevar a cabo estas actividades podemos utilizar materiales muy diversos como: cascabeles, música, tubos sonoros de burbujas, pelotas con cascabeles, trompetas de presión, cajas de música, etc. (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013).

- Sentido del gusto y del olfato

En los seres humanos, los sentidos del gusto y del olfato no tienen la representación cortical extensa que tienen la visión, el oído y el tacto. Al

contrario que estos sentidos, donde los estímulos son distintas formas físicas de energía, para el gusto y el olfato son químicos (Kolb & Whishaw, 2003).

Para el gusto, los receptores son los poros gustativos. Las sustancias químicas de los alimentos se disuelven en la saliva que cubre a la lengua y se dispersan a través de aquella hasta alcanzar los receptores gustativos.

Por su parte, la superficie receptora del olfato es el epitelio olfativo, ubicado en la cavidad nasal, encargado de transportar la información olfativa.

El olfato y el gusto están estrechamente interrelacionados y una disminución de la función de un sentido, a menudo, afecta la función del otro. El gusto se complementa en un 80% con el sentido del olfato, y junto a las sensaciones de textura, temperatura y viscosidad, dan paso a lo que se denomina sabor, un aspecto quimiosensorial más complejo y completo, donde la audición y la visión también colaboran para esta manifestación sensorial, que brinda el deleite y disfrute durante la alimentación.

Si bien parecen respuestas a estímulos sensibles simples, tenemos que considerar la función sensorial en un contexto mucho más complejo donde intervienen diferentes áreas cerebrales en conjunto con la memoria evocativa que permiten arribar a la percepción del sabor en una combinación de sensaciones gustativas y olfatorias (Clerici, Frossard & Soler, 2016).

Las actividades de EMS destinadas a estos sentidos tienen como objetivo tomar consciencia del olor, lograr asociar/identificar un olor con una persona u objeto concreto o sencillamente disfrutar del estímulo, utilizando materiales como: plantas aromáticas, colonias, difusor de olores, flores, jabones, etc. (Coll Cuquerella & Gómez Fontanillas, 2013).

- Sentido de propiocepción

La propiocepción es el sentido que informa al cerebro cuándo y cómo los músculos se contraen o estiran y cuando y como las articulaciones se inclinan, extienden, traccionan o son comprimidas. Esta información permite al cerebro saber dónde está cada parte del cuerpo y cómo se está moviendo (Ayres, 1979).

Este sistema nos permite sentir la posición de nuestras extremidades para ejercer el control motor y determinar o graduar la cantidad de fuerza que se necesita para realizar acciones específicas.

La propiocepción se dirige por la medula espinal hacia el tallo cerebral, cerebelo, y parte de ella hasta los hemisferios cerebrales. Casi toda la entrada propioceptiva se procesa en regiones del cerebro que no producen un estado de conciencia, por lo cual, es poco frecuente notar las sensaciones de los músculos y de las articulaciones a menos que se ponga atención específica a los movimientos (Ayres, 1998).

Los estímulos propioceptivos mediante EMS, tendrán como objetivo favorecer el reconocimiento de las partes del cuerpo, la localización del mismo, su posición en el espacio, etc. Algunas de las actividades que se llevan a cabo incluyen el uso de materiales con peso, vibración y movimiento.

- Sistema vestibular

El sistema vestibular se localiza en el oído interno, en una estructura denominada “laberinto”, donde se encuentran los receptores vestibulares.

Este sistema responde a la posición de la cabeza en relación con la gravedad y el movimiento acelerado o retardado, lineal o rotatorio.

Las sensaciones vestibulares se procesan, en su mayoría, en los núcleos vestibulares y en el cerebelo. Algunos impulsos se dirigen desde el tallo cerebral hacia los hemisferios cerebrales. Los que descienden por la medula espinal interactúan con otros impulsos sensoriales y motores para ayudarnos con la postura, el equilibrio y el movimiento, mientras que los que ascienden a los niveles superiores del cerebro, interactúan con impulsos táctiles, propioceptivos, visuales y auditivos para darnos la percepción del espacio, la posición y orientación en el mismo (Ayres, 1998).

La importancia del funcionamiento del sistema vestibular se refleja en la influencia que tiene sobre algunas estructuras y acciones del cuerpo, como por ejemplo (Ricketts, 2008):

- Influencia en los músculos de los ojos y del cuello para:
 - Seguir objetos visualmente
 - Mover los ojos desde un punto al otro
 - Mantener un campo visual estable
- Influencia en los músculos del cuerpo para:
 - Generar tono muscular
 - Graduar los movimientos, realizándolos con la exactitud y coordinación adecuada.
- Influencia en las respuestas de postura y equilibrio para:
 - Mantener el equilibrio
 - Controlar los ajustes espontáneos del cuerpo
 - Facilitar la contracción conjunta de los músculos
 - Generar extensión protectora y otras reacciones de equilibrio

La estimulación vestibular promueve la relajación, asiste el descenso del tono muscular, favorece al equilibrio postural, entre otros efectos.

En EMS para generar sensaciones vestibulares se utilizan materiales como: colchón de agua, silla mecedora, pelotas grandes, hamacas, etc.

3.4. Intervención sensorial en Demencias

Durante la última década, la aplicación clínica de EMS y Snoezelen se ha extendido a la atención de personas con Demencia, valiéndose de las capacidades sensoriomotoras residuales de estos pacientes, a través de un enfoque no directivo y facilitador, con la finalidad de promover comportamientos positivos, reducir las conductas no adaptativas y favorecer la interacción y la comunicación (López-Almela & Gómez-Conesa, 2011).

Es por ello que dicha intervención terapéutica está cobrando gran importancia y generando en la comunidad científica un nuevo campo de investigación (Cid Rodríguez & Camps Llauradó, 2010).

En la Tabla 12 se puede apreciar una selección de investigaciones realizadas en base a intervenciones sensoriales en el tratamiento de pacientes con Demencia, desde el año 1993 hasta 2016.

Los estudios pretenden alcanzar determinados objetivos por medio de la implementación de técnicas de intervención sensorial específicas.

En algunos casos se utiliza el programa de estimulación sensorial desarrollado por Ross y Burdick (Monsalve Robayo & Rozo Reyes, 2009; Molsalve Robayo, Korenfeld Kaplan, Guarín Caro & Buitrago Narváez, 2013; Robichaud, Hebert & Desrosiers, 1993) basado en la adaptación de la teoría de IS para el tratamiento de personas con trastornos degenerativos. Dicho

programa pretende generar estimulación progresiva en diferentes canales sensoriales y con conexiones de centros neurológicos cada vez más altos, para favorecer la producción de respuestas adaptativas a través de la acción (Ross & Burdick, 1981).

Para la aplicación de las sesiones de trabajo, Ross y Burdick (1981) establecieron cinco etapas, que permiten organizar los estímulos presentados y evocar respuestas de acuerdo a la actividad que se da en cada una de las zonas del sistema nervioso central:

Etapa 1: En esta primera etapa el objetivo principal es alertar los sistemas sensoriales, incrementar la conciencia del yo y del cuerpo, activar los sistemas reticulares, nervios craneales y la estimulación de sentidos como el olfato, el tacto y la audición.

Este proceso busca que la persona mayor centre su atención y se motive a iniciar una actividad que promueva la organización del comportamiento y disminuya sintomatologías como irritabilidad, falta de concentración y el temor a enfrentarse a otras personas.

El estímulo utilizado para iniciar el proceso corresponde al contacto táctil con presión profunda, dado que este sistema es el más importante para determinar el comportamiento, media las primeras experiencias con el mundo y representa la forma de expresar afecto o agresión. La estimulación propioceptiva y táctil provee oportunidades para que la persona tenga una mayor conciencia corporal, reconozca su cuerpo en relación con el espacio, dirija atención a los movimientos que realiza e interprete el significado de estos movimientos para la ejecución de una tarea determinada.

Tabla 12. Intervenciones sensoriales en el tratamiento de Demencias desde el año 1993 hasta 2016.

Año	Título – Autores	Objetivo	Muestra	Método - Intervención	Resultados/Conclusión
1993	<p><u>Título:</u> Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Robichaud, L. - Hebert, R. - Desrosiers, J.</p>	<p>Medir la eficacia del programa de integración sensorial desarrollado por Ross y Burdick para mejorar el comportamiento y funcionamiento de las personas con Demencia.</p>	<p>40 sujetos con diagnóstico de Demencia (28 mujeres, 12 hombres, edad media de 78,4 años) de tres diferentes entornos institucionales en Quebec, Canadá.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio. Los sujetos participaron de un programa de integración sensorial que constaba de 3 sesiones de 45 minutos durante 10 semanas.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - RMBPC (Revised Memory and Behavior Problems Checklist. Teri, 1992). - PSBADL (Psychogeriatric Scale of Basic Activities of Daily Living. Laberge & Gauthier, 1990).</p>	<p>El programa de integración sensorial no tuvo un efecto significativo sobre los comportamientos del grupo de estudio. Antes de etiquetar este tipo de programa como ineficaz, son necesarios otros estudios para determinar si la modificación de la frecuencia de las sesiones, el número de sujetos y los instrumentos de medición dan lugar a resultados similares.</p>
1997	<p><u>Título:</u> Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia.</p> <p><u>Autores:</u></p>	<p>Investigar los efectos a corto y largo plazo del entorno Snoezelen en el comportamiento, estado de ánimo y</p>	<p>Pacientes con Demencia concurrentes de un hospital de día.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio. Algunos pacientes participaron de 8 sesiones de Snoezelen, y otros de 8 sesiones de actividad cotidiana.</p>	<p>A largo plazo los principales beneficios se reflejaron en el dominio de la conducta social perturbada. En el entorno del hogar, no hubo una diferencia altamente</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Baker, R. - Dowling, Z. - Wareing, L. A. - Dawson, J. - Assey, J. 	<p>cognición de pacientes con Demencia, y obtener una comprensión de los procesos que ocurren dentro del entorno Snoezelen.</p>		<p>Se realizaron evaluaciones previas, a mitad del estudio y después. El seguimiento se llevo a cabo en los hogares y en el hospital de día. Las calificaciones de comportamiento y estado de ánimo también se hicieron antes, durante y después de cada sesión.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CAPE (Procedimientos de Evaluación para los Ancianos. Clifton, 1979). - Escala BMD (Perturbación del estado de ánimo. Greene, 1982). - MMSE (Folstein, 1975). - Escala Interac (Baker y Dowling, 1995). 	<p>significativa entre los dos grupos a favor de Snoezelen, y en el ámbito hospitalario era casi significativa. Hubo mejoras a corto plazo en el comportamiento y el estado de ánimo después de las sesiones, y la comunicación fue significativamente mejor durante las sesiones Snoezelen en comparación con las sesiones de actividad.</p>
1998	<p><u>Título:</u> The effects of multisensory environments on older people with</p>	<p>Evaluar los efectos de la exposición de personas mayores con Demencia a un ambiente</p>	<p>29 personas mayores con diagnóstico Demencia.</p>	<p>Implementación de salas de estimulación, mediante la utilización de una serie de objetos y materiales.</p>	<p>Los datos recogidos de 29 pacientes demostraron que se trató de una experiencia positiva en términos de respuesta a los equipos y</p>

	dementia. <u>Autor/a:</u> - Hope, KW.	multisensorial.			efectos en el comportamiento.
2001	<u>Título:</u> A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. <u>Autores:</u> - Baker, R. - Bell, S. - Baker, E. - Gibson, S. - Holloway, J. - Pearce, R. - Dowling, Z. - Thomas, P. - Assey, J. - Wareing, LA.	Investigar los efectos que tiene la EMS en el comportamiento, estado de ánimo y la cognición de adultos mayores con Demencia.	50 pacientes con diagnóstico de Demencia moderada a severa asignados al azar a grupos de actividad o EMS.	Ensayo controlado aleatorio. Los pacientes participaron en 8 sesiones de 30 minutos durante un período de 4 semanas. Las calificaciones de comportamiento y estado de ánimo fueron tomadas antes, durante y después de las sesiones para investigar los efectos inmediatos. Las evaluaciones de seguimiento se tomaron para investigar cualquier generalización de los efectos sobre la cognición, el comportamiento en el hospital de día y el comportamiento y estado de ánimo en el hogar.	Después de las sesiones de EMS y de actividad los pacientes hablaron de manera más espontánea, relacionándose mejor con los demás, y se encontraron más activos o alertas. Ambos grupos estuvieron más atentos que antes a su entorno, con una mejoría mayor en el grupo de EMS. Este grupo además mostró una mejora significativa en el estado de ánimo y el comportamiento en el hogar.
2003	<u>Título:</u> Effects of multi-	Evaluar si la EMS es más eficaz que	136 pacientes con diagnóstico de	Ensayo controlado aleatorio.	Hubo mejoras limitadas a corto plazo para ambos

	<p>sensory stimulation for people with dementia.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baker, R. - Holloway, J. - Holtkamp, CC. - Larsson, A. - Hartman, LC. - Pearce, R. - Scherman, B. - Johansson, S. - Thomas, PW. - Wareing, LA. - Owens, M. 	<p>una actividad controlada (juegos de cartas, mirar fotografías, ejercicios interactivos, etc.) para modificar el comportamiento, estado de ánimo y la cognición de los adultos mayores con Demencia.</p>	<p>Demencia (Reino Unido, Países Bajos y Suecia) se asignaron al azar en los grupos de EMS y de actividad controlada.</p>	<p>Los pacientes participaron en 8 sesiones de 30 minutos durante 4 semanas. Las calificaciones de comportamiento y estado de ánimo fueron tomadas antes, durante y después de las sesiones.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE (Folstein, 1975). - BRS (The Behaviour Rating Scale. Pattie & Gilleard, 1979). - REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker tool. Baker & Hall, 1988). - BMD (The Behaviour and Mood Disturbance Scale. Greene, 1982). 	<p>grupos, inmediatamente después de las sesiones.</p>
2004	<p><u>Título:</u> A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with</p>	<p>Evaluar el efecto de Snoezelen en el estado de ánimo y el comportamiento de pacientes con Demencia, en</p>	<p>20 pacientes con diagnóstico de Demencia y agitación significativa de su comportamiento.</p>	<p>Diseño cruzado aleatorio controlado. Cada paciente recibió 3 sesiones de Snoezelen y 3 de Terapia de Reminiscencia durante 2 semanas, con una</p>	<p>Ambas intervenciones tuvieron un efecto positivo. Las diferencias observadas entre las intervenciones eran pequeñas para el cambio</p>

	<p>dementia.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baillon, S. - Van Diepen, E. - Prettyman R, - Redman, J. - Rooke, N. - Campbell, R. 	<p>comparación con el efecto de una Terapia de Reminiscencia.</p>		<p>duración de 40 minutos cada sesión.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE (Folstein, 1975). - The Clinical Dementia Rating Scale (Hughes et al., 1982). - The 'Sum-of-Boxes' scoring method (Berg et al., 1988). - The Cohen-Mansfield Agitation Inventory short form (14 items) (Cohen-Mansfield et al., 1989). 	<p>en comportamiento agitado y el ritmo cardíaco.</p> <p>Se requiere de una investigación adicional, con un mayor número de sujetos y un adecuado control para establecer los beneficios de Snoezelen en diferentes etapas de la Demencia.</p>
2004	<p><u>Título:</u></p> <p>Multisensory Environments for Leisure: Promoting Well-being in Nursing Home Residents With Dementia.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cox, H. - Burns, I. - Savage, S. 	<p>Examinar la eficacia de dos tipos de entornos multisensoriales para la mejora del bienestar de personas mayores con Demencia.</p>	<p>24 residentes de hogar de ancianos, con diagnóstico de Demencia.</p>	<p>Los dos entornos multisensoriales consistían en una sala Snoezelen y otra de jardinería. Estos ambientes se compararon con las actividades cotidianas desempeñadas en la sala de estar del hogar. Se midió la respuesta observada durante el tiempo de permanencia</p>	<p>Por medio de entrevistas a cuidadores y visitantes se determinó cuales eran los componentes de los entornos más utilizados y disfrutados por los residentes y las formas en que podrían mejorarse para maximizar el bienestar.</p>

				en la sala Snoezelen, en el jardín y en la sala de estar.	
2004	<p><u>Título:</u> Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women who have a dementing illness.</p> <p><u>Autor/a:</u> - Cornell, A.</p>	Explorar la eficacia de Snoezelen en mujeres con diagnóstico de Demencia, y determinar la eficacia a largo plazo después de que el tratamiento ha cesado.	4 mujeres con diagnóstico de Demencia (etapa moderada a grave).	<p>Diseño de estudio de caso único. Las 4 mujeres participaron en sesiones Snoezelen 2 veces por semana durante un período de 4 semanas. Se observó el estado de ánimo/comportamiento.</p> <p><u>Instrumento de evaluación:</u> - Interact y escalas de calificación (Baker & Dowling, 1995).</p>	Hubo un cambio positivo en todas las pacientes en el estado de ánimo/comportamiento por una duración de 30 minutos después de cada sesión de Snoezelen. Se concluye que los resultados de este estudio apoyan la idea de que los entornos Snoezelen ofrecen un valioso complemento a la atención de las personas mayores con Demencia.
2004	<p><u>Título:</u> Using multi-sensory environments (MSEs) with people with dementia.</p> <p><u>Autor/a:</u> - Hope, KW. - Waterman, HA.</p>	Examinar la utilización de salas multisensoriales como un complemento a la atención de personas mayores con Demencia.	52 pacientes hospitalizados en el departamento de psiquiatría de la vejez. 1 sala de EMS. Staff personal de 29 personas.	Investigación exploratoria de cuatro años. Tres áreas de influencia se han explorado: la esperanza de los resultados, la predisposición del personal para participar en esta forma de terapia, y la influencia de la organización hacia la	Los resultados de este estudio pueden considerarse para tratar de cambiar y mejorar la práctica de la atención. Sobre la base de los resultados se ofrecen recomendaciones, cuyo foco es la promoción activa de este tipo de tratamiento.

				terapia.	
2007	<p><u>Título:</u> Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con Demencia tipo Alzheimer (DTA).</p> <p><u>Autores:</u> - Molsalve Robayo, Angélica María. - Rozo Reyes, Claudia Marcela.</p>	Realizar una aproximación teórica al uso de la integración sensorial como medio para generar conductas adaptativas en personas con DTA.		Se exponen consideraciones acerca del concepto de Demencia, su epidemiología, estadíos, la relación entre las funciones cerebrales y la neuropatología de la DTA, así como las modalidades de tratamiento desde la disciplina de Terapia Ocupacional, haciendo hincapié en el uso de la integración sensorial.	Se describe el enfoque de tratamiento organizado por etapas, incluyendo las estrategias de estimulación sensorial y cognitiva y los beneficios terapéuticos, de acuerdo con los estadios de la enfermedad y los niveles de producción de respuestas para efectos positivos en el SNC.
2007	<p><u>Título:</u> The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit.</p>	Mejorar la independencia en las AVD, reducir la agitación y la apatía.	24 pacientes con diagnóstico de Demencia (moderada-severa).	Estudio aleatorio. Los 24 pacientes con diagnóstico de Demencia, asignados al azar, se dividieron en dos grupos: uno recibió Snoezelen en combinación con tratamiento psiquiátrico estándar y otro participó de una actividad estructurada en combinación con la atención psiquiátrica	Los resultados indicaron que los pacientes tratados con Snoezelen combinado con la atención psiquiátrica, mejoraron el nivel de independencia en las AVD y disminuyeron los niveles de agitación y apatía.

	<u>Autores:</u> - Staal, JA. - Sacks, A. - Matheis, R. - Collier, L. - Calia, T. - Hanif, H. - Kofman, ES.			estándar. El protocolo consistió en 6 sesiones, de 25 a 30 minutos, y se llevó a cabo en el transcurso de 2 semanas.	
2008	<u>Título:</u> Programa de estimulación multisensorial para enfermos de Alzheimer: alteraciones de la conducta. <u>Autores:</u> - Jaso Margarit, M. - Gómez Conesa, A.	Exponer cómo se manifiestan e influyen las alteraciones neuropsiquiátricas durante un programa de EMS.	15 pacientes con diagnóstico de EA, con edad media de 78,3 años.	Se aplicó un programa de EMS. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE (Folstein, 1975). - RDRS-2 (Escala de evaluación rápida de la discapacidad. Linn, 1982). - índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1995). - GDS (Reisberg, 1982). - NPI (Neuropsychiatric Inventory. Cummings, 1994).	La apatía e indiferencia fueron las alteraciones conductuales más frecuentes. Los pacientes mostraron estas alteraciones en los momentos iniciales de la intervención y las aumentaron en el momento en que entendieron la actividad. Los problemas de agresividad no fueron frecuentes, pero dificultaron la realización del programa.
2008	<u>Título:</u> Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-	Examinar si las sesiones de EMS tenían un efecto beneficioso en el comportamiento	21 pacientes con diagnóstico de Demencia (según criterios del DSM-IV para la demencia)	Estudio aleatorio. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a 1 de 3 grupos. El grupo control	Según lo medido, hay una tendencia a mejores resultados con el aumento de sesiones Snoezelen por semana,

	<p>week single-blind randomized controlled pilot study.</p> <p><u>Autores:</u> - Milev, RV. - Kellar, T. - McLean, M. - Mileva, V. - Luthra, V. - Thompson, S. - Peever, L.</p>	<p>de adultos con Demencia, en comparación con los efectos de la atención habitual.</p>	<p>que residen en un centro de atención. Durante el estudio hubo 2 muertes y 1 deserción, por lo tanto se analizaron los datos de los 18 pacientes que restaban.</p>	<p>no recibió tratamiento experimental. El segundo grupo tenía 1 sesión de Snoezelen por semana, y el tercer grupo tenía 3 sesiones de Snoezelen por semana durante 12 semanas. Cada sesión se extendió durante 30 minutos.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - DOS: observación diaria.</p>	<p>lo cual fue estadísticamente significativo en las semanas 8 y 12. Esta diferencia continuó durante 12 semanas después de terminado el tratamiento. EMS puede ser una adición útil para el cuidado de pacientes de edad avanzada con Demencia.</p>
2009	<p><u>Título:</u> Use of multisensory environments in the home for people with dementia.</p> <p><u>Autor/a:</u> - Riley-Doucet, CK.</p>	<p>Explorar la viabilidad y efectividad del uso de entornos multisensoriales en el domicilio de personas con Demencia.</p>	<p>Hogares de personas con diagnóstico de Demencia.</p>	<p>Diseño de investigación cualitativo. El entorno multisensorial ofrecía estimulación visual, auditiva, táctil y olfativa en una habitación de diseño, a través de una variedad de luces, música, aromas y objetos táctiles.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - Entrevistas semiestructuradas y de</p>	<p>En general, se descubrió que la EMS promueve un ambiente tranquilo y relajado en el hogar, lo que ayudó a la persona con Demencia a atender más a su entorno inmediato y mejorar las interacciones familiares.</p>

				<p>autopercepción para el cuidador.</p> <p>Las notas de campo y entrevistas grabadas de audio fueron transcritas para el análisis de datos.</p>	
2009	<p><u>Título:</u> Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la Demencia a largo plazo.</p> <p><u>Autores:</u> - van Weert, J.C.M. - Bensing, J.M.</p>	<p>Investigar la eficacia de la EMS a largo plazo sobre la conducta de residentes de hogares de ancianos con diagnóstico de Demencia y sobre la función de los cuidadores.</p>	<p>65 residentes de hogares de ancianos, con diagnóstico de Demencia (moderada a grave).</p>	<p>Diseño cuasiexperimental de pre y post prueba, en el que se compararon seis plantas psicogerítricas que implementaron la EMS en la asistencia de 24hs y otras seis de control que continuaron recibiendo la asistencia habitual. Los análisis se efectuaron en el nivel inicial y 18 meses después.</p>	<p>Los residentes que recibieron EMS experimentaron un efecto positivo sobre la conducta apática, la depresión, la pérdida del decoro, la conducta rebelde y la agresividad. Además, se registraron cambios positivos en el bienestar y la conducta adaptativa.</p>
2009	<p><u>Título:</u> Integración sensorial y Demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación.</p> <p><u>Autores:</u></p>	<p>Revisar los principios y métodos de la integración sensorial y su influencia en el sistema nervioso central, para ser aplicada a personas mayores</p>		<p>Se expone el fundamento teórico y la aplicación de la integración sensorial a través de las cinco etapas del enfoque de Ross y Burdick (1981).</p>	<p>El uso del enfoque de integración sensorial en personas con Demencia tipo Alzheimer requiere más investigaciones mediante estudios experimentales.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Monsalve Robayo, Angélica María. - Rozo Reyes, Claudia Marcela. 	con DTA.			
2009	<p><u>Título:</u> Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients.</p> <p><u>Autores:</u> - Ozdemir L. - Akdemir, N.</p>	Investigar y evaluar los efectos de la EMS en los estados cognitivos, la depresión y los niveles de ansiedad en pacientes con EA (fase leve).	27 pacientes con diagnóstico de EA (fase leve).	<p>Diseño cuasiexperimental.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE (Folstein, 1975). - Escala de Depresión Geriátrica. - Escala de Ansiedad de Beck. Administrados un día antes de comenzar el estudio, inmediatamente después de su finalización, y tres semanas después de su fin.</p>	El método de EMS tuvo efectos positivos en los pacientes con respecto al estado cognitivo, el nivel de depresión y ansiedad, efectos que continuaron durante tres semanas tras la finalización de la intervención del estudio, con una tendencia a disminuir progresivamente.
2009	<p><u>Título:</u> The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility.</p>	Comparar la incidencia de la conducta problemática entre individuos con EA, residentes de un centro de atención a largo plazo, que	14 Residentes de una Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de EA divididos en: grupo experimental y grupo control.	<p>Se aplica programa de EMS.</p> <p><u>Instrumento de evaluación:</u> - PBAR (Psychotic Behavior Assessment Record).</p>	El uso de EMS, como una intervención no farmacológica, demostró la capacidad de disminuir el número de incidencias de comportamiento disruptivo o problemático.

	<u>Autores:</u> - Ward-Smith, P. - Llanque, SM. - Curran, D.	recibieron y no recibieron EMS.			
2010	<u>Título:</u> Multisensory Stimulation to Improve Functional Performance in Moderate-to-Severe Dementia—Interim Results. <u>Autores:</u> - Collier, L. - McPherson, K. - Ellis-Hill, C. - Staal, J. - Bucks, R.	Explorar en qué medida la EMS influye en el rendimiento funcional de personas con Demencia (moderada a severa).	54 participantes con diagnóstico de Demencia fueron identificados para su inclusión en el estudio, sin embargo, sólo 30 participaron finalmente.	Diseño de estudio simple ciego aleatorio. La muestra se dividió en dos grupos, recibiendo cada uno un protocolo determinado de tratamiento: por un lado EMS (tubos de burbujas, fibras ópticas, música de elección, aromas, frutas cítricas, etc.), y por otro una actividad de control (jardinería). <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE (Folstein, 1975). - GBS (The Gottfries Brane Steen scale). - The Assessment of Motor and Process Skills.	Los resultados apoyan el uso de la EMS como una estrategia para mejorar el rendimiento funcional en personas con Demencia.
2010	<u>Título:</u> Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-	Determinar si las intervenciones de Snoezelen, Terapia de Reminiscencia y	20 hogares de ancianos (Alemania) asignados al azar en grupos de	Ensayo controlado aleatorio. De los grupos experimentales uno tomó sesiones de Snoezelen,	Este ensayo contribuye a la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el

	<p>minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berg, A. - Sadowski, K. - Beyrodt, M. - Hanns, S. - Zimmermann, M. - Langer, G. - Becker, C. - Lautenschläger, C. - Behrens, J. 	<p>activación de 10 minutos son efectivas para reducir la apatía en pacientes con diagnóstico de Demencia, que residen en hogares de ancianos.</p>	<p>estudio.</p>	<p>otro Terapia de Reminiscencia estructurada y otro activación de 10 minutos, mientras que el grupo control recibió comunicación verbal no estructurada.</p> <p>Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, 3, 6 y 12 meses después del comienzo de las intervenciones.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE (Folstein, 1975). - AES (Apathy Evaluation Scale). - NPI-NH: Neuropsychiatric Inventory (Nursing Home). - SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale-Revised). - SRS (Smiley Face Rating Scale). - CDR (Clinical Dementia Rating). 	<p>cuidado de la Demencia.</p>
--	--	--	-----------------	---	--------------------------------

<p>2011</p>	<p><u>Título:</u> Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Cruz, J. - Marques, A. - Barbosa, AL. - Figueiredo, D. - Sousa, L.</p>	<p>Examinar los efectos de un enfoque motor y multisensorial en el comportamiento de residentes con Demencia (moderada a severa).</p>	<p>6 residentes con diagnóstico de Demencia moderada a severa.</p>	<p>Un grupo único, diseño pre y post test. Se implementaron las estrategias de EMS en las rutinas de cuidado matutinas, a cargo del personal luego de que el mismo recibiera capacitación y asistencia.</p> <p><u>Instrumento de evaluación:</u> - 12 grabaciones de vídeo de la atención matutina (6 antes y 6 después de la intervención) se codificaron según el tipo de comportamiento de los residentes.</p>	<p>Los resultados mostraron una tendencia hacia la mejora en la mirada directa, la risa y una reducción de los ojos cerrados en los residentes durante el cuidado de la mañana. Además de una mejoría en el compromiso y la atención hacia el medio ambiente.</p>
<p>2011</p>	<p><u>Título:</u> Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized</p>	<p>Investigar la influencia de estímulos multisensoriales de una sala Snoezelen en el equilibrio de las personas con Demencia.</p>	<p>24 residentes (edad promedio de 86 años) de un hogar de cuidado, con diagnóstico de Demencia. Se asignaron al azar a los grupos de intervención y control.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio. 9 participantes del grupo de intervención completaron 30 minutos de sesión en sala Snoezelen 2 veces por semana durante 6 semanas; mientras que 10 participantes del</p>	<p>Las observaciones demostraron que las interacciones de los participantes con los elementos de la sala Snoezelen, en base a movimientos oculares, sensaciones vibratorias y actividades de patada, se pueden utilizar como</p>

	<p>controlled trial.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klages, K. - Zecevic, A. - Orange, JB. - Hobson, S. 		<p>19 participantes completaron el estudio.</p>	<p>grupo control recibieron visitas de voluntarios durante la misma cantidad de tiempo. Se evaluó el equilibrio estático y dinámico al inicio del estudio y después de la intervención. La frecuencia de las caídas se registraron seis semanas antes, durante y después de la intervención.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The Functional Reach Test. - The eyes-open Sharpened Romberg. - The Timed Up and Go. - Test with and without dual task, assessed static and dynamic balance at baseline and after the intervention. 	<p>estímulos para mejorar el equilibrio.</p> <p>Debe ampliarse la investigación para potenciar e influir en el equilibrio en las personas con Demencia a través de la intervención Snoezelen en hogares de cuidado a largo plazo.</p>
2013	<p><u>Título:</u></p> <p>Estimulación multisensorial</p>	<p>Evaluar el beneficio de Snoezelen para el</p>	<p>10 pacientes (8 hombres y 2 mujeres) con edad</p>	<p>Diseño de línea doble aleatorio. Intervención en sala</p>	<p>El uso de Snoezelen en pacientes con Demencia puede ser efectivo para</p>

	<p>(Snoezelen) en el manejo de los trastornos de conducta en pacientes con Demencia.</p> <p><u>Autores:</u> - Sánchez, M. - Cejudo, JC. - Monllau, A. - Amores, F. - Blanco, J. - Serrano, D.</p>	<p>manejo de los trastornos de conducta en pacientes con diagnóstico de Demencia.</p>	<p>promedio entre 50 y 84 años. Diagnósticos: DTA: 6 Demencia mixta: 3 DFT: 1</p>	<p>Snoezelen. Dominios valorados en sala: ansiedad, comunicación, placer, adaptación, afectividad.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - CDR (Clinical Dementia Rating). - GDS-FAST. - Índice de comorbilidad de Charlson. - Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1995). - MMSE (Folstein, 1975).</p>	<p>el control de la agitación. Los estímulos sensoriales tienen capacidad de ampliar el contacto con el entorno y neutralizar algunos trastornos de conducta. Las sesiones periódicas pueden contribuir a mantener su efecto, ajustándose a los ciclos sintomáticos.</p>
2013	<p><u>Título:</u> Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve.</p> <p><u>Autores:</u> - Molsalve Robayo,</p>	<p>Analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo de rehabilitación cognitiva basado en el funcionamiento sensorial de personas</p>	<p>Un grupo de 4 personas mayores de 55 años con diagnóstico de DCL.</p>	<p>Estudio pre – post. La muestra participó de un protocolo de rehabilitación cognitiva, elaborado en base a las 5 etapas propuestas por Ross y Burdick, bajo los principios de integración sensorial. Consistió en 3 sesiones semanales de 60 minutos durante 5</p>	<p>Se evidenció el mantenimiento de habilidades como atención y funciones ejecutivas en 2 de los participantes y en el resto un mejor desempeño cognitivo en áreas como la orientación, memoria, percepción, operaciones racionales y en la</p>

	<p>Angélica María. - Korenfeld Kaplan, Valerie. - Guarín Caro, Andrea. - Buitrago Narváez, Lina María.</p>	mayores.		<p>semanas. Se evaluaron los dominios cognitivos, la independencia en AIVD y la percepción de la carga del cuidador.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE (Folstein, 1975). - Trail Making Test (AyB). - Índice de Lawton & Brody. - LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment). - Entrevista de carga del cuidador de Zarit.</p>	ejecución de AIVD.
2014	<p><u>Título:</u> Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial.</p>	<p>Evaluar los efectos a largo plazo de la EMS en habitación Snoezelen en pacientes con Demencia.</p>	<p>30 pacientes con diagnóstico de Demencia asignados aleatoriamente en 3 grupos: grupo de EMS, grupo de actividades individuales (actividad), y grupo control.</p>	<p>Estudio longitudinal controlado. El grupo de EMS participó en sesiones en sala, el grupo de actividad en sesiones de actividades con demandas intelectuales y/o físicas, y el grupo control continuó con las rutinas diarias, incluyendo estimulación</p>	<p>Los resultados mostraron que la EMS puede tener a largo plazo efectos positivos en algunos de los síntomas neuropsiquiátricos de las personas institucionalizadas con diagnóstico de Demencia. Los pacientes tratados con EMS mostraron una</p>

	<u>Autores:</u> - Maseda, A. - Buján, A. - Sánchez, A. - Marante, MP. - González-Abraldes, I. - Millán-Calenti, JC.			cognitiva, formación en AVD, etc. Todos los pacientes fueron evaluados antes, durante, al final y 8 semanas después de completar la intervención. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - CMAI: Inventario de Agitación Cohen – Mansfield - NPI-NH: versión española del Inventario Neuropsiquiátrico de Hogar de Ancianos - CSDD: Escala de Cornell para medir depresión en Demencia - MMSE (Folstein, 1975). - GDS - Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1995).	mejoría en su conducta, disminuyendo la agresividad.
2014	<u>Título:</u> Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical	Evaluar los efectos de la EMS en una sala Snoezelen y de sesiones de	30 participantes con diagnóstico de Demencia, divididos en 3 grupos de 10.	Estudio longitudinal controlado. El grupo de EMS participó en una sala Snoezelen que incluía	Tanto las sesiones de actividad como de EMS parecen ser terapias adecuadas para el tratamiento de personas

	<p>Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?.</p> <p><u>Autores:</u> - Maseda, A. - de Labra, C. - Sánchez, A. - Marante, MP. - González Abraldes, I. - Millán-Calenti, JC.</p>	<p>actividad (uno a uno) con respecto al estado de ánimo, el comportamiento y los parámetros biomédicos (frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno en la sangre).</p>		<p>varios elementos que estimulaban los sentidos; el grupo de actividad participó en sesiones de uno - a-uno, en el que prevalecían las demandas físicas o intelectuales y el grupo control continuó con las actividades rutinarias. Todos asistieron a 2 sesiones semanales de 30 minutos, durante 16 semanas.</p> <p><u>Instrumentos de evaluación:</u> - Escala Interac (Baker y Dowling, 1995). - Medidores de frecuencia cardíaca y oxígeno en sangre.</p>	<p>con Demencia. Inmediatamente después de las sesiones, los pacientes hablaban más espontáneamente, se relacionaban mejor con los demás, siendo más atentos a su entorno, activos / alertas y más relajados. Aunque ambos grupos mostraron una mejoría en los índices fisiológicos después de las sesiones, no resultó ser una diferencia significativa en comparación con el grupo control.</p>
2016	<p><u>Título:</u> Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review.</p>	<p>En este artículo se revisará críticamente el vínculo entre las intervenciones sensoriales y el bienestar de las personas con</p>		<p>Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas para la salud y la asistencia social. 9 documentos cumplieron los criterios de inclusión y fueron</p>	<p>Aunque los estudios evaluados variaron ampliamente en la calidad de sus metodologías, se han encontrado algunos resultados importantes y temas que vinculan la</p>

	<u>Autores:</u> - Haigh, J. - Mytton, C.	Demencia.		evaluados críticamente para identificar la calidad de la evidencia disponible y para clasificar los temas que surgen de sus resultados.	estimulación sensorial con el bienestar emocional y el compromiso ocupacional. Atender las necesidades sensoriales de las personas con Demencia puede afectar positivamente en su bienestar emocional y su capacidad de participar en las ocupaciones, lo cual podría incorporarse en el razonamiento y las intervenciones de los Terapistas Ocupacionales en el apoyo a este grupo de pacientes.
--	--	-----------	--	---	---

El proceso iniciado debe continuar con el uso de otros canales sensoriales. Está indicado que en la primera etapa se utilice un estímulo olfatorio intenso que provoque respuestas del sistema límbico y alerte el sistema reticular y los nervios craneales. En la estimulación olfatoria es necesario utilizar olores placenteros y no placenteros, pues los primeros activan la región orbitofrontal medial, y los segundos, la región orbitofrontal lateral.

Otro canal involucrado en el proceso es el visual, imprescindible en el inicio de la sesión y tan vital como el vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta.

La intensidad y cantidad de estímulos determinan el modo en que la persona procesa la información y responde adaptativamente o no. La información visual proporcionada está permanentemente ligada a la estimulación auditiva que se ofrece a través de la comunicación oral, desde el inicio hasta el fin de la sesión.

Etapa 2: A partir de los logros obtenidos en la etapa 1, la atención manifestada se utiliza para mantener el equilibrio y el control postural. El movimiento actúa como organizador de la entrada de información proveniente de los sentidos.

El uso del cuerpo en las acciones motoras ayuda a integrar la información sensorial y a desarrollar el esquema corporal. Es así como en este momento de la sesión se enriquecen las sensaciones somatosensoriales a través del movimiento y la verbalización, para

adquirir mayor conciencia sobre sí mismo y las posibilidades de ejecución en el espacio.

La secuencia de los movimientos que se debe programar exige la participación inicial de grupos musculares proximales, con estimulación simultánea en los dos lados del cuerpo, y con la posibilidad de hacer transferencia de peso y sobrepasar obstáculos. Es evidente el apoyo que se requiere del sistema visual durante el desarrollo de la estimulación, pues este contribuye a la coordinación del cuerpo, al seguimiento del estímulo mediante la demostración y a mantener el equilibrio por medio de la compensación de los movimientos de la cabeza y de los ojos durante los desplazamientos.

Los patrones de movimiento utilizados durante esta etapa involucran la flexión, extensión, rotación, abducción y aducción de las grandes articulaciones del cuerpo, los cuales, combinados con el uso de los planos frontal, lateral, superior, inferior, posterior y diagonal, promueven acciones que van más allá del caminar. Con el uso de materiales adecuados y un entorno enriquecido favorecen la integración corporal.

Trabajar actividades donde se vinculen el movimiento y el desplazamiento por el espacio facilita la orientación y el manejo del cuerpo.

La planeación de las actividades exige verificar y organizar los estímulos proporcionados, con el fin de evitar riesgos físicos o emocionales que produzcan sentimientos de frustración, apatía, desmotivación o inseguridad.

Etapa 3: El terapeuta debe estructurar actividades relacionadas con la integración perceptual, la lateralidad, la planeación, el secuenciamiento y la ejecución sensoriomotora.

La estimulación ejercida a través de estas actividades tiene como base aplicar principios relacionados con el control motor y la comunicación interhemisférica.

En principio, la integración perceptual visual debe trabajarse, pues permite el control de los movimientos y facilita el desarrollo de habilidades visoespaciales dirigidas a la cognición.

La integración visoperceptual contribuye al mantenimiento del esquema corporal y a la retroalimentación de la imagen que la persona hace de sí mismo y del ambiente. Para que esto se lleve a cabo se requiere estimular cuatro mecanismos: el seguimiento visual, la constancia espacial, la percepción de la distancia y la percepción de la profundidad, mediante el uso de objetos de diferentes colores, formas y tamaños, imágenes de lugares, personas, elementos cotidianos y ambientes simulados de espacios del hogar, que exijan la combinación de actividad motriz y el uso de funciones cognitivas.

Una característica esencial durante esta etapa es el reto permanente que debe propiciar el terapeuta hacia la persona, para generarle sentido de logro y para que articule la experiencia de la sesión con la rutina diaria.

Además se trabaja realizando movimientos combinados de miembros superiores e inferiores, de integración entre los dos lados del

cuerpo y de cruce de línea media continua, con verbalización constante para colaborar con el uso de otros canales sensoriales.

La etapa 3 promueve la generación de procesos de planeación motora, los cuales se inician con la ideación y luego continúa con la planeación. Para el trabajo en esta parte de la sesión se dan instrucciones verbales y demostrativas usando, adicionalmente, refuerzo propioceptivo.

Ejecutar el movimiento depende de la información sensorial recibida antes y durante este proceso, de los elementos ambientales y de la situación de la posición corporal. Sin embargo, la voluntad y la intención sobre el movimiento son necesarias para completar el circuito que ello implica. Es entonces donde la integración de todas las estructuras cerebrales se hace necesaria. En este aspecto el terapeuta debe contar con una persona que comprenda el propósito, dispuesta a seguir instrucciones y a mantenerse activa, lo cual justifica el uso del proceso en las primeras fases de un cuadro demencial.

Etapa 4: En esta etapa la reestructuración del esquema corporal y la estimulación de la médula espinal hasta los niveles más altos de la corteza pasando por los nervios craneales, el tallo cerebral y el diencéfalo son determinantes para iniciar el proceso de estimulación cognitiva: el mayor reto de la etapa 4.

La estimulación cognitiva provee de experiencias a través de la promoción de funciones como la memoria, la orientación, el cálculo, la solución de problemas, la atención y el juicio, lo cual repercute en el

mantenimiento de la autonomía para el desempeño en actividades cotidianas.

Etapa 5: se sugiere que durante la etapa 5, posterior a realizar la intervención en el plano cognitivo, exista un espacio para las relaciones interpersonales y la interacción grupal, e iniciar así el proceso de relajación, el cual pretende fijar las sensaciones que se han proporcionado en etapas anteriores, y lograr así que se estimulen las estructuras del sistema límbico y la formación reticular. Una vez finalizada la sesión, el uso de un estímulo gustativo es fundamental para lograr este objetivo.

El terapeuta debe brindar estímulos gustativos y olfatorios que contribuyan a la fijación de los logros y respuestas cognitivas obtenidas en la etapa anterior. Los estímulos pueden ser variados entre una sesión y otra, pero siempre ofreciendo la oportunidad de sabores y olores fuertes y agradables.

Las actividades de relajación que involucran movimiento, y que son propicias en esta etapa, activan la formación reticular del tallo cerebral, por cuanto se estimula el estado de vigilia y la conciencia de los integrantes del grupo con el que se trabaja.

Las sesiones grupales cobran valor, en tanto proveen oportunidades para que las personas mayores exploren y realicen adaptaciones fisiológicas y psicológicas a los diferentes estímulos proporcionados. En este sentido, el terapeuta debe proveer un clima de

aceptación y placer, en un ambiente natural, haciendo que las actividades sean útiles para el desempeño cotidiano de los sujetos.

Este programa se desarrolla en tres investigaciones citadas que estudian a adultos mayores con diagnóstico de Demencia, DCL y DTA.

Los objetivos planteados incluyen mejorar el comportamiento y funcionamiento de las personas con Demencia (Robichaud *et al.*, 1993), revisar los principios y métodos de la integración sensorial y su influencia en el sistema nervioso central, para ser aplicada a personas mayores con DTA (Monsalve Robayo & Rozo Reyes, 2009), y analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo de rehabilitación cognitiva basado en el funcionamiento sensorial de personas mayores con DCL (Monsalve Robayo *et al.*, 2013).

Como resultado, el programa de Robichaud *et al.* (1993) no tuvo un efecto significativo sobre los comportamientos del grupo de estudio, mientras que en el trabajo de Monsalve Robayo *et al.* (2013) se evidencia el mantenimiento de habilidades como atención y funciones ejecutivas en dos de los participantes y en el resto un mejor desempeño cognitivo en áreas como la orientación, memoria, percepción, operaciones racionales y en la ejecución de AIVD. Si bien estos últimos resultados son positivos, todos los autores (Robichaud *et al.*, 1993; Monsalve Robayo & Rozo Reyes, 2009; Monsalve Robayo *et al.*, 2013), concluyeron en que son necesarios otros estudios experimentales para determinar si la modificación de la frecuencia de sesiones, el número de sujetos, y los instrumentos de medición dan lugar a resultados similares.

Por otro lado, se seleccionaron aquellas investigaciones que aplican un programa bajo el término de EMS en pacientes con diagnóstico de Demencia moderada a severa y DTA (Hope, 1998; Baker, Bell, Baker, Gibson, Holloway, Pearce, Dowling, Thomas, Assey & Wareing, 2001; Baker, Holloway, Holtkamp, Larsson, Hartman, Pearce, Scherman, Johansson, Thomas, Wareing & Owens, 2003; Hope & Waterman, 2004; Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008; Riley-Doucet, 2009; Ozdemir & Akdemir, 2009; Ward-Smith, Llanque & Curran, 2009; Collier, Pherson, Ellis-Hill, Staal & Bucks, 2010; Cruz, Marques, Barbosa, Figueiredo & Sousa, 2011).

Para las técnicas sensoriales utilizan objetos y materiales como: luces, sonidos, tubos de burbujas, aerosoles de fibra óptica, aromas, música, etc. (Hope, 1998; Baker *et al.*, 2003; Riley-Doucet, 2009; Collier *et al.*, 2010), con el objetivo de reconocer qué efectos produce en adultos mayores con diagnóstico Demencia una EMS (Hope, 1998), cómo influye en el comportamiento, estado de ánimo y cognición (Baker *et al.*, 2001; Baker *et al.*, 2003; Cruz *et al.*, 2011), en el rendimiento funcional de personas con Demencia moderada a severa (Collier *et al.*, 2010) y en las alteraciones neuropsiquiátricas, depresión, ansiedad y problemas de conducta en pacientes con enfermedad de Alzheimer (Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008; Ozdemir & Akdemir, 2009; Ward-Smith *et al.*, 2009). Además, otros investigadores evalúan la EMS como complemento para la atención de personas mayores con Demencia (Hope & Waterman, 2004) y como intervención terapéutica en domicilio (Riley-Doucet, 2009).

Con respecto a los resultados de algunas de estas investigaciones, los autores encuentran que durante y luego de la intervención de EMS disminuyen los comportamientos disruptivos, surgen efectos positivos en el

comportamiento, estado de ánimo, estado cognitivo, nivel de depresión, ansiedad y rendimiento funcional, y aumenta el grado de atención dirigida hacia el ambiente que los rodea (Hope, 1998; Baker *et al.*, 2001; Baker *et al.*, 2003; Ozdemir & Akdemir, 2009; Ward-Smith *et al.*, 2009; Collier *et al.*, 2010; Cruz *et al.*, 2011). Por su parte, Hope & Waterman (2004) concluyen en que la utilización de EMS puede considerarse para tratar de cambiar y mejorar la práctica de atención a adultos mayores con Demencia y Riley-Doucet (2009), descubre que la EMS promueve un ambiente tranquilo y relajado en el hogar del paciente con Demencia, lo que facilita su atención hacia el entorno inmediato y mejora las interacciones familiares.

En último lugar se hará referencia a aquellos trabajos de investigación que estudiaron el método Snoezelen aplicado en pacientes con diagnóstico de Demencia (Baker, Dowling, Wareing, Dawson & Assey, 1997; Cox, Burns & Savage, 2004; Milev, Kellar, McLean, Mileva, Luthra, Thompson & Peever, 2008; Berg, Sadowski, Beyrodt, Hanns, Zimmermann, Langer, Becker, Lautenschläger & Behrens, 2010; Klages, Zecevic, Orange & Hobson, 2011; Maseda, Buján, Millán-Calenti, Sánchez, Marante & González-Abraldes, 2014; Maseda, de Labra, Sánchez, Marante, González-Abraldes & Millán-Calenti, 2014;), en niveles leves – moderados – severos (Staal, Sacks, Matheis, Collier, Calia, Hanif & Kofman, 2007; Cornell, 2004; van Weert & Bensing, 2009), con comportamiento agitado (Baillon, Van Diepen, Prettyman, Redman, Rooke & Campbell, 2004), DTA, DFT y Demencia mixta (Sánchez, Cejudo, Monllau, Amores, Blanco & Serrano, 2013).

En estos casos, la metodología de estimulación se desarrolla dentro de una sala Snoezelen equipada y diseñada específicamente con fines

terapéuticos. Los objetivos que impulsaron a la realización de los estudios incluyen reconocer los efectos que genera el método Snoezelen, a corto y largo plazo, en el comportamiento, estado de ánimo y cognición de los pacientes (Baker *et al.*, 1997; Cornell, 2004; Milev *et al.*, 2008; van Weert & Bensing, 2009; Maseda, Buján *et al.*, 2014), como influye en el equilibrio y bienestar (Cox *et al.*, 2004; Klages *et al.*, 2011), en parámetros biomédicos (Maseda, de Labra *et al.*, 2014), en los trastornos de conducta (Sánchez *et al.*, 2013) y sobre la función de los cuidadores (van Weert & Bensing, 2009). Además de reconocer si benefician la independencia en AVD, reducen la agitación y la apatía (Staal *et al.*, 2007; Berg *et al.*, 2010).

La mayoría de los estudios pretenden comparar los efectos de una intervención Snoezelen frente a otros tipos de abordajes terapéuticos, como por ejemplo, Terapia de Reminiscencia, actividades con demandas intelectuales y/o físicas y actividades de rutina habitual e institucional (estimulación cognitiva, entrenamiento en AVD, jardinería, visitas de voluntarios, etc.). Mientras que otros autores analizan el estado de un grupo de pacientes antes y luego de recibir sesiones de Snoezelen, o comparan dos o más grupos antes y después de participar en diferente cantidad de sesiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos, autores como Baker *et al.* (1997), Cornell (2004) y Maseda, de Labra *et al.* (2014) concluyen en que los pacientes experimentan mejoría inmediata en su comportamiento, estado de ánimo y comunicación luego de las sesiones de Snoezelen. Mientras que a largo plazo, según Maseda, Buján *et al.* (2014) y Baker *et al.* (1997), los resultados muestran efectos positivos en algunos síntomas neuropsiquiátricos de las personas con Demencia institucionalizadas (conducta social, agresividad).

En otros estudios se reconoce que tanto la intervención Snoezelen como la terapia seleccionada de comparación, tienen efectos positivos en el tratamiento de adultos mayores con Demencia (Berg *et al.*, 2010; Baillon *et al.*, 2004).

Mientras que los autores Staal *et al.* (2007), van Weert & Bensing, (2009) y Sánchez *et al.* (2013) reconocen el valor del método Snoezelen para generar mayor independencia en las AVD, disminuir la agitación y la apatía, y generar cambios positivos en el bienestar y la conducta adaptativa.

Por su parte, Milev *et al.* (2008) consideran que la intervención sensorial Snoezelen puede ser una adición útil para el tratamiento de la Demencia, y cuanto mayor sea la frecuencia de sesiones terapéuticas mayor será la posibilidad de obtener buenos resultados.

En la crítica que realizan Haigh & Mytton (2016), al vínculo entre las intervenciones sensoriales y el bienestar de las personas con Demencia, resuelven que aunque los estudios evaluados variaron ampliamente en la calidad de sus metodologías, se han encontrado algunos resultados importantes y temas que vinculan la estimulación sensorial con el bienestar emocional y el compromiso ocupacional.

Concluyen que atender las necesidades sensoriales de las personas con Demencia puede afectar positivamente en su bienestar emocional y su capacidad de participar en las ocupaciones. Lo cual, sugieren que puede ser incorporado en el razonamiento y las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en el apoyo a este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

- Ayola Cuesta Palacios. (2009). *Integración Sensorial*. [Archivo PDF]. Recuperado de [http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion %20 sensorial.pdf](http://www.agapasm.com.br/Artigos/Integracion_%20sensorial.pdf)
- Ayres, A.J. (1979). *Desarrollo y sentido del tacto*. Material de la cátedra de T.O en discapacidades físicas, Facultad de Ciencias de la salud y servicio social, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Ayres, A.J. (1998). *La integración sensorial y el niño*. México, Ed. Trillas.
- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (11), 1047-1052. doi: 10.1002/gps.1208
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J. & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60 (5), 213-218. doi: 10.1177/030802269706000507
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J. & Wareing, LA. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 81-96.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, CC., Larsson, A., Hartman, LC., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, PW., Wareing, LA. & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 465-477.

- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., Becker, C., Lautenschläger, C. & Behrens, J. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 31 (10), 5. doi: 10.1186/1471-2318-10-5
- Carbajo Vélez, MDC. (2014). La sala de estimulación multisensorial. *Revista pedagógica Tabanque*, N° 27, 155-172.
- Chung, JCC., Lai, CKY., Chung, PMB., French, HP. (2007). Snoezelen para la demencia (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD003152/snoezelen-para-la-demencia>
- Cid Rodríguez, Ma. J., Camps Llauradó, M. (2010). Estimulación multisensorial en un espacio Snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Siglo Cero*, 41(236), 22-32.
- Clerici, R., Frossard, V. & Soler, GM. (2016). Abordaje integral en la rehabilitación funcional del olfato y del gusto desde un enfoque fonoaudiológico. *Revista FASO*, 23 (1), 5-11.
- Coll Cuquerella, E. & Gómez Fontanillas, M. (2013). Estimulación multisensorial en una sala Snoezelen. *Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología: Cuadernos gerontológicos*. N°16: 6-20.
- Collier, L., McPherson, K., Ellis-Hill, C., Staal, J., Bucks, R. (2010). Multisensory Stimulation to Improve Functional Performance in Moderate to Severe Dementia-Interim Results. *American Journal of Alzheimer`s Disease and Other Dementias*, 25 (8), 698-703. doi: 10.1177/1533317510387582

- Cornell, A. (2004). Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women who have a dementing illness. *The international journal of psychiatric nursing research*, 9 (2), 1045-1062.
- Costa Mouzo, C. (2015). *Estimulación de la comunicación a través de Terapias Alternativas en la demencia*. (Tesis de maestría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Coruña). Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/14530>
- Cox, H., Burns, I. & Savage, S. (2004). Multisensory Environments for Leisure: Promoting Well-being in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (2), 37-45.
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, AL., Figueiredo, D., Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer`s Disease and Other Dementias*, 26 (4), 282-289. doi: 10.1177/1533317511411177
- Gerring, R. & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México, Ed. Pearson Educación.
- Gómez Gómez, MC. (2009). *Aulas multisensoriales en educación especial: estimulación e integración sensorial en los espacios Snoezelen*. España, Ed. Ideas propias.
- Haigh, J. & Mytton, C. (2016). Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review. *British Journal of Occupational Therapy*, 9 (18). doi: 10.1177/0308022615598996
- Hope, KW. (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *The Journal Psychiatric Ment Health Nurs*, 5 (5), 377-385.

- Hope, KW & Waterman, HA. (2004). Using multi-sensory environments (MSEs) with people with dementia. *Sage Journals*, 3 (1), 45-68. doi: 10.1177/1471301204039324
- Huertas Hoyas, E. (2009). La sala Snoezelen en Terapia Ocupacional. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (1), 1-9.
- Isaac García, V. (2006) ¿Qué es el sentido del tacto?. Accedido en Agosto de 2016 desde <http://www.ceril.cl/index.php/12-comentarios/48-cual-es-la-importancia-del-sistema-tactil-en-el-desarrollo-del-nino-ceril>
- ISNA. (2012). Asociación de estimulación sensorial y Snoezelen de España. Accedido en Marzo de 2016, disponible en: www.isnaespaña.es
- ISNA Latinoamérica. Asociación Civil de estimulación sensorial y Snoezelen de Latinoamérica. Accedido en Enero de 2017. Disponible en www.isna-mse-la.com
- Jakob, A. & Collier, L. (2013). *How to make a Sensory Room for people living with dementia*. A guide book. [Archivo PDF]. Arts & Humanities Research Council (AHRC).
- Jaso Margarit, M. & Gómez Conesa, Antonia. (2008). Programa de estimulación multisensorial para enfermos de Alzheimer: alteraciones de la conducta. *Revista de fisioterapia*, 30 (3), 122-130. doi: 10.1016/S0211-5638(08)72969-9
- Klages, K., Zecevic, A., Orange, JB. & Hobson, S. (2011). Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25 (7), 607-616. doi: 10.1177/0269215510394221

- Kolb, B. & Whishaw, IQ. (2003). *Neuropsicología humana*. 5ta. edición. España, Ed. Panamericana.
- Kwok, HW., To, YF. & Sung HF. (2003). The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities. *Hong Kong Medical Journal*, 9 (2), 122-126.
- López Almela, A. & Gómez Conesa, A. (2011). Intervención en demencias mediante la estimulación multisensorial. *Revista de fisioterapia*, 33 (2), 79-88. doi: 10.1016/j.ft.2011.02.004
- Luria, AR. (1984). *Sensación y percepción*. Barcelona, Ed. Martínez Roca 3ª edición.
- Maldonado, P. (2008). Anatomía funcional y modelos de la percepción visual. En Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P. & Manes, F. *Tratado de Neuropsicología Clínica, bases conceptuales y técnicas de evaluación*. (167-170). Argentina, Ed. AKADIA.
- Martínez Ledesma, J., del Toro, A. (2004). Nuevos horizontes en estimulación sensorial. Snoezelen: un mundo sensorial. Portal español de Terapia Ocupacional. Accedido en Marzo de 2016, disponible en www.terapia-ocupacional.com
- Martín Martín, MT. & Cols. (2004). *Despertando sensaciones*. [Archivo PDF]. (C.P. de Educación Especial N° 1) recuperado de http://repositorio.ceposunaecija.org/upload/repositorio2011_11_07_18_38_11_2721.pdf
- Maseda, A., Buján, A., Sánchez, A., Marante, MP., González-Abraldes, I., & Millán-Calenti, JC. (2014). Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A

- Controlled Longitudinal Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (5), 463-473. doi: 10.1177/1533317514522540
- Maseda, A., de Labra, C., Sánchez, A., Marante, MP., González Abrales, I., & Millán-Calenti, JC. (2014). Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (7), 637-647. doi: 10.1177/1533317514532823
- Milev, RV., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (4), 372-376. doi: 10.1177/1533317508316681
- Mirón Pérez, T., Cebrián López, I. & Castillo Moreno, PM. (2012). *Revisión bibliográfica: Terapia Snoezelen en demencias*. (Trabajo final, Universidad de Murcia). Recuperado de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/intervencion-cognitiva-y-funcional-en-demencias/otros-recursos-1/trabajos/g9-snoezelen-en-demencias.pdf>
- Molsalve Robayo, AM. & Rozo Reyes, CM. (2007). Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer (DTA). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2), 320-331.
- Monsalve Robayo, AM. & Rozo Reyes, CM. (2009). Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 717-738.

- Molsalve Robayo, AM., Korenfeld Kaplan, Guarín Caro & Buitrago Narváez. (2013). Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (1), 71-79.
- Montagu (1978) & Cohen (1987). *Desarrollo y el sentido del tacto*. Material de la cátedra de T.O en discapacidades físicas, Facultad de Ciencias de la salud y servicio social, Universidad Nacional de mar del Plata.
- Ozdemir L. & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal of the neurological sciences*, 15 (283), 211-213. doi: 10.1016/j.jns.2009.02.367
- Ricketts, L. (2008). Terapia Ocupacional e Integración Sensorial para los Impedimentos Visuales. Accedido en Septiembre de 2016, disponible en <http://www.tsbvi.edu/106-tx-senseabilities/fall-2011/2910-terapia-ocupacional-e-integracion-sensorial-para-los-impedimentos-visuales>
- Riley-Doucet, CK. (2009). Use of multisensory environments in the home for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (5), 42-52.
- Robichaud, L., Hebert, R. & Desrosiers, J. (1993). Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (4), 355-360.
- Ross, M. & Burdick, D. (1981). *Sensory Integration. A training manual for Therapists and Teachers for regressed, psychiatric and geriatric patient groups*. EEUU, Ed. Charles B. Slack, Inc.
- Sánchez, M., Cejudo, JC., Monllau, A., Amores, F., Blanco, J. & Serrano, D. (2013). *Estimulación multisensorial (Snoezelen) en el manejo de los*

- trastornos de conducta en pacientes con Demencia*. [Archivo PDF] (Master en psicogeriatría, Hospital Sagrat Cor. Martorell, Barcelona).
- Sangrador Zarzuela, G. (2012). *Estimulación multisensorial: guía de materiales y actividades*. [Archivo PDF]. (Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid, Facultad de educación y trabajo social).
- Staal, JA., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. & Kofman, ES. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (4), 357-370.
- Van Weert, JCM. & Bensing, JM. (2009). Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Accedido en Julio de 2016, disponible en: http://www.psiquiatria.com/alzheimer_y_demencia/estimulacion-multisensorial-snoezelen-integrada-en-la-asistencia-de-la-demencia-a-largo-plazo.
- Ward-Smith, P., Llanque, SM. & Curran, D. (2009). The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24 (6), 450-455. doi: 10.1177/1533317509350153.

Parte 2

Metodología

▪ **DISEÑO METODOLÓGICO**

Este trabajo de investigación corresponde a una tesis de tipo *teórica o documental* (Mendicoa, 2003), elaborada en base a teorías y conceptos extraídos por medio de una recopilación documental, con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento del tratamiento de las Demencias en TO desde la teoría de EMS, y el método Snoezelen. Se sustenta, principalmente, en información y datos obtenidos de trabajos previos publicados en medios impresos y electrónicos.

▪ **TIPO DE ESTUDIO**

Dado el problema y los objetivos de investigación planteados, este estudio puede clasificarse como de tipo *descriptivo* (Sampieri, Collado & Lucio, 2010). Para la realización del mismo se necesitó explorar, revisar y extraer información de fuentes impresas y electrónicas, fundamentalmente con la finalidad de *describir* las características de los fenómenos, detallar cómo se encuentran en la actualidad y cómo se manifiestan, para profundizar en los conocimientos que corresponden al cuadro clínico de Demencia y las modalidades de intervención desde el área de TO en Gerontología y el marco teórico de la EMS y el método Snoezelen.

▪ **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se llevó a cabo una revisión conceptual del estado del conocimiento sobre la temática que incluye una integración, organización y evaluación de la información teórica, y recopilación y revisión crítica de la evidencia empírica

existente sobre el mismo, a fin de poder profundizar en los conceptos referidos

a:

- a) Las técnicas específicas de EMS más eficaces para el tratamiento de Demencias.
- b) Las modalidades de intervención sensorial y sus efectos en el comportamiento, estado anímico, funcionamiento cognitivo y el desempeño en AVD en adultos mayores con demencia.
- c) El rol del terapeuta ocupacional en el tratamiento de las Demencias.

Con respecto a la evidencia empírica, luego de la correspondiente búsqueda sistemática y recuperación documental, se seleccionaron 27 estudios de diferentes nacionalidades (Alemania, Canadá, Colombia, España, Reino Unido, etc.), que evalúan los efectos de una técnica de estimulación sensorial en particular en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Demencia (DTA, DFT, Demencia mixta) de grado leve – moderado o severo, publicados entre los años 1993 y 2016.

Cabe aclarar que se tuvo en cuenta sólo un estudio que realiza el muestreo con pacientes con diagnóstico de DCL, debido al interés por conocer los efectos del programa sensorial desarrollado por Ross y Burdick sobre la rehabilitación cognitiva y considerando la importancia de este deterioro como un indicio previo de una posible Demencia.

Técnicas de recolección de datos

Para llevar a cabo esta investigación se tuvo en cuenta el aporte de teorías, conceptos y estudios previos, a los cuales se logró acceder mediante la búsqueda bibliográfica en fuentes documentales impresas y electrónicas.

La recolección de información perteneciente a las fuentes impresas (libros, tesis de grado, documentos académicos) se efectuó en espacios como la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (UNMdP), la Asociación Marplatense de Terapistas ocupacionales (AMTO), librerías, y gracias al aporte bibliográfico de Terapistas Ocupacionales, especializadas en el área.

Mientras que la información correspondiente a fuentes electrónicas se obtuvo a través de la búsqueda en bibliotecas virtuales, revistas, libros, páginas y sitios oficiales mediante las siguientes palabras claves: “Demencia y estimulación sensorial”, “Demencias y estimulación multisensorial”, “Snoezelen”, “Demencia y Snoezelen” “Terapia Ocupacional y Snoezelen” “Salas Snoezelen y adultos mayores”.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- Canales, FM., Alvarado, EL., & Pineda, EB. (1994). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. 2da. ed. Washington, D.C. Ed. Organización Panamericana de la Salud.
- Eco, U. (1996). *Cómo se hace una tesis: técnica y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. España, Ed. Gedisa.
- Fidias, G. (2006). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*. 5ta. Ed. Venezuela, Ed. Episteme.
- Kerlinger, F. (1988). Metodología de la investigación: constructos, variables y definiciones. En *Investigación del comportamiento*. (pp.30-36). México, Ed. McGraw-Hill.
- Lorenzo, MS., Sempé, MC. & Sobol, NA. (2010). Tesis de grado teórica: *“Terapia Ocupacional: una perspectiva en terapias Ecuéstres”*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- Mahón, EN. (2004) *Abordaje clínico de las fobias desde Terapia Ocupacional en salud mental, según la teoría psicoanalítica*. (Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social).
- Mendicoa, GE. (2003). *Sobre tesis y tesistas: Lecciones de enseñanza-aprendizaje*. Argentina, Ed. Espacio.
- Montero, I. & León, G. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology*. *The International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.

Polit & Hungler. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. 5ta. ed.

México, Ed. Mc. Graw- Hill.

Sabino, C. (1994). *Cómo hacer una tesis*. 2da. ed. Caracas, Ed. Panapo.

Sampieri Hernández, R., Collado Fernández, C. & Lucio Baptista. (2010).

Metodología de la investigación. 5ta. ed. México, Ed. Mc. Graw- Hill.

Parte 3

Análisis de los datos

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

A través del relevamiento teórico y empírico realizado, se recopilaron 27 estudios que investigan los efectos de diferentes intervenciones sensoriales en el tratamiento de pacientes con Demencia, desde el año 1993 hasta 2016.

Para analizar e interpretar los datos de dichas investigaciones se llevó a cabo una segunda selección (Tabla 13), en la cual se tuvieron en cuenta aquellos estudios que contribuirían a alcanzar los objetivos específicos planteados en un comienzo, es decir: lograr identificar las técnicas más eficaces de EMS para el tratamiento de adultos mayores con Demencia; describir los efectos de las modalidades de intervención sensorial en el desempeño de las AVD, el comportamiento, el estado anímico y el funcionamiento cognitivo de adultos mayores con Demencia, y considerar las características del rol profesional del terapeuta ocupacional para la intervención en el tratamiento de Demencias, según el método Snoezelen.

Por lo tanto, se reunieron 19 estudios finales bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Diseños de tipo: cuasiexperimental de pre y post prueba, cualitativo, aleatorio, longitudinal controlado y estudio de caso único.
- Muestras de pacientes con diagnóstico de Demencia (DTA, DFT, Demencia mixta) en niveles leve – moderado – severo.
- Estudios que evalúan el efecto de una intervención sensorial sobre el desempeño de las AVD, el comportamiento/conducta, estado anímico y/o funcionamiento cognitivo de adultos mayores con Demencia.

Tabla 13. Selección de estudios de interés publicados entre el año 1993 hasta 2016.

Año – Título – Autores	Muestra	Tipo de intervención sensorial	Efectos de la intervención
<p>1993 Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Robichaud, L. - Hebert, R. - Desrosiers, J.</p>	<p>40 sujetos con diagnóstico de Demencia (28 mujeres, 12 hombres con edad media de 78,4 años) divididos en grupos de estudio y control.</p>	<p>Se implementó el programa de IS de Ross y Burdick, con 3 sesiones semanales de 30 a 45 minutos durante 10 semanas, para determinar en qué medida dicha intervención influía en los comportamientos disruptivos de los pacientes con Demencia, en las reacciones de los cuidadores frente a estos comportamientos y el nivel de asistencia requerido para el desempeño de AVD.</p>	<p>En el grupo de estudio se evidenció una disminución en los comportamientos disruptivos, las reacciones de los cuidadores frente a estos comportamientos y una mejora del nivel de asistencia requerido para el desempeño de AVD, pero estos datos no lograron ser significativos ya que el análisis indicó que no hubo diferencias reveladoras entre los grupos de estudio y control.</p>
<p>1997 Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Baker, R. - Dowling, Z. - Wareing, L. A. - Dawson, J. - Assey, J.</p>	<p>31 pacientes con diagnóstico de EA (22) y Demencia vascular (9) concurrentes de un hospital de día, divididos en grupo de estudio y grupo control.</p>	<p>El grupo de estudio participó de 8 sesiones de Snoezelen, mientras que el grupo control asistió a 8 sesiones de actividades estandarizadas durante 4 semanas (2 veces por semana) con el fin de establecer si Snoezelen produciría cambios en el comportamiento, estado de ánimo y cognición de los pacientes con Demencia tanto</p>	<p>A corto plazo hubo mejoras en el comportamiento y el estado de ánimo después de las sesiones en los dos grupos. Los pacientes que participaron de las sesiones de Snoezelen mejoraron el lenguaje espontáneo y la capacidad para recordar. A largo plazo, los principales cambios del grupo Snoezelen se reflejaron en el dominio del</p>

		a corto como a largo plazo. Ambas intervenciones tuvieron una duración de 30 minutos.	comportamiento social perturbado y para el grupo control en las habilidades del habla.
<p>1998 The effects of multisensory environments on older people with dementia.</p> <p><u>Autor/a:</u> - Hope, KW.</p>	29 adultos mayores con diagnóstico Demencia.	Entorno multisensorial.	Significó una experiencia positiva en términos de respuesta a los equipos sensoriales y al efecto que causó en el comportamiento durante cada sesión. Se destaca el potencial de tales entornos como herramientas para promover la comunicación.
<p>2001 A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Baker, R. - Bell, S. - Baker, E. - Gibson, S. - Holloway, J. - Pearce, R. - Dowling, Z. - Thomas, P. - Assey, J.</p>	50 pacientes con diagnóstico de Demencia moderada a severa asignados al azar a grupos de estudio (EMS) y control (actividad).	El grupo de estudio asistió a 8 sesiones de 30 minutos de EMS durante un período de 4 semanas, con el fin de investigar los efectos de dicha intervención sobre el comportamiento, el estado de ánimo y la cognición de los adultos mayores con Demencia, y la duración de los efectos a lo largo del tiempo. El grupo control concurre a grupos de actividad durante el mismo período de tiempo.	Ambas intervenciones mejoraron el lenguaje espontáneo de los pacientes, relacionándose mejor con los demás. Los dos grupos estaban más atentos a su entorno, con una mejoría mayor en el grupo de EMS. Este grupo además mostró una mejora significativa en el estado de ánimo y el comportamiento en el hogar. No se mostraron beneficios a largo plazo.

<p>- Wareing, LA.</p>			
<p>2003 Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Baker, R. - Holloway, J. - Holtkamp, CC. - Larsson, A. - Hartman, LC. - Pearce, R. - Scherman, B. - Johansson, S. - Thomas, PW. - Wareing, LA. - Owens, M.</p>	<p>136 pacientes con diagnóstico de Demencia (de Reino Unido, Países Bajos y Suecia), se asignaron al azar a los grupos de estudio (EMS) y de control (actividad controlada).</p>	<p>El grupo de estudio participó de 8 sesiones de 30 minutos de EMS durante 4 semanas para comprobar si la EMS es más eficaz que una actividad controlada para modificar el comportamiento, estado de ánimo y la cognición de los adultos mayores con Demencia.</p> <p>El grupo control asistió durante el mismo periodo de tiempo a actividades controladas (juego de cartas, concursos, etc.).</p>	<p>Si bien hubo mejoras limitadas a corto plazo para ambos grupos inmediatamente después de las sesiones, no se encontró que la EMS fuera más eficaz que una actividad controlada para cambiar el comportamiento, el estado de ánimo y la cognición de los adultos mayores con Demencia.</p>
<p>2004 A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia.</p> <p><u>Autores:</u> - Baillon, S. - Van Diepen, E.</p>	<p>20 pacientes con diagnóstico de Demencia y agitación significativa de su comportamiento designados al azar a grupo de estudio o grupo control.</p>	<p>Los pacientes concurren a 3 sesiones de Snoezelen y 3 de Terapia de Reminiscencia durante 2 semanas, con una duración de 40 minutos cada sesión. El objetivo consistió en comparar los efectos de las intervenciones sobre el comportamiento agitado de los pacientes con diagnóstico de</p>	<p>Tanto la Terapia de Reminiscencia como Snoezelen tienen un efecto positivo en el estado de ánimo y comportamiento en este grupo de pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las sesiones de Snoezelen y Reminiscencia en</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Prettyman R, - Redman, J. - Rooke, N. - Campbell, R. 		Demencia.	términos de cambios en el nivel de agitación pre – sesión y post – sesión, al igual que la frecuencia cardíaca durante la sesión.
<p>2004 Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women who have a dementing illness.</p> <p><u>Autor/a:</u> - Cornell, A.</p>	4 mujeres con diagnóstico de Demencia (etapa moderada a severa).	Participaron en sesiones Snoezelen durante 4 semanas en 2 sesiones semanales. Se observó el estado de ánimo y comportamiento.	Hubo un cambio positivo general en el estado de ánimo/comportamiento durante y 30 minutos después la sesión de Snoezelen para todas las pacientes. Sin embargo, los beneficios de las sesiones de "antes", "durante" y "después" no mostraron aumento durante las 8 sesiones, lo que indica que los beneficios de las sesiones de Snoezelen no fueron a largo plazo.
<p>2007 The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit.</p> <p><u>Autores:</u></p>	24 pacientes con diagnóstico de Demencia (moderada - severa) divididos en 2 grupos al azar.	Uno de los grupos recibió Snoezelen (MSBT: Terapia Multisensorial del Comportamiento) en combinación con tratamiento psiquiátrico estándar y el otro participó de una actividad estructurada en combinación con la atención psiquiátrica estándar. El protocolo consistió en 6	Se observó una mayor independencia en las AVD en el grupo tratado con Snoezelen y atención psiquiátrica estándar, además de una reducción en la agitación y la apatía. El análisis predijo que la mejoría en AVD aumentaba a medida que disminuía la apatía y la agitación.

<ul style="list-style-type: none"> - Staal, JA. - Sacks, A. - Matheis, R. - Collier, L. - Calia, T. - Hanif, H. - Kofman, ES. 		<p>sesiones, de 25 a 30 minutos, con una duración de 2 semanas, y se implementó con el fin de investigar si Snoezelen combinado con la atención geriátrica estándar contribuiría a mejorar la independencia en AVD y reducir el comportamiento agitado y la apatía de los pacientes con diagnóstico de Demencia.</p>	<p>Estos datos sugieren que la utilización de Snoezelen con atención psiquiátrica hospitalaria estándar puede reducir la apatía y la agitación y, además, mejorar las AVD en las personas hospitalizadas con Demencia moderada a severa más que la atención estándar por sí sola.</p>
<p>2008 Programa de estimulación multisensorial para enfermos de Alzheimer: alteraciones de la conducta.</p> <p><u>Autores:</u> - Jaso Margarit, M. - Gómez Conesa, A.</p>	<p>15 pacientes con diagnóstico de EA (3 hombres y 12 mujeres) con edad media de 78,3 años.</p>	<p>Se llevo a cabo un programa de EMS a cargo de tres terapeutas en 2 sesiones semanales durante 7 semanas. El objetivo consistió en determinar cómo se manifiestan e influyen las alteraciones de la conducta de paciente con EA en un programa de fisioterapia de EMS.</p> <p>Las sesiones se dividieron en 3 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saludo. - Actividades de EMS básicas. - Habilidades psicomotrices básicas. 	<p>Entre el 30 y el 40% de los pacientes manifestaron indiferencia o apatía durante las sesiones de tratamiento. La agresividad, aunque se presentó con menor frecuencia (entre el 6 y el 13%), fue el síntoma que más dificultó la realización del programa de intervención.</p>
<p>2008</p>	<p>18 pacientes con diagnóstico</p>	<p>Se realizaron sesiones de</p>	<p>Existió una tendencia a</p>

<p>Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week single-blind randomized controlled pilot study.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Milev, RV. - Kellar, T. - McLean, M. - Mileva, V. - Luthra, V. - Thompson, S. - Peever, L. 	<p>de Demencia que residen en un centro de atención. Se investigó dividiendo la muestra en 3 grupos.</p>	<p>EMS durante 24 semanas (12 de tratamiento y 12 de seguimiento). Uno de los grupos recibió EMS bajo la forma Snoezelen 1 vez por semana, el segundo grupo tuvo 3 sesiones por semana y el grupo control sólo recibió el cuidado habitual. La hipótesis de este estudio planteó que Snoezelen tendría un efecto positivo en el estado de ánimo de los pacientes con Demencia y uno superior en aquellos que recibían más sesiones por semana.</p>	<p>mejores resultados con el aumento de sesiones por semana, lo cual fue estadísticamente significativo en las semanas 8 y 12.</p>
<p>2009 Use of multisensory environments in the home for people with dementia.</p> <p><u>Autor/a:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Riley-Doucet, CK. 	<p>Hogares de personas con diagnóstico de Demencia.</p>	<p>Se exploró la factibilidad y efectividad del uso de entornos multisensoriales en los hogares de personas con diagnóstico de Demencia, con el fin de revelar qué efectos generaban sobre el comportamiento de los pacientes, la carga del cuidador y las relaciones interpersonales familiares.</p>	<p>Se concluyó que los entornos multisensoriales promovían un ambiente relajante y tranquilo en el hogar, lo cual colaboró a que la persona con Demencia atiende más a su entorno inmediato y mejore las interacciones familiares.</p>
<p>2009 Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la</p>	<p>65 residentes de hogares de ancianos, con diagnóstico de Demencia (moderada a</p>	<p>El grupo experimental obtuvo EMS en la asistencia de 24 hs, mientras que el grupo control</p>	<p>Los residentes que recibieron asistencia con EMS experimentaron un efecto</p>

<p>asistencia de la Demencia a largo plazo.</p> <p><u>Autores:</u> - van Weert, J.C.M. - Bensing, J.M.</p>	<p>severa). La muestra se dividió entre grupo experimental (6 plantas psicogeríatras) y grupo control (6 plantas psicogeríatras).</p>	<p>recibió la asistencia habitual. La investigación se centró en la eficacia que tiene la EMS en la asistencia a la Demencia a largo plazo sobre la conducta de los pacientes y la función de los cuidadores.</p>	<p>positivo sobre la conducta apática, la depresión, la pérdida de decoro, la conducta rebelde y la agresividad. Durante los cuidados matinales mostraron cambios significativos en el bienestar y la conducta adaptativa. Con respecto a la función de los cuidadores, se observaron efectos positivos en el grupo experimental relacionados con la satisfacción con el trabajo, las reacciones de estrés y el desgaste emocional. Se concluye que la EMS mejora la asistencia psicogeríatras tanto para los residentes como para los cuidadores.</p>
<p>2009 Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients.</p> <p><u>Autores:</u> - Ozdemir L. - Akdemir, N.</p>	<p>27 pacientes con diagnóstico de EA (fase leve).</p>	<p>Se implementaron sesiones de EMS (terapia musical, pintura de objetos animados - inanimados, actividades de orientación de tiempo-lugar-persona) con el fin de determinar los efectos que producían sobre el estado cognitivo, la depresión y los niveles de ansiedad en los</p>	<p>La EMS tiene un efecto positivo sobre el estado cognitivo de los pacientes, la depresión y los niveles de ansiedad. Los efectos de la EMS y la puntuación del MMSE medida antes de la intervención, Inmediatamente después y a las 3 semanas fueron</p>

		pacientes con EA. Se conformaron grupos de 4-5 personas según sus intereses, y participaron durante 3 semanas, en 4 sesiones semanales.	significativos. Se considera que la implementación del método en EA leve puede ejercer un efecto significativo en el estado cognitivo hasta un mes siguiente a la intervención.
<p>2009 The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility.</p> <p><u>Autores:</u> - Ward-Smith, P. - Llanque, SM. - Curran, D.</p>	14 Residentes de una Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de EA divididos en: grupo experimental y grupo control.	El grupo experimental participó de intervenciones basadas en EMS con una duración de 15 a 20 minutos cada sesión, mientras que el grupo control no asistió a ningún tipo de intervención.	Las intervenciones basadas en EMS tuvieron el potencial de disminuir los comportamientos problemáticos entre los residentes que experimentaban agitación.
<p>2010 Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial.</p> <p><u>Autores:</u> - Berg, A. - Sadowski, K. - Beyrodt, M. - Hanns, S.</p>	20 hogares de ancianos en Sajonia y Sajonia- Anhalt (Alemania), asignados al azar en grupos de estudio.	Los grupos experimentales se dividen entre sesiones de Snoezelen, Terapia de Reminiscencia estructurada y activación de 10 minutos, mientras que el grupo control recibe comunicación verbal no estructurada durante 12 meses, con una duración de 10 a 20 minutos 1 o 2 veces por semana. El objetivo de comprobar en qué medida las intervenciones tenían un impacto positivo en	El ensayo pretendió contribuir con su evidencia a reconocer la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el cuidado de la Demencia.

<ul style="list-style-type: none"> - Zimmermann, M. - Langer, G. - Becker, C. - Lautenschläger, C. - Behrens, J. 		<p>grado de apatía de los residentes y, secundariamente, la influencia sobre las alteraciones del comportamiento, los eventos agresivos y el bienestar de los ancianos.</p>	
<p>2011 Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia.</p> <p><u>Autores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cruz, J. - Marques, A. - Barbosa, AL. - Figueiredo, D. - Sousa, L. 	<p>6 residentes con diagnóstico de Demencia moderada a severa.</p>	<p>Se implementó un programa de EMS y motora sobre las rutinas diarias de atención, con el fin de examinar sus efectos sobre el comportamiento de los residentes con Demencia. Este programa se desarrolló durante la mañana, cuando el personal se involucraba con los pacientes en actividades como el baño, aseo, vestido; por ejemplo, utilizaban toallas calientes o realizaban suaves masajes mientras les colocaban una loción perfumada. Mientras que la estimulación motora consistía en proporcionar comandos simples verbales y gestuales</p>	<p>Los efectos sobre el comportamiento se vieron reflejados en un aumento de la frecuencia y duración de la mirada directa y risa hacia el cuidador, como así también una disminución de la duración de los ojos cerrados. Durante el cuidado personal se registraron menos comportamientos inactivos y un pequeño aumento del nivel de comunicación verbal.</p>

		que orientaban físicamente al paciente a participar en actividades como lavarse la cara, tocar una toalla, etc.	
<p>2013 Estimulación multisensorial (Snoezelen) en el manejo de los trastornos de conducta en pacientes con Demencia.</p> <p><u>Autores:</u> - Sánchez, M. - Cejudo, JC. - Monllau, A. - Amores, F. - Blanco, J. - Serrano, D.</p>	<p>10 pacientes (8 hombres y 2 mujeres) con edad promedio entre 50 y 84 años. Diagnósticos: DTA: 6 Demencia mixta: 3 DFT: 1</p>	<p>Se intervino en una sala Snoezelen, con el fin de evaluar su influencia en alteraciones conductuales que afectan la comunicación, el placer, la adaptación y afectividad de los pacientes.</p>	<p>El uso de Snoezelen en pacientes con Demencia puede ser efectivo para el control de la agitación. Los estímulos sensoriales tienen capacidad de ampliar el contacto con el entorno y de neutralizar algunos trastornos de conducta.</p>
<p>2014 Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with Dementia diagnosis: A controlled longitudinal trial.</p> <p><u>Autores:</u> - Maseda, A. - Buján, A. - Millán-Calenti, JC. - Sánchez, A. - Marante, MP.</p>	<p>30 pacientes con diagnóstico de Demencia divididos en 3 grupos: EMS, actividades individuales (actividad) y grupo control.</p>	<p>El grupo de EMS participó de sesiones en una sala, el de actividad asistió a actividades que ofrecían demandas intelectuales y/o físicas con enfoque directivo y el grupo control no formó parte de ninguna de las intervenciones, continuando con la rutina diaria. Tanto para el grupo de EMS como para el de actividad se ofrecieron 2 sesiones</p>	<p>Efectos de la intervención de EMS sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El comportamiento: se observó una mejora en los dos grupos en el nivel de agitación durante la intervención. - El estado de ánimo: tanto el grupo de EMS como el de actividad mostraron mejorías durante la intervención, empeorando en el periodo de seguimiento. - El nivel cognitivo: se mantuvo

<p>- González-Abraldes, I.</p>		<p>semanales de 30 minutos durante 16 semanas. Mientras que en las sesiones de EMS se utilizaban estímulos multisensoriales sin seguir un patrón específico, en las sesiones de actividad el enfoque era directivo e intencional por parte del terapeuta.</p>	<p>estable en ambos grupos durante la intervención, disminuyendo luego en el periodo de seguimiento. - El estado funcional en AVD: hubo una mejoría en las puntuaciones durante y después de la intervención en el grupo de EMS, no así en el grupo de actividad y de control.</p>
<p>2014 Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation? <u>Autores:</u> - Maseda, A. - de Labra, C. - Sánchez, A. - Marante, MP. - González Abraldes, I. - Millán-Calenti, JC.</p>	<p>30 pacientes institucionalizados con diagnóstico de Demencia, divididos en 3 grupos de 10.</p>	<p>Un grupo participó de sesiones en sala Snoezelen, otro en actividades individuales (con demandas intelectuales o físicas) y el grupo control continuó con las rutinas diarias. Se evaluó la eficacia de dichas intervenciones respecto al comportamiento, estado de ánimo y parámetros biomédicos de los pacientes con Demencia. Todos asistieron a 2 sesiones semanales de 30 minutos, durante 16 semanas.</p>	<p>Ambos grupos hablaron espontáneamente luego de las sesiones, se relacionaron mejor con los demás y se mostraron más atentos hacia su entorno. Aumentaron su nivel de alerta, expresaron menos aburrimiento y se vieron más relajados. En los parámetros biomédicos se constató durante y luego de las sesiones de EMS una disminución de la frecuencia cardíaca y un aumento de la saturación de oxígeno en sangre, pero no se encontraron diferencias significativas en comparación con el grupo control.</p>

De acuerdo con lo expuesto, a continuación se destacarán los aspectos que resultaron más relevantes para este trabajo final.

4.1. Técnicas de Estimulación Sensorial

Entre las investigaciones seleccionadas se reconoce la implementación de diferentes alternativas de intervención sensorial, específicamente tres modalidades: *programa de IS de Ross y Burdick*, *programas de Estimulación Multisensorial*, *salas Snoezelen y de EMS* (Figura1).

En primer lugar, se observó que un único estudio utilizó el *programa de IS de Ross y Burdick* (Robichaud *et al.*, 1993) abordándolo de manera grupal y siguiendo las cinco etapas sugeridas por los autores (pág. 120). El programa se basó en tres sesiones semanales de 30 a 45 minutos durante 10 semanas. Para cada sesión, los sujetos fueron invitados a unirse al grupo y recibir diferentes estímulos ofrecidos por los materiales y las actividades estructuradas.

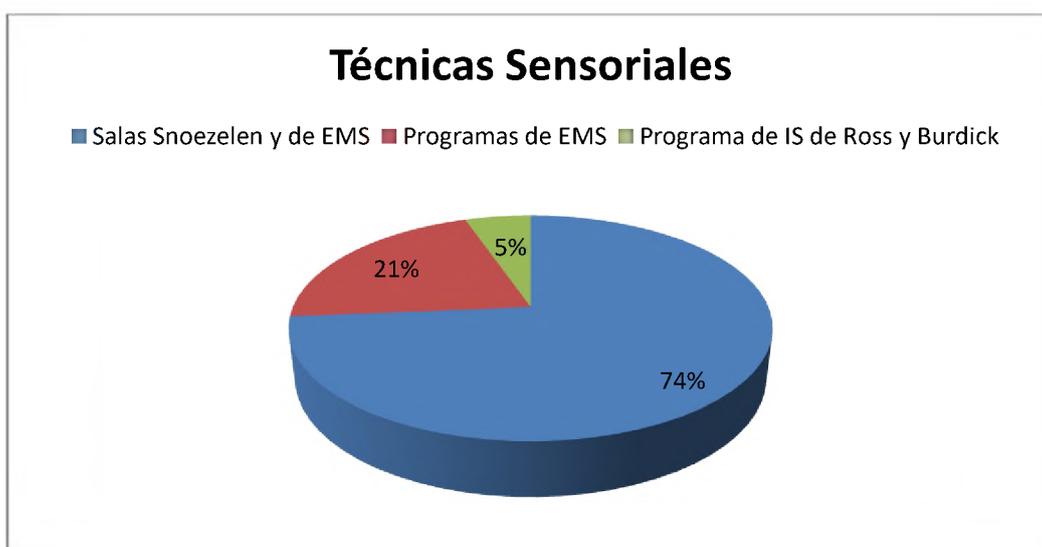


Figura 1. Número de técnicas sensoriales aplicadas en las investigaciones.

Según Robichaud *et al.* (1993), tales sesiones (orientación a la realidad, actividades que enfatizan respuestas corporales, estimulación sensorial, estimulación cognitiva y socialización), progresan gradualmente en el despertar de actividades que favorecen a la organización de pensamientos y comportamientos.

En segundo lugar, otros estudios investigaron sobre los efectos de una intervención que sucede en un encuadre multisensorial. En relación a esto, algunos autores hablan de sala *Snoezelen* respaldándose en la teoría y los aspectos que definen tal método (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997; Berg *et al.*, 2010; Cornell, 2004; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008; Sánchez *et al.*, 2013 & Staal *et al.*, 2007), mientras que otros utilizan el término *entorno o sala multisensorial* (Baker *et al.*, 2001, 2003; Hope, 1998; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Riley-Doucet, 2009 & Ward-Smith *et al.*, 2009) para evitar conflictos por el uso sin autorización de una marca o producto registrado como *Snoezelen* (Ward-Smith *et al.*, 2009). De todas maneras, ambos términos se refieren a un espacio de estimulación diseñado con el fin de proporcionar experiencias sensoriales que activan los sentidos y generan determinadas respuestas en quienes participan en él.

Si bien las salas *Snoezelen* o multisensoriales utilizan materiales comunes como: tubos de burbujas, cortinas de fibra óptica, música, texturas, aromas, luces, objetos táctiles, columnas de agua, proyectores, etc., (Baker *et al.*, 2003; Maseda, Buján *et al.*, 2014, Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008 & Ward-Smith *et al.*, 2009) las propuestas reflejadas en los estudios difieren en el modo de estudiar la técnica sensorial, el periodo de tiempo que se extendió, la frecuencia y duración de cada intervención.

El estudio más prolongado abarcó 12 meses, con una frecuencia de 1 a 2 sesiones semanales y una duración de 10 a 20 minutos cada sesión (Berg *et al.*, 2010). El resto se extendió entre 4 y 16 semanas, con una frecuencia de 2 a 3 sesiones semanales y una duración promedio entre 30 a 40 minutos cada sesión.

La mayoría comparó entre la implementación de sesiones Snoezelen o de EMS y otra intervención terapéutica, como actividades estandarizadas (Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014 & Staal *et al.*, 2007), Terapia de Reminiscencia (Baillon *et al.*, 2004 & Berg *et al.*, 2010;) o simplemente la atención habitual (Milev *et al.*, 2008 & Ward-Smith *et al.*, 2009). Por otra parte, Cornell (2004), Riley-Doucet (2009) & Sánchez *et al.* (2013) estudiaron los efectos de la intervención sensorial en un único grupo, comparando su estado previo con los resultados posteriores.

Otra característica en común es que todas las sesiones fueron efectuadas en un vínculo de uno a uno, entre paciente y especialista. Por lo tanto, todos recibieron tratamiento individual considerando las particularidades de cada adulto mayor, sus deseos, intereses y necesidades frente a la estimulación. Esto contempló el permiso para retirarse de la sala si no era del agrado del paciente permanecer en ella (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2003; Maseda, Buján *et al.*, 2014, Maseda, de Labra *et al.*, 2014 & Milev *et al.*, 2008).

Por último, en los estudios restantes se reconoció el empleo de otro tipo de abordaje sensorial que no reúne las características del programa de Ross y Burdick ni de una sala Snoezelen o multisensorial y se identifica con el nombre de Estimulación Multisensorial (EMS). Este término abarca aquellas

intervenciones que pretenden estimular activamente los sentidos mediante un programa específico creado con tal fin. Son programas que no se implementan dentro de una sala de estimulación, que pueden abordarse de manera grupal o individual y que ofrecen estímulos sensoriales a través de diferentes actividades o acciones. Por ejemplo, Ozdemir & Akdemir (2009) implementaron 12 sesiones de terapia musical, pintura de objetos animados – inanimados y actividades de orientación en tiempo-lugar-persona, que procedieron de la siguiente manera:

- La estimulación cognitiva se garantizó mediante actividades de orientación.

- Las actividades de pintura se iniciaron con una hoja en blanco donde cada paciente debía escribir su nombre, apellido y la fecha actual antes de comenzar a pintar un objeto determinado que pertenecía a una categoría asignada por el terapeuta.

- Para terapia musical los grupos se organizaron de acuerdo a los gustos musicales y las sesiones se basaron en la reproducción de música instrumental y luces.

Esta modalidad se extendió durante un período de 3 semanas.

Por otro lado, Jaso Margarit & Gómez Conesa (2008) aplicaron un programa fisioterapéutico de EMS basado en 2 sesiones semanales de 30 minutos durante 7 semanas. Las mismas estuvieron a cargo de 3 terapeutas que trabajaron con un paciente de manera individual pero en un mismo espacio, lo cual permitió la comunicación entre pacientes y terapeutas durante las sesiones. Las sesiones se dividieron en 3 partes:

- 1) Saludo: consistió en indagar acerca de cómo se encontraba el paciente mediante preguntas de cortesía.
- 2) Actividades de EMS básicas: se trabajó la percepción de la planta de los pies, de la palma de la mano, la estimulación vestibular, auditiva, visual.
- 3) Habilidades psicomotrices básicas: incluyó actividades con pelotas, aros, bolillas, de movimiento en el espacio, pequeños circuitos de orientación espacial, entre otros.

En cada sesión se trabajaron de dos a tres actividades. Antes de comenzar cada actividad, se anticipó la misma mediante comunicación oral y gestual con el objetivo de que el paciente conociera de lo que iba a participar, facilitando mayor atención y colaboración.

Por su parte, van Weert & Bensing (2009) implementaron un programa de EMS en la asistencia de 24 horas. Lo que caracteriza a este abordaje es que para llevar a cabo las intervenciones se requirió de la participación y capacitación previa de los miembros del personal, incluyendo conocimientos básicos para tratar los síntomas, manejar el comportamiento y responder a las necesidades y preferencias de los residentes con diagnóstico de Demencia. Algo similar ocurre en el estudio realizado por Cruz *et al.*, (2011), mediante el cual consideran que existe la necesidad de instruir al personal para implementar estrategias de EMS durante las rutinas diarias y actividades cotidianas. Este estudio se basó en un enfoque motor y multisensorial administrado durante los cuidados matinales, momento en que el personal se involucraba con los residentes en actividades como el baño, aseo, vestido, etc.

Algunas de las indicaciones incluidas en este abordaje fueron:

- Utilizar gel de ducha o loción para el cuerpo con fragancia agradable.
- Colocar difusores de aroma en el dormitorio.
- Ofrecer texturas durante el baño (esponja o toallas).
- Proporcionar un masaje suave mientras se lava el cabello.
- Reproducir música relajante en el dormitorio mientras se viste y se arregla.
- Ofrecer cremas dentales de sabores diferentes para cepillarse los dientes.
- Promover un nivel adecuado de luminosidad.

Para poder analizar los efectos del enfoque motor y multisensorial se utilizaron cámaras sujetadas en un trípode que captaron lo que sucedía antes e inmediatamente después de la asistencia matinal (lavado de la parte superior del cuerpo, cepillado de dientes, vestido, aseo).

Como se puede apreciar cada intervención sensorial se llevó a cabo en base a un método y procedimiento determinado. Para poder reconocer qué técnica sensorial resulta más adecuada para el tratamiento de adultos mayores con diagnóstico de Demencia, se deberán tener en cuenta los efectos obtenidos en los pacientes estudiados.

4.2. Efectos de las Intervenciones sensoriales

De acuerdo con el interés de este análisis se describirán los efectos observados de las técnicas sensoriales sobre las siguientes dimensiones: nivel de desempeño en AVD, comportamiento/conducta, estado de ánimo y funcionamiento cognitivo de los adultos mayores estudiados.

4.2.1. Desempeño en AVD

El efecto que provocaron las sesiones sensoriales sobre el desempeño en AVD se pudo reconocer en tres estudios (Maseda, Buján *et al.*, 2014, Robichaud *et al.*, 1993 & Staal *et al.*, 2007). Uno de ellos aplicó el programa de IS de Ross y Burdick, a partir del cual arribó a la conclusión de que si bien mejoró el nivel de asistencia requerido para el desempeño de AVD, no hubo diferencias reveladoras entre los grupos de estudio y control (Tabla 14).

Tabla 14. Escala PSBADL. A mayor puntaje mayor nivel de dependencia.

PSBADL (Psychogeriatric Scale of Basic Activities of Daily Living)	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO CONTROL
Pre - Estudio	30.6	34.1
Post - Estudio	25.4	29.3

Por otro lado, Staal *et al.* (2007) & Maseda, Buján *et al.* (2014) evaluaron el mismo efecto en sala Snoezelen y de EMS. En uno de los estudios se observó una mejoría de la independencia en AVD y una reducción en la agitación y la apatía (Staal *et al.*, 2007). Los autores estimaron que la mejoría en AVD aumentaba a medida que disminuía la apatía y la agitación, es por eso que concluyeron que la utilización de Snoezelen con atención psiquiátrica hospitalaria estándar puede reducir la apatía y la agitación, y en efecto mejorar el desempeño en AVD.

Por su parte, Maseda, Buján *et al.* (2014) si bien encontraron una mejoría entre las puntuaciones del índice de Barthel obtenidas antes, durante y

posteriormente a la intervención, en el periodo de seguimiento hubo una disminución importante en el grupo de EMS y alcanzaron resultados que no fueron estimados como significativos para los autores.

4.2.2. Comportamiento/conducta

La mayoría de los estudios de investigación analizados, dentro de sus objetivos, se han propuesto evaluar qué efectos produce una intervención sensorial determinada sobre el comportamiento/conducta de pacientes con diagnóstico de Demencia. En general, se arriba a conclusiones positivas observando mejoras en el comportamiento.

En algunos casos, se evidenciaron resultados positivos en el comportamiento al finalizar la investigación (Maseda, Buján *et al.*, 2014 & Robichaud *et al.*, 1993), los cuales se reflejaron en un aumento de la frecuencia y duración de la mirada directa hacia el cuidador (Cruz *et al.*, 2011), en un nivel de alerta superior, menor expresión de aburrimiento y mayor relajación (Maseda, de Labra *et al.*, 2014). Además, los espacios multisensoriales instalados en los hogares de los pacientes colaboraron a que la persona con Demencia atienda más a su entorno inmediato y mejore las interacciones familiares (Riley-Doucet., 2009).

En otros casos, la mejoría fue registrada principalmente a corto plazo (Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Cornell, 2004 & Hope, 1998), representando una experiencia positiva por los efectos que causó en el comportamiento durante cada sesión (Hope, 1998), minutos después de ella (Cornell, 2004) o en otros contextos como el hogar del paciente (Baker *et al.*, 2001).

Para Baker *et al.* (1997) & Robichaud *et al.* (1993) resultó de interés evaluar la presencia de cambios en los comportamientos disruptivos y perturbadores de los pacientes. De esta manera, aplicando una técnica sensorial específica (Programa de Ross y Burdick y sala Snoezelen), concluyeron que el grupo de estudio demostró una disminución de los comportamientos disruptivos (Robichaud *et al.*, 1993) y un dominio a largo plazo del comportamiento social perturbado (Baker *et al.*, 1997).

Una de las alteraciones del comportamiento que suele presentarse en los pacientes con Demencia es la agitación, es por eso que existen estudios que pretenden analizar los efectos de una intervención sensorial sobre ella (Baillon *et al.*, 2004; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Sánchez *et al.*, 2013; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009). Los resultados alcanzados en dichos estudios en general son positivos, considerando que la intervención sensorial (salas Snoezelen y de EMS) puede tener un efecto calmante en pacientes que se encuentran agitados y el potencial para disminuir los comportamientos problemáticos entre quienes experimentan agitación (Baillon *et al.*, 2004; Sánchez *et al.*, 2013 & Ward-Smith *et al.*, 2009). Además, según Staal *et al.* (2007), al combinarse con atención psiquiátrica, se logra una disminución significativa de los niveles de agitación en pacientes internados.

Otra de las alteraciones del comportamiento estudiada es la apatía (Berg *et al.*, 2010; Staal *et al.*, 2007; van Weert & Bensing, 2009). Según los resultados, las intervenciones sensoriales practicadas (Snoezelen y EMS) lograron disminuir los niveles de apatía en los pacientes, por lo tanto Staal *et al.* (2007) y van Weert & Bensing (2009) reconocieron su eficacia para el tratamiento de las Demencias.

Por último, es de interés destacar que un único estudio analizó las alteraciones de la conducta de pacientes con EA manifestadas durante la intervención de un programa fisioterapéutico de EMS. Los resultados demostraron que las alteraciones conductuales más presentadas fueron la indiferencia y la apatía, mientras que los problemas de agresividad no fueron frecuentes, pero dificultaron la realización del programa (Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008).

4.2.3. Estado de ánimo

Autores como Baker *et al.* (1997, 2001, 2003), Cornell (2004), Maseda, Buján *et al.* (2014), Maseda, de Labra *et al.* (2014) & Milev *et al.* (2008) analizaron el estado de ánimo de adultos mayores con Demencia que participaron de sesiones en salas Snoezelen y de EMS. Como conclusión, reconocieron mejorías a corto plazo en el estado de ánimo expresado durante (Cornell, 2004 & Maseda, Buján *et al.*, 2014) e inmediatamente después de las sesiones (Baker *et al.*, 1997, 2003 & Cornell, 2004).

En otros grupos de estudio se observó que los pacientes lograron estar más atentos a su entorno y mejorar significativamente su estado de ánimo expresando menos aburrimiento y mostrándose más relajados (Baker *et al.*, 2001 & Maseda, de Labra *et al.*, 2014).

Los resultados revelan que las intervenciones sensoriales podrían mejorar el estado anímico de los sujetos estudiados; sin embargo, no comprobaron que esta mejoría pueda mantenerse en el tiempo. Según Milev *et al.* (2008) existe una tendencia a obtener mejores resultados aumentando la cantidad de sesiones semanales.

4.2.4. Funcionamiento cognitivo

Para evaluar los efectos de una intervención sensorial sobre el funcionamiento cognitivo de pacientes con Demencia, en algunas investigaciones se utilizaron salas Snoezelen o de EMS (Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003 & Maseda, Buján *et al.*, 2014), mientras que en otra se implementaron técnicas de EMS como terapia musical, pintura y actividades de orientación en tiempo, lugar y persona (Ozdemir & Akdemir, 2009).

En todas se evaluó el nivel cognitivo de los pacientes mediante el MMSE (Folstein, 1975). En algunos casos, los resultados obtenidos expresaron puntajes que variaron mínimamente luego de la intervención y no fueron considerados significativos para los autores (Baker *et al.*, 1997, 2003 & Maseda, Buján *et al.*, 2014). Mientras que en otro caso, Ozdemir & Akdemir (2009) concluyeron que el método de EMS aplicado tuvo un efecto positivo en el estado cognitivo (Figura 2) y en los niveles de depresión y ansiedad (Figura 3) de los pacientes estudiados.

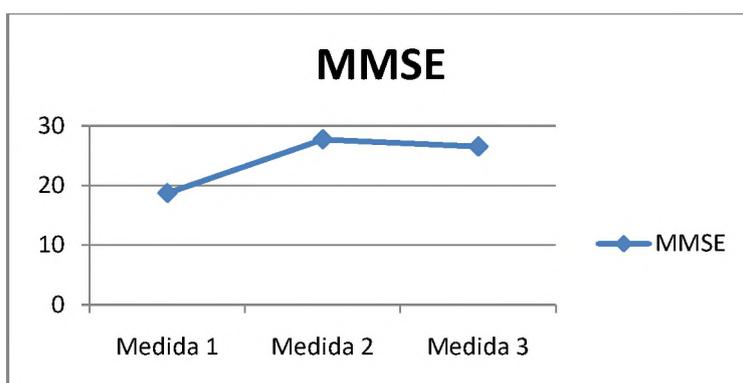


Figura 2. Resultados del MMSE en las 3 medidas.

Además, una vez finalizado el estudio, comprobaron la existencia de una correlación negativa significativa entre los resultados del MMSE y las

puntuaciones de depresión ($r = -0.572$, $p = 0.001$) y el nivel de ansiedad ($r = -0.463$, $p = 0.001$), como así también la existencia de una correlación positiva significativa entre los resultados del MMSE y el tiempo transcurrido ($r = 0,730$, $P = 0,001$). Asimismo el estudio reveló que en mediciones repetidas mientras las puntuaciones del MMSE aumentaron, los niveles de depresión y ansiedad disminuyeron, del mismo modo que al aumentar la ansiedad también lo hizo el nivel de depresión.

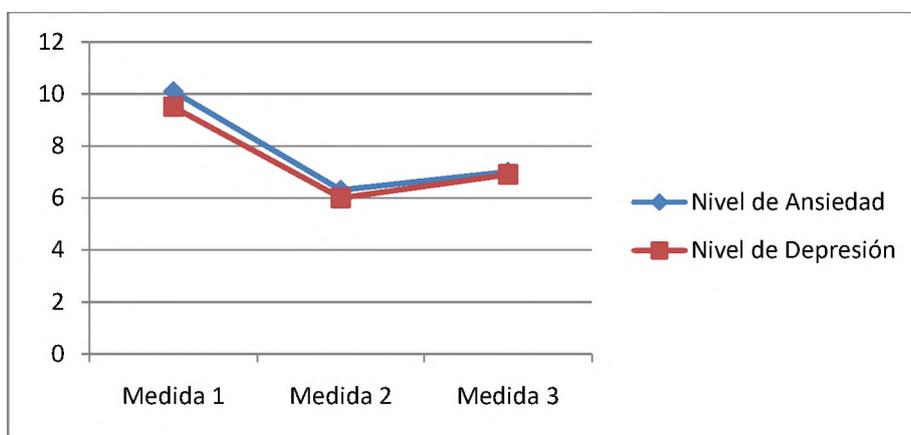


Figura 3. Niveles de depresión y ansiedad registrados.

4.3. Eficacia de las Técnicas sensoriales

De los estudios seleccionados 14 implementaron estimulación sensorial en sala Snoezelen o de EMS en pacientes con EA, DFT, Vascular y/o Mixta (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Berg *et al.*, 2010; Cornell, 2004; Hope, 1998; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008; Riley-Doucet., 2009; Sánchez *et al.*, 2013; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009), 4 aplicaron un programa de estimulación específico en pacientes con EA (Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008 & Ozdemir & Akdemir, 2009) y Demencia moderada a severa (Cruz *et al.*, 2011 & van Weert

& Bensing, 2009) y sólo uno evaluó los efectos del programa creado por Ross y Burdick (Robichaud *et al.*, 1993).

Los resultados de los estudios no lograron comprobar que las salas Snoezelen y de EMS tuvieran, para el tratamiento de las Demencias, una eficacia superior a otra intervención terapéutica (actividades estandarizadas, Terapia de Reminiscencia o atención habitual) no obstante, los autores reconocen que la estimulación en sala generó efectos positivos en los pacientes, manifestados principalmente a corto plazo. De acuerdo con ello concluyeron que la intervención sensorial favoreció a:

- ✓ El dominio de la conducta perturbada (Baker *et al.*, 1997 & Hope, 1998;).
- ✓ Mejorar el lenguaje espontáneo y nivel de atención hacia el entorno (Baker *et al.*, 2001 & Maseda, de Labra *et al.*, 2014).
- ✓ Mejorar el comportamiento y estado de ánimo (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 2001; Cornell, 2004 & Maseda, Buján *et al.*, 2014)
- ✓ Disminuir el número de incidencias de comportamiento disruptivo o problemático (Ward-Smith *et al.*, 2009) y contribuir al control del comportamiento agitado (Maseda, Buján *et al.*, 2014 & Sánchez *et al.*, 2013).
- ✓ Ofrecer un ambiente relajante y tranquilo colaborando a que los pacientes atiendan más a su entorno inmediato y mejoren las interacciones (Riley-Doucet., 2009).

Por otra parte, de cuatro estudios que se basaron en un programa de EMS tres obtuvieron resultados positivos, de los cuales dos incorporaron EMS al cuidado y asistencia de residentes de un hogar (Cruz *et al.*, 2011 & van

Weert & Bensing, 2009). Mediante este método comprobaron que la EMS en la asistencia cotidiana genera cambios positivos sobre la conducta apática, rebelde y agresiva de los pacientes, favoreciendo a un mayor bienestar en ellos y en quienes los asisten (van Weert & Bensing, 2009). Además, los efectos sobre el comportamiento se vieron reflejados en un aumento de la mirada directa hacia el cuidador y un aumento mínimo de la comunicación verbal (Cruz *et al.*, 2011). En ambos estudios las mejorías se registraron durante los cuidados matinales.

El tercer estudio aplicó un programa de EMS para evaluar los efectos de la terapia musical, pintura y actividades de orientación en tiempo, lugar y persona, sobre el estado cognitivo y los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con EA (Ozdemir & Akdemir, 2009). Los autores concluyeron que el método tuvo efectos positivos que continuaron durante tres semanas luego de finalizar el estudio, con una tendencia a disminuir progresivamente.

En el trabajo de investigación que evaluó la eficacia del programa de IS de Ross y Burdick para mejorar el comportamiento y funcionamiento de las personas con diagnóstico de Demencia (Robichaud *et al.*, 1993), a pesar de evidenciar en el grupo de estudio una disminución en los comportamientos disruptivos y una mejora en el nivel de asistencia requerido para el desempeño de AVD, los efectos no lograron ser significativos en comparación con el grupo control. El autor sostuvo que la eficacia del estudio no pudo ser verificada y propone que son necesarios estudios posteriores para determinar si al modificar la frecuencia de las sesiones, la cantidad de sujetos y los instrumentos de medición se logra alcanzar resultados valiosos.

De lo expresado hasta aquí y teniendo en cuenta el número de investigaciones que depositan su interés en comprobar la efectividad de las intervenciones en salas Snoezelen o de EMS, más los resultados que revelan los efectos positivos de las mismas y la teoría Snoezelen que sustenta la práctica, se concuye que la intervención sensorial en salas podría ser un complemento valioso y eficaz para el tratamiento de adultos con diagnóstico de Demencia (Baker *et al.*, 2001; Cornell, 2004; Milev *et al.*, 2008 & Maseda, de Labra *et al.*, 2014).

4.4. Intervención de TO en el tratamiento de las Demencias según el método Snoezelen

En base a lo expuesto y analizado, a continuación se rescatarán aquellos aspectos que resultan de interés para esbozar los lineamientos conceptuales de una intervención sensorial en sala Snoezelen, desde Terapia Ocupacional.

En principio es importante reconocer la adaptación de esta alternativa terapéutica ya que, como los estudios han demostrado, puede estar dirigida a pacientes con Demencia en diferentes grados de severidad.

Para participar del método Snoezelen, en comparación con otras terapias, no es imprescindible contar con capacidades o habilidades físicas, cognitivas y/o psicológicas intactas, es por eso que se lo considera un enfoque adecuado para tratar a personas con Demencia severa y limitado nivel de comunicación (Maseda, Buján *et al.*, 2014).

Algunos pacientes que residen en centros de atención suelen estar expuestos a estimulación sensorial excesiva o privación de ella; según Maseda,

Buján *et al.* (2014), Maseda, de Labra *et al.* (2014) & Milev *et al.* (2008) estos desequilibrios sensoriales afectan al comportamiento y el funcionamiento de los pacientes. El enfoque Snoezelen puede contribuir a prevenir y reducir estos efectos ofreciendo un ambiente de confianza y relajación.

Si bien las salas Snoezelen no poseen instrucciones para su uso, se puede establecer un encuadre que determine la composición de la sala, el tiempo que se extenderán las sesiones y quienes participarán en ellas.

Para identificar qué materiales se ofrecerán en la sala es importante previamente tener en claro que el objetivo es generar experiencias sensoriales que activen las sensaciones visuales, táctiles, gustativas, auditivas, olfativas, vestibulares y/o propioceptivas del paciente (Baker *et al.*, 1997), respondiendo a sus necesidades e intereses (Baker *et al.*, 2001). Los equipos y materiales sugeridos para utilizar varían entre luces de diferentes colores y tonalidades, fibras ópticas, columnas de burbujas, pintura fluorescente, linternas, proyector de luz e imágenes, difusores de aromas, aceites con esencias, alimentos líquidos y/o sólidos, diferentes texturas, temperaturas, volúmenes, piscina de pelotas, panel de sonidos, equipo de música, instrumentos musicales, sillas y almohadas vibratorias, mantas con peso, suelo vibrante, cama de agua, hamacas, silla mecedora, entre otros (Baker *et al.*, 2003; Gómez Gómez, 2009; Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Mirón Pérez *et al.*, 2012 & Ward-Smith *et al.*, 2009).

El tiempo de duración de cada sesión en sala Snoezelen puede extenderse entre 30 y 40 minutos (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Berg *et al.*, 2010; Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008; Robichaud *et al.*,

1993; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009), dependiendo del estado general del paciente y su predisposición o no a permanecer en ella.

De acuerdo con la filosofía Snoezelen, la intervención se debe desarrollar en base a un enfoque NO directivo, guiada por los deseos e intereses del paciente. Desde otro punto de vista, Huertas Hoyas (2009) describe dos modos posibles de intervenir en sala:

Modalidad estructurada: luego de establecer los objetivos de tratamiento adecuados al paciente, el terapeuta preparará la sesión y la sala en función de los componentes que desee trabajar.

Modalidad libre (NO directiva): permite al paciente explorar el espacio y elegir los materiales con los que experimentará diferentes sensaciones.

Cualquiera sea la modalidad implementada, para el método Snoezelen el abordaje y la atención debe ser individual, favoreciendo a la comunicación entre terapeuta–paciente y valorando aspectos personales como estilo de vida, cultura, deseos y preferencias. Esto favorece a poner en acción una estimulación focalizada y ajustada a cada persona.

Según Maseda, de Labra *et al.* (2014) la utilidad creciente de salas de EMS se debe a que representan un enfoque holístico, centrado en el individuo, con objetivos de atención personalizados y una tendencia a generar bienestar en los pacientes.

El método Snoezelen podría representar una nueva perspectiva de tratamiento de las Demencias, significando para TO en Gerontología una estrategia terapéutica innovadora, que con sus propios criterios y características de intervención ofrecerá las condiciones que darán cambios acordes a las necesidades y expectativas de cada paciente.

4.4.1. Rol del terapeuta ocupacional en sala Snoezelen

La intervención del terapeuta ocupacional en una sala Snoezelen debería estar guiada por los conocimientos adquiridos acerca de la patología y el método en cuestión, además de las funciones que constituyen su rol en el tratamiento de los adultos mayores con diagnóstico de Demencia. De ser así, en una intervención sensorial en sala Snoezelen el/la terapeuta ocupacional tendría en cuenta los siguientes lineamientos:

- 1) Evaluar/valorar al paciente: analizar su situación actual y personal, incluyendo sus necesidades, expectativas e intereses. Conocer el nivel de compromiso causado por el cuadro demencial.
- 2) Evaluar/valorar el entorno: analizar las dimensiones del ambiente y de los equipamientos – materiales que potencian, facilitan, inhiben y/o limitan la estimulación de la persona.
- 3) Informar al paciente acerca de las características y finalidad de la sala Snoezelen, previo a ingresar al lugar.
- 4) Determinar el tipo de sala Snoezelen más acorde para trabajar con el paciente de acuerdo a su situación personal como así también a los objetivos de intervención:
 - Sala blanca: relajación.
 - Sala negra: aprendizaje, búsqueda de estímulos.
 - Sala aventura: estimulación perceptivo-motora.

Podría considerarse que una de las más acorde para trabajar con adultos mayores es la sala blanca, aquella donde prima el color blanco y el objetivo prioritario es conseguir un ambiente relajado, para que el paciente reciba estimulación principalmente pasiva a través de relajación, acercamiento

y estimulación (Imagen 4, 5). Se dispone de material de diversa índole para brindar distintos estímulos, facilitando el ver, sentir, tocar, entender, probar, crear e imaginar en un entorno seguro y motivador, que pretenderá mejorar el bienestar físico y emocional del adulto mayor (Grupo Albertia, 2017).



Imagen 4

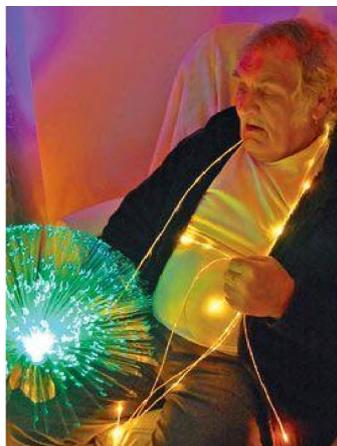


Imagen 5

- 5) Seleccionar si la modalidad de intervención a seguir será directiva o NO directiva.
- 6) Establecer sesiones individuales donde el paciente reciba atención focalizada del terapeuta y estímulos de la sala, por un tiempo

aproximado de 30 a 40 minutos y con una frecuencia mínima de 2 a 3 sesiones semanales.

- 7) Considerar la posibilidad de que el paciente pueda retirarse de la sala si no le resulta agradable permanecer allí.
- 8) Utilizar los materiales y el equipamiento más adecuado para ofrecer al paciente estímulos que logren activar sus sentidos, equilibrar su nivel de alerta, promover bienestar general, estimular la comunicación verbal – no verbal, la capacidad de percepción, etc.

Es importante destacar que para implementar las salas Snoezelen con el aval del término y su teoría es necesario acceder a la capacitación y certificación previa del método. De lo contrario, como se observó en varias investigaciones publicadas, se puede utilizar el nombre de salas o entornos multisensoriales o de EMS para evitar conflictos con el uso no autorizado del término registrado Snoezelen.

REFERENCIAS

- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (11), 1047-1052. doi: 10.1002/gps.1208
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J. & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60 (5), 213-218. doi: 10.1177/030802269706000507
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J. & Wareing, LA. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 81-96.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, CC., Larsson, A., Hartman, LC., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, PW., Wareing, LA. & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 465-477.
- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., Becker, C., Lautenschläger, C. & Behrens, J. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 31 (10), 5. doi: 10.1186/1471-2318-10-5

- Cornell, A. (2004). Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women who have a dementing illness. *The international journal of psychiatric nursing research*, 9 (2), 1045-1062.
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, AL., Figueiredo, D., Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26 (4), 282-289. doi: 10.1177/1533317511411177
- Gómez Gómez, MC. (2009). *Aulas multisensoriales en educación especial: estimulación e integración sensorial en los espacios Snoezelen*. España, Ed. Ideas propias.
- Grupo Albertia. (2017). Revista electrónica "Alegría Mensual". Salas Multisensoriales en el campo de la geriatría como Terapia No Farmacológica. Disponible en <http://www.albertia.es/salas-multisensoriales-en-geriatria/>
- Hope, KW. (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *The Journal Psychiatric Ment Health Nurs*, 5 (5), 377-385.
- Huertas Hoyas, E. (2009). La sala Snoezelen en Terapia Ocupacional. *Revista TOG (A Coruña)*, 6 (1): 1-9.
- Jaso Margarit, M. & Gómez Conesa, Antonia. (2008). Programa de estimulación multisensorial para enfermos de Alzheimer: alteraciones de la conducta. *Revista de fisioterapia*, 30 (3), 122-130. doi: 10.1016/S0211-5638(08)72969-9
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, MP., González-Abraldes, I., Buján, A. & Millán-Calenti, JC. (2014). Effects of Multisensory Stimulation on a

- Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (5), 463-473. doi: 10.1177/1533317514522540
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, MP., González Abrales, I., de Labra, C. & Millán-Calenti, JC. (2014). Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (7), 637-647. doi: 10.1177/1533317514532823
- Milev, RV., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (4), 372-376. doi: 10.1177/1533317508316681
- Ozdemir L. & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. *Journal of the neurological sciences*, 15 (283), 211-213. doi: 10.1016/j.jns.2009.02.367
- Riley-Doucet, CK. (2009). Use of multisensory environments in the home for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (5), 42-52.
- Robichaud, L., Hebert, R. & Desrosiers, J. (1993). Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (4), 355-360.
- Sánchez, M., Cejudo, JC., Monllau, A., Amores, F., Blanco, J. & Serrano, D. (2013). *Estimulación multisensorial (Snoezelen) en el manejo de los*

trastornos de conducta en pacientes con Demencia. [Archivo PDF]
(Master en psicogeriatría, Hospital Sagrat Cor. Martorell, Barcelona).

Staal, JA., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. & Kofman, ES. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (4), 357-370.

Van Weert, JCM. & Bensing, JM. (2009). Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Accedido en Julio de 2016, disponible en: http://www.psiquiatria.com/alzheimer_y_demencia/estimulacion-multisensorial-snoezelen-integrada-en-la-asistencia-de-la-demencia-a-largo-plazo.

Ward-Smith, P., Llanque, SM. & Curran, D. (2009). The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24 (6), 450-455. doi: 10.1177/1533317509350153.

Parte 4

Discusión y conclusiones

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Discusión

A partir del objetivo general propuesto en este estudio se realizó una revisión conceptual y de evidencia empírica sobre el tratamiento de las Demencias según la teoría de EMS y el método Snoezelen. En una primera búsqueda y selección se agruparon 27 investigaciones que entre el año 1993 y 2016 aplicaron una técnica sensorial determinada para conocer sus efectos en pacientes con diagnóstico de Demencia. En una segunda selección se recopilaron 19 estudios cumpliendo determinados criterios de inclusión (pág.159).

Los resultados de las investigaciones fueron analizados de acuerdo al tipo de técnica sensorial implementada, su eficacia y los efectos producidos sobre el desempeño en AVD, comportamiento/conducta, estado de ánimo y/o funcionamiento cognitivo de pacientes con diagnóstico de Demencia leve, moderada o severa. A continuación se discuten los resultados del análisis.

5.1.1. Técnicas sensoriales

El programa de IS creado por Ross y Burdick se aplicó en un único estudio (Robichaud *et al.*, 1993), que siguió las etapas propuestas por el enfoque con una frecuencia de 3 veces por semana y una duración de 30 a 45 minutos cada sesión. Los resultados obtenidos revelaron la falta de eficacia del programa que se explica, según los autores, por la frecuencia de las sesiones y el tamaño de la muestra insuficiente, aunque también consideraron que

aumentarlas no sería sencillo para el entorno clínico y los recursos de personal disponibles en él.

A diferencia del programa de IS, que se incorporó al ambiente terapéutico habitual de una institución para intervenir con sesiones grupales y actividades estructuradas (Robichaud *et al.*, 1993), los estudios que implementaron salas Snoezelen y de EMS coinciden en que fue necesario diseñar y adaptar el espacio cotidiano de atención ya sea asilo, centro, hospital de día, unidad de cuidados especiales (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Berg *et al.*, 2010; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008; Sánchez *et al.*, 2013; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009) o el propio hogar de los pacientes (Riley-Doucet, 2009).

La modalidad de intervención, grupal o individual, corresponde al tipo de programa o método aplicado en cada estudio. Principalmente, los beneficios se observan en las intervenciones individuales, es decir, quienes implementaron salas Snoezelen o de EMS (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Berg *et al.*, 2010; Cornell, 2004; Hope, 1998; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Milev *et al.*, 2008; Riley-Doucet, 2009; Sánchez *et al.*, 2013; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009), siguiendo la filosofía Snoezelen y los principios de la EMS en sala, llevaron a cabo tratamientos individuales que favorecieron a personalizar la atención, mejorar la comunicación entre terapeuta y paciente e influir positivamente en el comportamiento de los profesionales hacia los pacientes (Maseda, de Labra *et al.*, 2014). Del mismo modo, la integración de EMS durante el cuidado diario e individual de los pacientes ha demostrado ser beneficiosa para la promoción de

comportamientos positivos y la mejoría de la comunicación, interacción y el bienestar (Cruz *et al.*, 2011; van Weert & Bensing 2009;).

En el caso de las intervenciones grupales, un estudio confirma que existieron mejorías en los pacientes con EA que participaron de sesiones grupales de EMS (música, pintura, imágenes, orientación), disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión, y mejorando su estado cognitivo (Ozdemir & Akdemir, 2009), mientras que el programa de IS no logró comprobar su eficacia (Robichaud *et al.*, 1993).

Las intervenciones sensoriales fueron dirigidas por profesionales de la salud, tratándose en su mayoría de terapeutas (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Hope, 1998; Jaso Margarit & Gómez Conesa, 2008; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et al.*, 2014; Ozdemir & Akdemir, 2009; Robichaud *et al.*, 1993; Sánchez *et al.*, 2013; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009). No obstante, algunos estudios concuerdan en que designar a auxiliares, cuidadores y/o enfermeras para llevar adelante los tratamientos podría contribuir a mejorar el nivel de bienestar, satisfacción y disfrute de los pacientes y personal, como así también reducir el estrés asociado con el cuidado (Cruz *et al.*, 2011; Riley-Doucet, 2009; van Weert & Bensing, 2009).

Si bien todos los estudios tomaron como muestra pacientes con Demencia, las etiologías fueron variadas incluyendo DTA, DFT, DV y mixta. Con respecto al grado de severidad se incluyeron pacientes con deterioro moderado a severo, excepto un único estudio que evaluó a pacientes con EA leve (Ozdemir & Akdemir, 2009). Esto es indicativo de que las intervenciones sensoriales, principalmente Snoezelen y EMS en sala, se aplican sobre todo en

fases avanzadas, debido al estado de los pacientes en las últimas etapas de la enfermedad.

La frecuencia y duración de las sesiones dentro de las salas, en promedio, se extendió de 2 a 3 veces por semana y de 30 a 40 minutos cada sesión. En este sentido, en su estudio Milev *et al.* (2008) luego de comparar los efectos de 1 sesión de Snoezelen por semana vs 3 sesiones semanales concluyeron que podría existir una tendencia a obtener mejores resultados con el aumento del número de sesiones por semana.

A pesar de que cada investigación determinó la duración de las sesiones, el paciente en todo momento tuvo la posibilidad de decidir si continuaba o no dentro de la sala. Es de importancia destacar este dato, ya que para algunos puede ser que no represente una experiencia agradable y despierte reacciones contraproducentes. Esto se vio reflejado en el estudio de Baker *et al.* (1997) al modificarse la muestra debido a que de 4 pacientes 3 manifestaron aversión a la sala y uno de ellos encontró la habitación claustrofóbica manifestando ansiedad al ingresar y permanecer en ella.

Las intervenciones en sala reflejaron el uso de dos tipos de enfoques, el NO directivo que anima a los pacientes a elegir cuándo y con qué estímulos sensoriales interactuar, y el directivo que si bien es más estructurado, también se lo considera efectivo para el tratamiento de las personas con Demencia (Maseda, Buján *et al.*, 2014),

Los estudios que compararon la eficacia de la terapia en sala con otra modalidad de intervención como actividad estandarizada, Terapia de Reminiscencia o atención habitual (Baillon *et al.*, 2004; Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003; Berg *et al.*, 2010; Maseda, Buján *et al.*, 2014; Maseda, de Labra *et*

al., 2014; Milev *et al.*, 2008; Staal *et al.*, 2007 & Ward-Smith *et al.*, 2009) no lograron comprobar que exista mayor efectividad de una sobre otra, sin embargo, reconocen que ambas técnicas son beneficiosas en el tratamiento de pacientes con Demencia. Según Baillon *et al.* (2004), quienes compararon la efectividad entre sala Snoezelen y Terapia de Reminiscencia, la estimulación Snoezelen podría ser una actividad agradable y positiva para personas con Demencia y una opción apropiada para quienes otras actividades resultan inadecuadas.

5.1.2. Efectos de las Intervenciones sensoriales

De acuerdo al análisis efectuado se discutirán los efectos sobre las siguientes dimensiones: desempeño en AVD, comportamiento/conducta, estado de ánimo y funcionamiento cognitivo.

5.1.2.1 Desempeño en AVD

En términos generales, hay acuerdo acerca de que un entorno estable y organizado adecuadamente puede contribuir a la adaptación de personas con Demencia y a su desempeño en las actividades (Robichaud *et al.*, 1993).

Hay tres estudios que evaluaron el desempeño de los pacientes en AVD. El de Robichaud *et al.* (1993) mediante un programa de IS, el de Maseda, Buján *et al.* (2014) mediante una sala de EMS y el de Staal *et al.* (2007) que combinó Snoezelen con atención psiquiátrica estándar.

A pesar de que la implementación del programa de IS y la sala de EMS lograron una mejoría en el nivel de asistencia requerido por los pacientes para las AVD, los resultados alcanzados por ambas intervenciones no fueron

significativos. En oposición, el tercer estudio comprobó que Snoezelen combinado con atención psiquiátrica estándar logró disminuir los niveles de agitación y apatía en pacientes internados, y por consecuencia mejorar los niveles de independencia para AVD (Staal *et al.*, 2007).

5.1.2.2. Comportamiento/conducta

A medida que avanza la Demencia la calidad de vida de los adultos mayores se ve afectada por los cambios propios de la enfermedad, y las alteraciones del comportamiento/conducta son uno de ellos.

Cuando se manifiestan estas alteraciones, los familiares y cuidadores deben lidiar con ellas, las cuales pueden variar entre agitación, irritabilidad, agresividad, apatía, perseverancia, vagabundeo y otras. Según Robichaud *et al.* (1993), el desafío para los terapeutas y cuidadores es adaptar las intervenciones para este tipo de pacientes y sus manifestaciones. Por ejemplo, mediante las técnicas sensoriales, los estímulos tendrían la capacidad de ampliar el contacto del paciente con el entorno y contribuirían a neutralizar algunos trastornos de la conducta (Sánchez *et al.* 2013).

En general, los resultados alcanzados en los estudios revelan que la implementación de técnicas sensoriales podrían mejorar el comportamiento de pacientes con Demencia, ya sea aumentando el nivel de alerta y la conexión con el medio circundante (Maseda, de Labra *et al.*, 2014 & Riley-Doucet., 2009) como sintiéndose más relajados, disminuyendo por efecto la agitación y los comportamientos perturbadores (Baillon *et al.*, 2004; Robichaud *et al.*, 1993; Sánchez *et al.*, 2013 & Ward-Smith *et al.*, 2009).

Los síntomas no cognitivos, como ansiedad, apatía, depresión y el comportamiento desafiante complican el curso de la enfermedad y dificultan la comunicación. Como solución a ello, la intervención sensorial representaría un ambiente terapéutico de disfrute (Milev *et al.*, 2008), calma y relajación que favorecería la regulación de las alteraciones comportamentales (Berg *et al.*, 2010).

5.1.2.3. Estado de ánimo

En quienes padecen Demencia la sintomatología que acompaña el cuadro afecta diversos aspectos de su persona, uno de ellos es el estado anímico, entendido como el modo de permanecer emocionalmente durante un tiempo prolongado.

Las propiedades y características que se le reconocen a las técnicas implementadas conformaron un espacio de experiencia sensorial, disfrute, calidez y confianza (Baker *et al.*, 1997, 2003), que favoreció a corto plazo al estado anímico de los pacientes estudiados (Baker *et al.*, 1997, 2003; Cornell, 2004 & Maseda, Buján *et al.*, 2014). Las mejorías se vieron reflejadas en una mayor iniciativa para relacionarse con los demás, menor expresión de aburrimiento y mayor felicidad (Baker *et al.*, 2001).

5.1.2.4. Funcionamiento Cognitivo

Debido a que en el transcurso de la Demencia el deterioro afecta, con mayor o menor intensidad, las funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras), y por consecuencia la funcionalidad de quien lo padece, evaluar

los efectos que producen las intervenciones sensoriales en el funcionamiento cognitivo de pacientes con Demencia es el interés de algunas investigaciones.

En el caso de las que fueron seleccionadas para el presente estudio, todas coinciden en la utilización del MMSE como instrumento de medición, sin embargo, se diferencian por el tipo de intervención que implementan, la metodología y los resultados alcanzados.

Los estudios que intervinieron mediante sala Snoezelen o de EMS, luego de comparar el funcionamiento cognitivo entre grupos de estudio y grupo control, no lograron obtener resultados significativos (Baker *et al.*, 1997, 2001, 2003 & Maseda, Buján *et al.*, 2014). Sin embargo, hubo un estudio particular que mediante un programa de EMS basado en terapia musical, pintura y actividades de orientación en tiempo, lugar y persona, demostró efectos positivos y significativos sobre el nivel cognitivo de pacientes con EA (Ozdemir & Akdemir, 2009). Cabe destacar que éste último estudio no contó con grupo control para comparar los efectos.

5.2. Conclusiones

Hoy en día, más de 46 millones de personas en todo el mundo viven con Demencia, número que se estima que aumentará a 131,5 millones en el año 2050 (World Alzheimer Report, 2015). El impacto funcional es significativo considerando que los signos y síntomas característicos de un cuadro demencial afectan el desempeño cognitivo, psicológico, físico, social y/o familiar de quien lo padece.

Como se ha destacado, en TO se implementan diversas técnicas para el tratamiento de adultos mayores con Demencia con el fin de promover su

autonomía, bienestar, la integración al entorno físico y social, y mejorar su calidad de vida. En este trabajo el interés estuvo dirigido a la implementación de EMS y el método Snoezelen en el tratamiento de las Demencias.

La relevancia de estos métodos se basa en la idea de que las sensaciones constituyen la fuente principal de los conocimientos tanto de nuestro mundo interior como del exterior. Algunos adultos mayores, sobre todo los que se encuentran institucionalizados, presentan desequilibrios sensoriales debido a la privación de estimulación sensorial o a su manifestación de manera excesiva. Estos desequilibrios repercuten en el comportamiento y el estado de ánimo de los pacientes por lo tanto, en estos casos, es necesario optimizar y balancear los niveles de estimulación.

La evidencia empírica ha permitido reconocer que existen diferentes técnicas capaces de ofrecer estimulación sensorial a pacientes con Demencia, cuya eficacia y efectos son variados.

A partir de los resultados de los estudios analizados y discutidos anteriormente se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El programa de IS de Ross y Burdick (1981), basado en la adaptación de la teoría de IS para el tratamiento de personas con trastornos degenerativos, sólo fue utilizado en una investigación y no demostró ser eficaz para mejorar el comportamiento de pacientes con Demencia.
2. Las salas Snoezelen o de EMS:
 - a) Fueron las técnicas sensoriales más estudiadas. Su implementación ha demostrado resultados positivos, principalmente, en el comportamiento/conducta y estado de ánimo

de pacientes con Demencia. Resultados que se observaron mayormente a corto plazo.

- b) Promueven el tratamiento individual, reconociendo las características particulares de cada caso, y favoreciendo a la comunicación y relación vincular entre paciente–TO.
 - c) Podrían ser una alternativa efectiva para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Demencia modera–severa.
 - d) Hasta el momento no se ha comprobado que esta terapia tenga una eficacia mayor a otras técnicas de intervención, como la Terapia de Reminiscencia o las actividades estandarizadas.
3. La conformación de un entorno multisensorial implica la inversión de recursos físicos y económicos, además de la capacitación previa del profesional que llevará adelante las sesiones.
 4. Incorporar programas de EMS a la atención cotidiana de pacientes institucionalizados podría generar cambios positivos en su conducta y mayor bienestar para sí mismos y para quienes los asisten.
 5. Es necesario contar con nuevos estudios de importante duración y calidad metodológica para confirmar la efectividad de las intervenciones sensoriales a largo plazo y sus beneficios sobre el desempeño de AVD y el funcionamiento cognitivo de personas con Demencia.

5.3. Consideraciones finales

Las investigaciones seleccionadas y analizadas en el presente estudio permiten profundizar los conocimientos existentes para TO sobre el abordaje

sensorial en pacientes con Demencia y conocer los posibles lineamientos para su intervención.

Es importante considerar aquellos estudios que alcanzaron resultados que reflejan mejorías y beneficios en los pacientes y sustentan la idea de incorporar la EMS, mediante salas o programas de estimulación, al tratamiento de las Demencias, pero al mismo tiempo se debe reconocer que en algunos casos se trata de estudios que presentaron limitaciones metodológicas y sugieren realizar nuevas investigaciones (modificando el tamaño de la muestra, los instrumentos de medición o la frecuencia y duración del tratamiento), para obtener evidencia que demuestre su eficacia.

En el caso de las limitaciones de este trabajo se considera que, en primer lugar, para seleccionar los estudios que serían analizados se siguieron criterios de inclusión muy generales, que abarcaron diferentes diseños metodológicos, muestras con distintos diagnósticos de Demencia y toda técnica sensorial implementada en dicha población. Si bien se trata de una tesis teórica que pretende dar una visión amplia sobre el tema, para investigaciones futuras se sugiere una selección más acotada.

En segundo lugar, este estudio teórico–documental no comprueba empíricamente la eficacia de los lineamientos propuestos de manera teórica. Por ello se recomienda la continuación del mismo para determinar su validez en una futura investigación.

REFERENCIAS

- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (11), 1047-1052. doi: 10.1002/gps.1208
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J. & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60 (5), 213-218. doi: 10.1177/030802269706000507
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., Dowling, Z., Thomas, P., Assey, J. & Wareing, LA. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 81-96.
- Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, CC., Larsson, A., Hartman, LC., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, PW., Wareing, LA. & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 465-477.
- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., Becker, C., Lautenschläger, C. & Behrens, J. (2010). Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 31 (10), 5. doi: 10.1186/1471-2318-10-5

- Cornell, A. (2004). Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women who have a dementing illness. *The international journal of psychiatric nursing research*, 9 (2), 1045-1062.
- Cruz, J., Marques, A., Barbosa, AL., Figueiredo, D., Sousa, L. (2011). Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 26 (4), 282-289. doi: 10.1177/1533317511411177
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, MP., González-Abraldes, I., Buján, A. & Millán-Calenti, JC. (2014). Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (5), 463-473. doi: 10.1177/1533317514522540
- Maseda, A., Sánchez, A., Marante, MP., González Abraldes, I., de Labra, C. & Millán-Calenti, JC. (2014). Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29 (7), 637-647. doi: 10.1177/1533317514532823
- Milev, RV., Kellar, T., McLean, M., Mileva, V., Luthra, V., Thompson, S. & Peever, L. (2008). Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week single-blind randomized controlled pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (4), 372-376. doi: 10.1177/1533317508316681
- Ozdemir L. & Akdemir, N. (2009). Effects of multisensory stimulation on cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's

- patients. *Journal of the neurological sciences*, 15 (283), 211-213. doi: 10.1016/j.jns.2009.02.367
- Riley-Doucet, CK. (2009). Use of multisensory environments in the home for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (5), 42-52.
- Robichaud, L., Hebert, R. & Desrosiers, J. (1993). Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia. *American Journal of Occupational Therapy*, 48 (4), 355-360.
- Sánchez, M., Cejudo, JC., Monllau, A., Amores, F., Blanco, J. & Serrano, D. (2013). *Estimulación multisensorial (Snoezelen) en el manejo de los trastornos de conducta en pacientes con Demencia*. [Archivo PDF] (Master en psicogeriatría, Hospital Sagrat Cor. Martorell, Barcelona).
- Staal, JA., Sacks, A., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H. & Kofman, ES. (2007). The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37 (4), 357-370.
- Van Weert, JCM. & Bensing, JM. (2009). Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Accedido en Julio de 2016, disponible en: http://www.psiquiatria.com/alzheimer_y_demencia/estimulacion-multisensorial-snoezelen-integrada-en-la-asistencia-de-la-demencia-a-largo-plazo.
- Ward-Smith, P., Llanque, SM. & Curran, D. (2009). The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *American*

Journal of Alzheimer`s Disease and Other Dementias, 24 (6), 450-455.

doi: 10.1177/1533317509350153.

World Alzheimer Report. (2015). *The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer`s Disease International (ADI), London.