

2016

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

Rodríguez, María Clara

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1110>

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

Plan de tesis

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

Autora: Rodríguez, Ma. Clara

Directora: Terapeuta Ocupacional Loo, Andrea

Co-directora y asesora Metodológica: Dra. en Psicología Vivas, Leticia

Octubre 2016

Autora

Rodríguez, Ma. Clara

DNI: 32584671

Matrícula: 8991/05



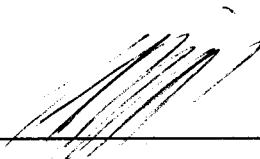
Directora

Terapeuta Ocupacional Loo, Andrea



Co-directora y Asesora Metodológica

Dra. Vivas, Leticia



Índice general

Abreviaturas	5
Introducción	6
Tema	8
Problema.....	8
Objetivos.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
Fundamentación.....	9
Constructos de investigación.....	10
Definición conceptual de Demencia.....	10
Definición conceptual de terapia de EMS.....	12
Definición conceptual de método Snoezelen.....	13
Referencias.....	15

Parte I. Marco teórico

Capítulo 1. Terapia ocupacional en Gerontología.....	18
1.1. Bases conceptuales.....	18
1.2. Modelos para la práctica	19
1.2.1. Modelo de discapacidad cognitiva	19
1.2.2. Abordaje dinámico de interacción recíproca	21
1.2.3. Marco Biomecanisista y Rehabilitador	22
1.2.4. Modelo rehabilitador.....	24
1.2.5. Modelo de las destrezas adaptativas	25
1.2.6. Modelo de conducta ocupacional.....	26

1.2.7. Modelo de la ocupación humana	28
1.2.8. Modelo de la persona, el entorno, la ocupación y el desempeño PEOP	30
1.2.9. Modelo de la adaptación ocupacional	31
1.3. Rol del terapeuta ocupacional en Gerontología	32
1.4. Relevancia de la intervención de Terapia Ocupacional en Gerontología en la actualidad.....	34
1.5. Referencias	36
Capítulo 2. Demencias.....	39
2.1. Criterios diagnósticos.....	39
2.2. Clasificación.....	44
2.3. Epidemiología de las Demencias.....	48
2.4. Factores de riesgo.....	50
2.5. Deterioro Cognitivo Leve	52
2.5.1. ¿Evoluciona hacia Demencia?	54
2.6. Repercusiones de la Demencia.....	55
2.7. Tratamiento desde TO en Gerontología.....	57
2.7.1. Objetivos de tratamiento.....	59
2.7.2. Intervención de TO.....	60
2.7.3. Técnicas de intervención.....	62
2.7.3.1. Intervención cognitiva.....	62
2.7.3.2. TOR	63
2.7.3.3. Terapia de Validación.....	64
2.7.3.4. Reminiscencia.....	66
2.7.3.5. Estimulación sensorial.....	68

2.7.3.6. Intervención a través de la música.....	70
2.7.3.7. Intervención a través del arte.....	71
2.7.3.8. Psicomotricidad.....	73
2.7.3.9. Adecuación ambiental y estructuración del entorno.....	75
2.7.3.10. Intervención en AVD.....	76
2.7.3.11. Intervención en el área de ocio y tiempo libre.....	78
2.8. Referencias.....	80
Capítulo 3. Estimulación Multisensorial (EMS)	86
3.1. Historia de la EMS	86
3.2. Método Snoezelen.....	87
3.2.1. Finalidad.....	87
3.2.2. Salas Snoezelen.....	88
3.2.2.1. Tipos de salas	89
3.2.2.2. Materiales.....	91
3.2.3. Modalidad de trabajo	93
3.2.4. Objetivos de la intervención en sala.....	94
3.3. Fundamento teórico.....	96
3.3.1. Estímulo, sensación y percepción.....	96
3.3.2. Sistemas sensoriales.....	97
3.4. Intervención sensorial en Demencias.....	104
3.5. Tabla de investigaciones.....	106
3.6. Referencias.....	136

Parte II. Aspectos metodológicos

Diseño metodológico..... 145

Tipo de estudio 145

Materiales y métodos..... 145

Técnicas de recolección de datos..... 146

Referencias y bibliografía 148

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

DFT: Demencia Frontotemporal

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

DTA: Demencia Tipo Alzheimer

EA: Enfermedad de Alzheimer

EMS: Estimulación Multisensorial

MMSE: Mini Mental State Examination

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNC: Sistema Nervioso Central

TO: Terapia Ocupacional

TOR: Terapia de Orientación a la Realidad

INTRODUCCIÓN

La Demencia constituye un síndrome clínico que afecta predominantemente a adultos mayores y se caracteriza por la presencia de síntomas que repercuten en la vida personal, familiar y social de quien lo padece.

El deterioro progresivo cognitivo, conductual y funcional con que cursa la Demencia es motivo de intervención para el área de Terapia Ocupacional en Gerontología.

En la actualidad se conocen diversas teorías y técnicas de intervención que incumben al área de Terapia Ocupacional (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 del presente plan de tesis 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 propone identificar cuáles son las técnicas de EMS más eficaces para el tratamiento de las Demencias y qué efectos 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.

Finalmente, luego del análisis e interpretación de la teoría y la evidencia empírica, se realizarán consideraciones sobre las características del rol del

terapista ocupacional para la intervención en Demencias mediante el método Snoezelen.

- **TEMA**

Tratamiento de adultos mayores con Demencia, desde Terapia Ocupacional 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 focalizará 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 será de tipo *teórica*, en base a 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 hablará 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 Hulsege 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 relajarse (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 interaccionar con el otro (Cid Rodríguez & Camps Llauradó, 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 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 Llauredó, 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 Geriatria 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.isnaespana.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, desde sus orígenes fue evolucionando, recibiendo diferentes denominaciones, como así también 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 Toggia (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 rehabilitador

Este modelo ha ejercido influencia desde 1980 y se emplea en la mayoría de los espacios de la práctica profesional.

Según la OMS la rehabilitación es “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, p.23).

El proceso de rehabilitación requiere un detallado conocimiento de las circunstancias médicas, sociales y ambientales del paciente y las metas del tratamiento deben girar en torno a las necesidades del mismo.

Los métodos incluyen la aplicación de técnicas desarrolladas a partir del enfoque biomecánico, de neurodesarrollo, cognitivo e interactivo.

El principal foco de atención para la intervención, por medio de este modelo, es la restauración de la función sensitivomotora, la independencia en las AVD y las destrezas laborales y sociales.

Algunas de las metas que se buscan alcanzar por medio del modelo rehabilitador son:

- Posibilitar al individuo alcanzar la independencia en AVD, trabajo y ocio
- Restaurar la capacidad funcional del individuo al nivel previo o lo máximo posible
- Maximizar y mantener el potencial de las destrezas indemnes o conservadas

- Compensar la incapacidad residual mediante ayudas técnicas, ortesis o adaptaciones ambientales

Una de las ventajas del uso de este modelo es la posibilidad de emplear gran cantidad y variadas técnicas para el alcance de los objetivos.

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 PEOP

(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 Puigpíquer. (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.
- 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+discapac>

idad+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: ○ 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).

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, atrofas 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, curso 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 aproximadamente 1.000.000 de sujetos con deterioro cognitivo y 480.000 sujetos con Demencia (Ricardo Allegri, 2011).

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 (RL Arizaga, 2005); 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: ánimo 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 visuoconstructivas

- 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 unico	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 diagnostico lo mas prematuramente posible. Para colaborar con ello, han surgido nuevos conceptos como los descritos anteriormente, para permitir así arribar al diagnostico de manera temprana (Allegri & Cols. 2005).

2.6. 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).

2.7. Tratamiento de las Demencias desde Terapia Ocupacional 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, Guzmán & Altimir (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).

2.7.1. 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).

2.7.2. Intervención de Terapia Ocupacional

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, Guzmán Lozano & Altimir Losada, 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).

2.7.3. 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.

2.7.3.1. 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 Sitzler, 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.

2.7.3.2. 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).

2.7.3.3. 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 capacidad de expresar sentimientos como amor, odio, miedo a la separación y lucha por la identidad.	Centrado en los sentimientos como medio de comunicación (expresados de manera verbal y no verbal). Alivian ansiedad y estrés.
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.

2.7.3.4. 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.

2.7.3.5. Estimulación sensorial

Mediante el enfoque de estimulación sensorial se pretende conseguir un despertar sensorial por parte de la persona con Demencia, la conexión de ella con el mundo que le rodea y su activación (Pérez Muñoz *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).

Es una técnica que se utiliza, especialmente, en los estadios más avanzados o en los de mayor nivel de deterioro, ya que, en muchas ocasiones, es uno de los pocos métodos que permite establecer una comunicación en esta etapa.

Por medio de la estimulación no se busca una respuesta concreta, sino ver de qué modo responde o conecta el sujeto. El terapeuta tendrá que estar atento a cualquier gesto, movimiento o sonido que se produzca en la persona tras la estimulación, dando, eso sí, el tiempo suficiente para que surja. Se presentarán estímulos a nivel de los cinco sentidos. Por ejemplo, ofreciendo diferentes texturas, formas, temperaturas, densidades, etc. (Pérez Muñano *et al.*, 2012).

Cuando se logra la discriminación entre objetos y estímulos, la persona logra percibir el entorno como algo más manejable y real (Durante Molina *et al.*, 2010).

Abellán Vidal *et al.* (2010) consideran que mediante este tipo de estimulación se pretende ofrecer al paciente con Demencia estímulos sensoriales, ya sea de una modalidad sensorial determinada (musicoterapia, aromaterapia, masajes, etc.), o bien de forma multisensorial (Snoezelen), para favorecer su actividad cognitiva.

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).

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.

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

El método Snoezelen fue desarrollado a mediados de la década de 1970, con el fin 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).

2.7.3.6. 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.

2.7.3.7. 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, práxicas, 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.

2.7.3.8. 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.

2.7.3.9. 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).

2.7.3.10. Intervención en Actividades de la Vida Diaria (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.

2.7.3.11. 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
- 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.
- 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, Ana. & Jaskilevich Judith. (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/Psicogeriatria.shtml>

Corregidor Sánchez, Al. (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/>

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

CAPÍTULO 3. ESTIMULACION MULTISENSORIAL (EMS)

3.1. Historia de la EMS

La práctica de EMS se construye 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 y se da inicio al marco de referencia de integración sensorial en Norte América, aplicados en niños con discapacidad (J. Ayres).

- Surgen los espacios multisensoriales como apoyo terapéutico positivo para personas con enfermedad mental.

1970 - Se empieza a desarrollar lo que sería la estimulación basal en niños con discapacidad (A.Frölich, 1998) y aparecen las primeras experiencias que llevan el concepto del juego hacia una actividad multisensorial.

- A mediados de los años 70, en Holanda se desarrolló el trabajo y la filosofía de intervención Snoezelen (Jan Hulstijn y Ad Verhulst), la cual se extendió 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, ir más lejos de las atenciones sanitarias básicas, ofreciendo al paciente otras terapias y actividades que no intervengan en la atención médica, pero que ayuden a tener un mejor estado de ánimo.

1987 - Se crea en Whittington (Reino Unido) la primera instalación Snoezelen para adultos con deficiencia mental.

1990 - El método Snoezelen se comienza a difundir ampliamente a diferentes ámbitos: científico, terapéutico y de ocio.

2000 - En España, empieza el contacto con el mundo Snoezelen y poco a poco se van ampliando los servicios y variando las aplicaciones.

3.2. MÉTODO SNOEZELEN

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, aulas multisensoriales o espacios Snoezelen. La primera sala creada por Jan Hulsege 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 perceptivomotora y

sensorial por medio de obstáculos, cuerdas colgantes, sorpresas, cilindros huecos, grandes pelotas, etc. (*imagen 3*).

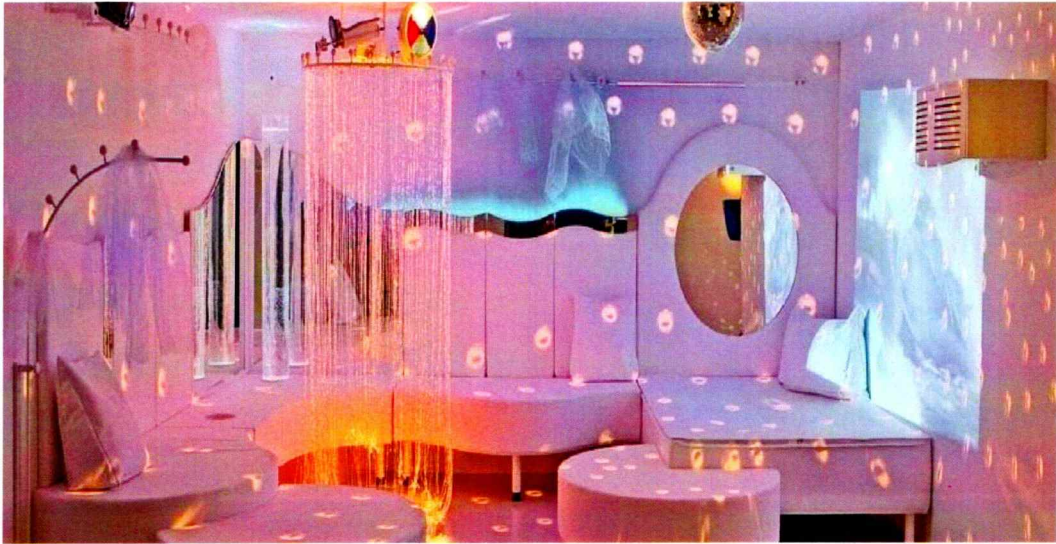


Imagen 1: sala blanca

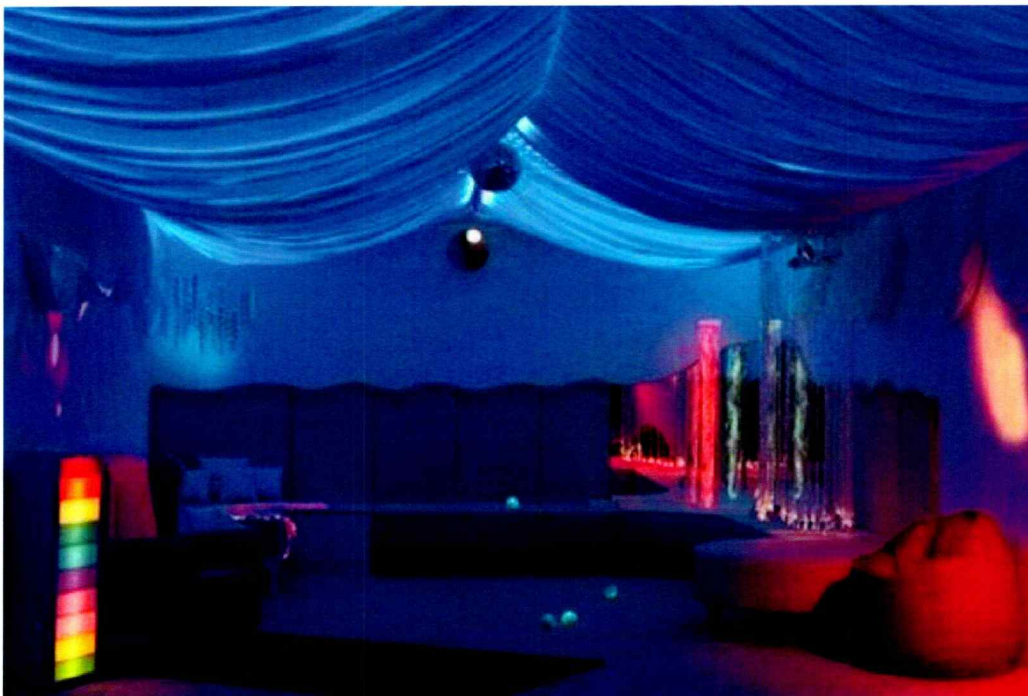


Imagen 2: sala negra



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 de Snoezelen 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 Llauredó, 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 medula 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 Llauredó, 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 Llauredó, 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 Llauredó, 2010).

En la Tabla 11, 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 (Robichaud, Hebert & Desrosiers, 1993; Monsalve Robayo & Rozo Reyes, 2009; Molsalve Robayo, Korenfeld Kaplan, Guarín Caro & Buitrago Narváez, 2013) basado en la adaptación de la teoría de integración sensorial 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:

Etapas 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.

Tabla 11. Intervenciones sensoriales en el tratamiento de Demencias desde el año 1993 hasta 2016

Año	Título – Autores	Objetivo	Muestra	Método - Intervención	Resultados/Conclusión
1993	<u>Título:</u> Efficacy of a Sensory Integration Program on Behaviors of Inpatients With Dementia. <u>Autores:</u> - Robichaud, L. - Hebert, R. - Desrosiers, J.	Medir la eficacia del programa de integración sensorial desarrollado por Ross y Burdick para mejorar el funcionamiento de las personas con Demencia.	40 sujetos con Demencia (28 mujeres, 12 hombres, edad media de 78,4 años), de tres diferentes entornos institucionales en Quebec, Canadá.	Ensayo controlado aleatorio. Los sujetos participaron de un programa de integración sensorial, durante 10 semanas en 3 sesiones de 45 minutos por semana. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) developed by Teri et al. (1992). - Psychogeriatric Scale of Basic Activities of Daily Living (PSBADL) (Laberge & Gauthier, 1990).	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.
1997	<u>Título:</u> Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia.	Investigar los efectos a corto y largo plazo del entorno Snoezelen, en el comportamiento,	Pacientes con Demencia concurrentes a un hospital de día.	Ensayo controlado aleatorio. Algunos pacientes participaron en 8 sesiones de Snoezelen, y otros en 8 sesiones de	A largo plazo, los principales beneficios estaban en el dominio de la conducta social perturbada. En el entorno del hogar, no hubo una

	<u>Autores:</u> - Baker, R. - Dowling, Z. - Wareing, L. A. - Dawson, J. - Assey, J.	estado de ánimo y cognición de pacientes con Demencia, y obtener una comprensión de los procesos que ocurren dentro de Snoezelen.		actividad cotidiana. 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.	diferencia altamente 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.
1998	<u>Título:</u> The effects of multisensory environments on older people with dementia. <u>Autor/a:</u> - Hope, KW.	Evaluar los efectos de la exposición de las personas mayores con Demencia a un ambiente multisensorial.	29 personas mayores con diagnóstico Demencia.	Implementación de salas de estimulación, mediante la utilización de una serie de objetos y materiales.	Los datos recogidos de 29 pacientes demostraron que se trataba de una experiencia positiva en términos de respuesta a los equipos y efecto en el comportamiento.
2001	<u>Título:</u> A randomized controlled trial of the effects of multi-	Investigar los efectos a corto plazo de la estimulación	50 pacientes con diagnóstico de Demencia moderada a severa	Ensayo controlado aleatorio. Los pacientes participaron en 8	Después de las sesiones de EMS y actividad los pacientes hablaron de manera más espontánea,

	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.	multisensorial (EMS) en el comportamiento, estado de ánimo y la cognición de adultos mayores con Demencia.	asignados al azar a grupos de actividad o EMS.	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.	relacionándose mejor con los demás, y se encontraban más activos o alertas. Ambos grupos estaban más atentos a su entorno que antes, con una mejoría significativamente mayor en el grupo de EMS. El grupo EMS mostró una mejora significativa en el estado de ánimo y el comportamiento en el hogar.
2003	<u>Título:</u> Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. <u>Autores:</u> - Baker, R. - Holloway, J. - Holtkamp, CC.	Evaluar si la EMS es más eficaz para cambiar el comportamiento, estado de ánimo y la cognición de los adultos mayores con Demencia, que una actividad controlada (jugar	136 pacientes con diagnóstico de Demencia (de tres países: Reino Unido, los Países Bajos y Suecia), se asignaron al azar a los grupos de EMS y de actividad controlada.	Ensayo controlado aleatorio. 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	Hubo mejoras limitadas a corto plazo para ambos grupos, inmediatamente después de las sesiones.

	- Larsson, A. - Hartman, L.C. - Pearce, R. - Scherman, B. - Johansson, S. - Thomas, P.W. - Wareing, L.A. - Owens, M.	juegos de cartas, mirar fotografías, haciendo ejercicios interactivos, etc.).		de las sesiones. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - The Behaviour Rating Scale (BRS, Pattie & Gilleard, 1979). - Rehabilitation Evaluation Hall and Baker tool (REHAB) (Baker & Hall 1988). - The Behaviour and Mood Disturbance Scale (BMD, Greene et al. 1982).	
2004	<u>Título:</u> A comparison of the effects of snoezelen therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. <u>Autores:</u> - Baillon, S. - Van Diepen, E. - Prettyman R, - Redman, J.	Evaluar el efecto de Snoezelen en el estado de ánimo y el comportamiento de pacientes con Demencia, en comparación con el efecto de una terapia de reminiscencia.	20 pacientes con diagnóstico de Demencia y agitación significativa de su comportamiento.	Diseño cruzado aleatorio controlado. Cada paciente recibió 3 sesiones de Snoezelen y 3 de terapia de reminiscencia durante 2 semanas, con una duración de 40 minutos cada sesión. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - The Clinical Dementia	Ambas intervenciones tuvieron un efecto positivo. Las diferencias observadas entre las intervenciones eran pequeñas para el cambio en comportamiento agitado y el ritmo cardíaco. Se requiere de una investigación adicional, con un mayor número de sujetos, y un adecuado

	- Rooke, N. - Campbell, R.			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).	control para establecer los beneficios de Snoezelen para las personas en diferentes etapas de la Demencia.
2004	<u>Título:</u> Multisensory Environments for Leisure: Promoting Well-being in Nursing Home Residents With Dementia. <u>Autores:</u> - Cox, H. - Burns, I. - Savage, S.	Examinar la eficacia de dos tipos de entornos multisensoriales para la mejora del bienestar de las personas mayores con Demencia.	24 residentes de hogar de ancianos, con diagnóstico de Demencia.	Los dos entornos multisensoriales eran una sala Snoezelen y una 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 en la sala Snoezelen, en el jardín, y en la sala de estar.	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.
2004	<u>Título:</u> Evaluating the effectiveness of Snoezelen on women	Explorar la eficacia de Snoezelen en mujeres que con diagnóstico de	4 mujeres con diagnóstico de Demencia (etapa moderada a grave).	Diseño de estudio de caso único. Las 4 mujeres participaron en sesiones Snoezelen 2 veces por	Hubo un cambio positivo en todas las pacientes en el estado de ánimo/comportamiento, por una duración de 30 minutos

	who have a dementing illness. <u>Autor/a:</u> - Cornell, A.	Demencia, y determinar la eficacia a corto plazo después de que el tratamiento ha cesado.		semana durante un período de 4 semanas. Se observó el estado de ánimo/comportamiento. <u>Instrumento de evaluación:</u> - Interact Interact y escalas de calificación cortas de Baker & Dowling (1995).	después de cada la sesión 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 una enfermedad demencial.
2004	<u>Título:</u> Using multi-sensory environments (MSEs) with people with dementia. <u>Autor/a:</u> - Hope, KW. - Waterman, HA.	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 en el que se realizó el estudio. 1 sala de EMS. Un staff personal de 29 personas.	Investigación de exploración de cuatro años. Se presentan consideraciones conceptuales y teóricas. 3 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 terapia. Se exponen consideraciones acerca del concepto de	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.
2007	<u>Título:</u> Aproximación conceptual al uso	Realizar una aproximación teórica al uso de		Se describe el enfoque de tratamiento, organizado por etapas,	

	de la integración sensorial en personas con Demencia tipo Alzheimer (DTA). <u>Autores:</u> - Molsalve Robayo, Angélica María. - Rozo Reyes, Claudia Marcela.	un enfoque terapéutico, centrado en la integración sensorial como medio para generar conductas adaptativas en la población sujeto de atención.		demencia, su epidemiología, estadios, 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.	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	<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. <u>Autores:</u> - Staal, JA. - Sacks, A. - Matheis, R.	Mejorar la independencia en las AVD, reducir la agitación y la apatía.	24 pacientes con diagnóstico de Demencia (leve - moderada).	Estudio aleatorio. Los 24 participantes con diagnóstico de Demencia, asignados al azar, se dividieron en dos grupos: para recibir Snoezelen en combinación con tratamiento psiquiátrico estándar o una actividad estructurada en combinación con la atención psiquiátrica estándar. El protocolo consistió en 6 sesiones, de 25 a 30 minutos, y se llevó a cabo en el transcurso de	Los resultados indicaron que los pacientes tratados con Snoezelen combinado con la atención psiquiátrica, tenían mayores niveles de independencia en las AVD y niveles significativamente disminuidos de la agitación y la apatía.

	- Collier, L. - Calia, T. - Hanif, H. - Kofman, ES.			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, Antonia.	Exponer cómo se manifiestan e influyen las alteraciones neuropsiquiátricas durante un programa de estimulación multisensorial.	15 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, con edad media de 78,3 años y una desviación estándar (DE), de 5,17.	Se aplicó un programa de estimulación multisensorial. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - Escala de evaluación rápida de la discapacidad - índice de Barthel - Escala de Deterioro Global. - Neuropsychiatric Inventory.	Las alteraciones conductuales más frecuentes fueron apatía e indiferencia. Mediante la comunicación y la información previa, los pacientes que mostraban apatía participaron en las actividades. 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-week single-blind randomized controlled pilot study. <u>Autores:</u> - Milev, RV.	Examinar si las sesiones de SMS tenían un efecto beneficioso en el comportamiento de adultos con Demencia, en comparación con los efectos de la atención habitual.	21 pacientes con diagnóstico de Demencia (según criterios del DSM-IV para la demencia), 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	Estudio piloto de 24 semanas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a 1 de 3 grupos. El grupo control no recibió tratamiento experimental. El segundo grupo tenía 1 sesión de Snoezelen por semana, y el tercer grupo tenía 3 sesiones de Snoezelen	Según lo medido, hay una tendencia a mejores resultados con el aumento de sesiones de por semana, lo cual fue estadísticamente significativo en las semanas 8 y 12. Esta diferencia continuó durante 12 semanas adicionales después de terminado el tratamiento.

	- Kellar, T. - McLean, M. - Mileva, V. - Luthra, V. - Thompson, S. - Peever, L.		pacientes que restaban.	por semana durante 12 semanas. Cada sesión se prolongó durante 30 minutos.	SMS puede ser una adición útil para el cuidado de pacientes de edad avanzada con Demencia.
2009	<u>Título:</u> Use of multisensory environments in the home for people with dementia. <u>Autor/a:</u> - Riley-Doucet, CK.	Explorar la viabilidad y efectividad del uso de entornos multisensoriales (EMS) en el domicilio de las personas con Demencia.	Hogares de personas con diagnóstico de Demencia.	Diseño de investigación cualitativo. La EMS consistió en estimulación visual, auditiva, táctil y olfativa, ofrecida en una habitación de diseño, a través de una variedad de luces, música, aromas y objetos táctiles. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - Entrevistas semiestructuradas y de autopercepción para el cuidador. Las notas de campo y entrevistas grabadas de audio fueron transcritas para el análisis de datos.	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.
2009	<u>Título:</u> Estimulación multisensorial	Investigar la eficacia de la EMS, en la	65 residentes de hogares de ancianos, con	Diseño cuasiexperimental de pre y post prueba, en el que	Los residentes que recibieron EMS experimentaron un efecto

	(Snoezelen) integrada en la asistencia de la Demencia a largo plazo. <u>Autores:</u> - van Weert, J.C.M. - Bensing, J.M.	Demencia a largo plazo, sobre la conducta de los pacientes de residencias de ancianos y sobre la función de los cuidadores.	diagnóstico de Demencia (moderada a grave).	se compararon seis plantas psicogerítricas que implementaron la EMS en la asistencia de 24hs. Se incluyeron seis plantas control que continuaron recibiendo la asistencia habitual. Los análisis se efectuaron en el nivel inicial y 18 meses después.	positivo sobre la conducta apática, la depresión, la pérdida del decoro, la conducta rebelde y la agresividad. Cambios positivos en el bienestar y la conducta adaptativa.
2009	<u>Título:</u> Integración sensorial y Demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. <u>Autores:</u> - Monsalve Robayo, Angélica María. - Rozo Reyes, Claudia Marcela.	Revisar los principios y métodos de la integración sensorial y su influencia en el sistema nervioso central, para ser aplicada a personas mayores con Demencia tipo Alzheimer.		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).	El uso del enfoque de integración sensorial en personas con Demencia tipo Alzheimer requiere más investigaciones mediante estudios experimentales.
2009	<u>Título:</u> Effects of multisensory stimulation on	Investigar y evaluar los efectos de la EMS en los estados	27 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (fase	Diseño cuasiexperimental. Instrumentos de	El método de EMS tuvo efectos positivos en los pacientes con respecto al estado cognitivo, el nivel

	cognition, depression and anxiety levels of mildly-affected Alzheimer's patients. <u>Autores:</u> - Ozdemir L. - Akdemir, N.	cognitivos, la depresión y los niveles de ansiedad en pacientes con enfermedad de Alzheimer (fase leve).	leve).	<u>evaluación:</u> - MMSE - Escala de Depresión Geriátrica - Escala de Ansiedad de Beck Todos éstos fueron administrados un día antes de comenzar el estudio, inmediatamente después de su finalización, y tres semanas después de su fin.	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	<u>Título:</u> The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. <u>Autores:</u> - Ward-Smith, P. - Llanque, SM. - Curran, D.	Comparar la incidencia de la conducta problemática entre individuos con enfermedad de Alzheimer, residentes de un centro de atención a largo plazo, que recibieron y no recibieron EMS.	Residentes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.	Se aplica programa de EMS.	El uso de EMS, como una intervención no farmacológica, demuestra la capacidad de disminuir el número de incidencias de comportamiento disruptivo o problemático.
2010	<u>Título:</u> Multisensory Stimulation to Improve	Explorar en qué medida la EMS influye en el rendimiento	54 participantes con diagnóstico de Demencia fueron identificados para	Diseño de estudio simple ciego aleatorio. La muestra se dividió en dos grupos, recibiendo	Los resultados apoyan el uso de la EMS como una estrategia para mejorar el rendimiento funcional en

	Functional Performance in Moderate-to-Severe Dementia—Interim Results. <u>Autores:</u> - Collier, L. - McPherson, K. - Ellis-Hill, C. - Staal, J. - Bucks, R.	funcional de personas con Demencia (moderada a severa).	su inclusión en el estudio, sin embargo, sólo 30 participaron finalmente.	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 lado una actividad de control (jardinería). <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - The Gottfries Brane Steen scale (GBS) - The Assessment of Motor and Process Skills	la Demencia.
2010	<u>Título:</u> Snoezelen, structured reminiscence therapy and 10-minutes activation in long term care residents with dementia (WISDE): study protocol of a cluster randomized controlled trial.	Determinar si las intervenciones son efectivas para reducir la apatía en pacientes con diagnóstico de Demencia, que residen en hogares de ancianos.	20 hogares de ancianos en Sajonia y Sajonia-Anhalt (Alemania). Los hogares de ancianos serán asignados al azar en grupos de estudio.	Ensayo controlado aleatorio. Uno de los grupos recibió Snoezelen, otro terapia de reminiscencia estructurada, y otro activación o comunicación verbal no estructurada (grupo de control). Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, 3, 6 y 12 meses	Este ensayo contribuye a la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en el cuidado de la Demencia.

	<u>Autores:</u> - Berg, A. - Sadowski, K. - Beyrodt, M. - Hanns, S. - Zimmermann, M. - Langer, G. - Becker, C. - Lautenschläger, C. - Behrens, J.			después del comienzo de las intervenciones. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - Apathy Evaluation Scale (AES) - Neuropsychiatric Inventory (Nursing Home) - NPI-NH - Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) - Likert-type Smiley Face Rating Scale – SRS - Clinical Dementia Rating (CDR)	
2011	<u>Título:</u> Effects of a Motor and Multisensory-Based Approach on Residents with Moderate-to-Severe Dementia. <u>Autores:</u> - Cruz, J. - Marques, A. - Barbosa, AL.	Examinar los efectos de un enfoque motor y multisensorial en el comportamiento de residentes con Demencia moderada a severa.	6 residentes con diagnóstico de Demencia moderada a severa.	Un grupo único, diseño pre y post test. Se implementaron las estrategias de EMS en las rutinas de cuidado de la mañana de los residentes por el personal, después de la provisión de capacitación y asistencia. 12 grabaciones de video de la atención de la mañana	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 mejora en el compromiso y la atención de los residentes hacia el medio

	- Figueiredo, D. - Sousa, L.			(6 antes y 6 después de la intervención) se codificaron según el tipo de comportamiento de los residentes.	ambiente.
2011	<u>Título:</u> Potential of Snoezelen room multisensory stimulation to improve balance in individuals with dementia: a feasibility randomized controlled trial. <u>Autores:</u> - Klages, K. - Zecevic, A. - Orange, JB. - Hobson, S.	Investigar la influencia de estímulos multisensoriales de una sala Snoezelen en el equilibrio de las personas con Demencia.	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. 19 participantes completaron el estudio.	Ensayo controlado aleatorio. 9 participantes del grupo de intervención completaron 30 minutos de sesión en sala Snoezelen 2 veces a la semana durante 6 semanas. 10 participantes del grupo control recibieron la misma cantidad en visitas de voluntarios. Se evaluó el equilibrio estático y dinámico al inicio del estudio y después de la intervención. Las frecuencias de las caídas se registraron seis semanas antes, durante y después de la intervención. <u>Instrumentos de</u>	Las observaciones de las interacciones de los participantes con los elementos de la sala Snoezelen, en base a movimientos oculares, sensaciones vibratorias y actividades de patadas, se pueden utilizar como estímulos para mejorar el equilibrio. Debe ampliarse la investigación para potenciar e influir en el equilibrio en las personas con Demencia a través de la intervención sala Snoezelen en hogares de cuidado a largo plazo.

2013	<u>Título:</u> Estimulación multisensorial (Snoezelen) en el manejo de los trastornos de conducta en pacientes con Demencia. <u>Autores:</u> - Sánchez, M. - Cejudo, J.C. - Monllau, A. - Amores, F. - Blanco, J. - Serrano, D.	Evaluar el beneficio del Snoezelen para el manejo de los trastornos de conducta en pacientes con diagnóstico de Demencia.	10 pacientes (8 hombres y 2 mujeres), con edad promedio entre 50 y 84 años. Diagnósticos: DTA: 6 Demencia mixta: 3 DFT: 1	<u>evaluación:</u> - The Functional Reach Test - The eyes-open Sharpended Romberg - The Timed Up and Go - Test with and without dual task, assessed static and dynamic balance at baseline and after the intervention Diseño de doble línea base aleatorio. Intervención en sala Snoezelen. Dominios valorados en sala de Snoezelen: ansiedad, comunicación, placer, adaptación, afectividad. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - Clinical Dementia - Rating CDR - GDS-FAST - Índice de comorbilidad de Charlson - Índice de Barthel - MMSE	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, y las sesiones periódicas pueden contribuir a mantener su efecto, ajustándose a los ciclos sintomáticos.
------	---	--	--	---	---

2013	<u>Título:</u> Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. <u>Autores:</u> - Molsalve Robayo, Angélica María. - Korenfeld Kaplan, Valerie. - Guarín Caro, Andrea. - Buitrago Narváez, Lina María.	Analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo de rehabilitación cognitiva basado en el funcionamiento sensorial de personas mayores.	Un grupo de 4 personas mayores de 55 años con diagnóstico de deterioro cognitivo leve.	- Escala de Likert	Estudio pre – post, en el que la muestra participó de un protocolo de rehabilitación cognitiva, durante 5 semanas, 3 veces a la semana y 60 minutos cada sesión. Se evalúan los dominios cognitivos, la independencia en AIVD y la percepción de la carga del cuidador. Se desarrollan las actividades en cinco etapas propuestas por Ross y Burdick, bajo los principios de integración sensorial. <u>Instrumentos de evaluación:</u> - MMSE - Trail Making Test (AyB) - Indice de Lawton y Brody - Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment	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.
------	---	--	---	---------------------------	---	--

2014	<u>Título:</u> Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial. <u>Autores:</u> - Maseda, A. - Sánchez, A. - Marante, MP. - González-Abraldes, I. - Buján, A. - Millán-Calenti, JC.	Evaluar los efectos a largo plazo de la EMS en habitación Snoezelen en pacientes con Demencia.	30 pacientes con diagnóstico de Demencia asignados aleatoriamente. La muestra se dividió en 3 grupos: grupo de EMS, grupo de actividades individuales (actividad), y el grupo de control.	(LOTCA) - Entrevista de carga del cuidador de Zarit Estudio longitudinal controlado. El grupo de EMS participó en sesiones en una habitación, el grupo de actividad participó en sesiones de actividades, con demandas intelectuales y/o física, y el grupo control continuó con las rutinas diarias, incluyendo estimulación cognitiva, formación en AVD, etc.	Los resultados muestran 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 mejoría en su conducta, disminuyendo la agresividad.
2014	<u>Título:</u> Multisensory Stimulation on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters in People With	Evaluar los efectos de la EMS en una sala Snoezelen y de sesiones de actividad (uno a uno) con respecto	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 varios elementos que estimulan los sentidos.	Tanto las sesiones de actividad como de EMS parecen ser terapias adecuadas para el tratamiento de personas con Demencia. Inmediatamente después

	Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?. <u>Autores:</u> - Maseda, A. - Sánchez, A. - Marante, MP. - González Abrales, I. - de Labra, C. - Millán-Calenti, JC.	al estado de ánimo, el comportamiento y los parámetros biomédicos (tasa y saturación de oxígeno en la sangre).		El grupo de actividad participó en una serie de uno - a-uno, en el que prevalecían las demandas físicas o intelectuales. El grupo control continuó con las actividades rutinarias. Todos los participantes participaron en un total de 16 semanas con 2 sesiones de 30 minutos por cada una de ellas.	de las sesiones, los pacientes hablaban más espontáneamente, se relacionaban mejor con los demás, siendo más atentos a su entorno, más activos / alertas y más relajados. Además, ambos grupos mostraron una mejoría en los índices fisiológicos después de las sesiones.
2016	<u>Título:</u> Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review. <u>Autores:</u> - Haigh, J. - Mytton, C.	En este artículo se revisará críticamente el vínculo entre las intervenciones sensoriales y el bienestar de las personas con Demencia.		Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas para la salud y la asistencia social. 9 documentos fueron identificados que cumplieron los criterios de inclusión. Estos se evaluaron críticamente para identificar la calidad de la evidencia disponible, y para clasificar los temas que salen de sus resultados.	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. Atender las necesidades sensoriales de las personas con Demencia puede afectar

					positivamente en su bienestar emocional y su capacidad de participar en las ocupaciones. Esto puede ser incorporado en el razonamiento y las intervenciones de los Terapistas Ocupacionales en el apoyo a este grupo de pacientes.
--	--	--	--	--	--

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.

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 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 deterioro cognitivo leve (Molsalve 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 Molsalve 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; Molsalve 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 adultos mayores 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).

En todos, el método de intervención se ejecuta sobre la base de un encuadre multisensorial, siendo algunos más específicos al aclarar el tiempo de

duración, la frecuencia y el procedimiento (Baker *et al.*, 2001; Baker *et al.*, 2003).

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, Sánchez, Marante, González & Abrales, 2014; Maseda, Sánchez, Marante, González-Abrales, de Labra, Buján & 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 *et al.*, 2014b), como influye en el equilibrio y bienestar (Cox *et al.*, 2004; Klages *et al.*, 2011), en parámetros biomédicos (Maseda *et al.*,

2014a), 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 *et al.*, (2014b) 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 *et al.* (2014a) 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, J. & Mytton, C. (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 Llauredó, 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 Geriatria 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. Accedido en Marzo de 2016, disponible en: www.isnaespaña.es
- 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 Nº 1) recuperado de http://repositorio.ceposunaecija.org/upload/repositorio2011_11_07_18_38_11_2721.pdf
- 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
- 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

Aspectos Metodológicos

- **DISEÑO METODOLÓGICO**

El trabajo de investigación a presentar 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 Terapia Ocupacional 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 necesita 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 Terapia Ocupacional en Gerontología y el marco teórico de la EMS.

- **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se lleva 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 seleccionan aquellos estudios de investigación que han efectuado una intervención sensorial como parte del tratamiento de adultos mayores con Demencia, entre los años 1993 y 2016.

Se revisarán estudios correspondientes a diferentes nacionalidades (Alemania, Canadá, Colombia, España, Reino Unido, etc.), que aplican un modo de estimulación multisensorial en particular (sesiones de Ross y Burdick, EMS, método Snoezelen), y toman de muestra adultos mayores con Demencia (DTA, DFT, Demencia mixta).

Técnicas de recolección de datos

Para llevar a cabo esta investigación se tiene en cuenta el aporte de teorías, conceptos y estudios previos, a los cuales se logra 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 efectúa 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 obtiene a través de la búsqueda en bibliotecas virtuales, revistas electrónicas, libros y páginas digitales 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 Ecuestres"*. 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Título:

Tesista/s (alumno – profesional) *Rodriguez, M. Clara*

Jurados Titulares: *Dr. Los*

..... *Dr. Bettoni*

..... *Lic. Bogallero*

Fecha de defensa: *16/5/17*

Calificación: *10 (de 10)*