GRADO DE ENFERMERÍA
CURSO ACADÉMICO 2021/2022

TRABAJO FIN DE GRADO

EL USO DE LAS SALAS MULTISENSORIALES O SNOEZELEN EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA MODERADA Y AVANZADA

THE USE OF MULTISENSORY OR SNOEZELEN ROOMS IN OLDER PEOPLE WITH MODERATE AND ADVANCED DEMENTIA

Autora: Nuria Calderón Gutiérrez
Directora: Carmen María Sarabia Cobo
Santander, mayo 2022

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE 4

2 ABSTRACT AND KEYWORDS 4

3 INTRODUCCIÓN 4

3.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA 6

3.2 OBEJETIVOS 6

3.3 METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA 6

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS 7

4 CAPÍTULO 1. LAS DEMENCIAS 8

4.1 CONCEPTO 8

4.1.1 EPIDEMIOLOGÍA 9

4.2 CLASIFICACIÓN 9

4.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS 10

4.3.1 FASES DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS 12

4.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO 13

5 CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO SNOEZELEN 14

5.1 ORIGEN 14

5.2 BENEFICIOS 15

5.3 CARACTERÍSTICAS 17

5.4 ENTORNO 18

5.4.1 TIPOS DE SALAS 19

5.4.2 ELEMENTOS DE LA SALA 19

6 CAPÍTULO 3. SALAS SNOEZELEN, INTERVENCIÓN ENFERMERA 21

6.1 PROFESIONALES 21

6.2 APLICACIÓN EN DEMENCIA MODERADA Y AVANZADA 22

6.3 METODOLOGÍA 23

6.3.1 INCORPORACIÓN DE LA TERAPIA EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS 25

7 REFLEXIONES FINALES 26

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 28

9 ANEXOS 35

1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El continuo e imparable envejecimiento de la población mundial ha provocado el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, entre las que destaca la demencia. Este síndrome produce un progresivo e irreversible deterioro de la función cognitiva, que suele ir acompañado del declive de las capacidades funcionales, afectivas y sociales. Además, la escasa concienciación sobre la demencia supone un obstáculo para que las personas reciban una atención de calidad dirigida a la mejora de su bienestar. Por ello, resulta necesaria la incorporación de tratamientos enfocados no tanto en la curación de la enfermedad, sino en la mejora de la calidad de vida de los usuarios con demencia.

Una de estas terapias es la Estimulación Multisensorial o Snoezelen, cuya finalidad es aumentar la interacción de la persona con el entorno que le rodea mediante la activación de los diferentes sentidos primarios, proporcionando experiencias sensoriales placenteras dentro de un ambiente de confianza y relajación. Las salas Snoezelen conseguirán, mediante la estimulación o la relajación del usuario, un aumento del nivel de relajación, una mejora de las relaciones interpersonales y una disminución de las conductas disruptivas.

El objetivo del presente Trabajo Fin de Grado es elaborar una monografía sobre el uso de las salas multisensoriales o Snoezelen como terapia no farmacológica en el abordaje de las personas mayores con demencia en fase moderada o avanzada.

Palabras clave: Estimulación multisensorial, sala Snoezelen, demencia, cuidados de enfermería.

2 ABSTRACT AND KEYWORDS

The continuous and unstoppable aging of the world population has caused an increase in the prevalence of chronic diseases, where dementia stands out. This syndrome produces a progressive and irreversible cognitive function impairment, which it is usually accompanied by functional, affective and social capacities decline. Furthermore, low awareness of dementia is an obstacle for people to receive quality care. Therefore, it is necessary to incorporate treatments focused not on curing the disease, but on improving the users´ with dementia quality of life.

One of these therapies is the Multisensory Stimulation or Snoezelen, whose purpose is to increase the person´s interaction with the environment by activating the different primary senses, providing pleasant sensory experiences within an environment of trust and relaxation. Snoezelen rooms will achieve, by stimulating or relaxing the user, an increase in the level of relaxation, an improvement in interpersonal relationships and a decrease in disruptive behaviour.

The objective of this final degree project is to elaborate a monograph on the use of multisensory or Snoezelen rooms as a non-pharmacological therapy in the approach of the elderly with moderate or advanced dementia.

Keywords: Multisensory stimulation, Snoezelen room, dementia, nursing care.

3 INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que la prevalencia de las personas mayores que sufren demencia es entre un 5% y un 8% a nivel mundial y, con el continuo envejecimiento de la población, se espera que siga aumentando hasta alcanzar un total de 82 millones de personas afectadas en 2030 (OMS, 2020). La demencia produce un gran impacto en las familias y los cuidadores de las personas que la padecen; además, se está convirtiendo en un gran desafío para el sistema sanitario, debido a las importantes consecuencias económicas y sociales que produce. Se ha erigido como una de las enfermedades que mayor gasto socioeconómico genera, se calcula que su tratamiento supone

un coste anual de unos 20.800 millones de euros en España (The Economist Intelligence Unit, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el abordaje de la demencia como una prioridad de salud pública (OMS, 2020). Para afrontar el grave problema sociosanitario que genera, es necesario cambiar el modo de atención que se presta a las personas mayores con demencia. Para conseguirlo, es preciso un cambio de perspectiva; se debe sustituir del modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad, por un enfoque biopsicosocial, desde el que se ofrece una atención holística e individualizada. Esto quiere decir que, la atención de la persona con demencia no debe enfocarse únicamente en las necesidades derivadas de la propia enfermedad, sino también en todas aquellas relacionadas con los aspectos psicológicos y sociales que la rodean. Este nuevo modelo de pensamiento ha permitido la introducción de las terapias no farmacológicas en el tratamiento de la demencia, destacando entre ellas la Estimulación Multisensorial o Snoezelen (Solé, Cifré, & Celdrán, 2019).

En la actualidad, las opciones de tratamiento que existen para controlar el funcionamiento diario de las personas mayores con demencia incluyen las terapias farmacológicas y no farmacológicas. Por un lado, los fármacos permiten reducir la severidad de los principales síntomas psicológicos (apatía, ansiedad, alucinaciones), sin embargo, consiguen un control moderado de los síntomas cognitivos (pérdida de memoria, dificultad para comunicarse o para razonar) y conductuales (agresividad, verborrea, deambular sin propósito). Además, el uso de fármacos puede tener graves repercusiones en las personas mayores, como el exponer al paciente a un mayor riesgo de sufrir una caída o incluso el de acrecentar el deterioro cognitivo. Por ello, las intervenciones no farmacológicas, como la estimulación multisensorial, se han convertido en una alternativa más favorable para el control sintomático de las demencias en sus fases más avanzadas (Abraha et al., 2017). Asimismo, este tipo de terapias, al adaptar sus intervenciones al perfil de cada usuario, favorecen la creación de un vínculo entre el paciente y la persona que realiza la intervención (Miguel-García, González-Bernal, González-Santos, & Jiménez-Eguizabal, 2017).

Al observar a personas con demencia modera o avanzada se pueden apreciar una sucesión de comportamientos característicos, que pueden ir desde la repetición de una serie de movimientos o palabras carentes de significado hasta la muestra de signos de agitación, exaltación, angustia o apatía (Aznar-calvo et al., 2019). La afectación temporolímbica del cerebro en las personas con demencia, provoca una alteración de la capacidad de procesamiento de la información sensorial, lo que conduce a la aparición de los problemas cognitivos, conductuales y psicológicos inherentes a las demencias. Por tanto, siguiendo la argumentación, si entendemos que estos problemas de integración sensorial juegan un papel fundamental en el comportamiento y la realización de las actividades diarias, se podrían llegar a controlar estos síntomas aumentando la interacción del usuario con el medio (Zaree, 2020).

La Estimulación Multisensorial o Snoezelen estaría fundamentada en esta hipótesis (Aznar-calvo et al., 2019). Su filosofía se basa en la idea de que el mundo en el que vivimos es una combinación de sensaciones de luz, sonidos, olores, sabores y experiencias táctiles a las que accedemos a través de nuestros órganos sensoriales. Cuando los usuarios se encuentran en las fases más avanzadas de la enfermedad suelen recibir una estimulación muy limitada, excesiva o inadecuada (por ejemplo, pacientes gritando) del entorno. Con el uso de las salas Snoezelen se fomenta la entrada de estímulos sensoriales agradables para proporcionar, en un ambiente positivo y relajado, experiencias placenteras (Solé et al., 2019). Se ha demostrado que la aplicación de esta modalidad terapéutica tiene un efecto positivo en la calidad de vida de estos pacientes, mejorando el estado de ánimo, aumentando la sociabilidad, fomentando la relajación y disminuyendo las conductas disruptivas (Cuadro, 2021).

3.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Es probable que las terapias no farmacológicas cumplan un papel fundamental en el futuro del cuidado de la demencia. Concretamente, con el desarrollo de la intervención Snoezelen y la creación de espacios diseñados específicamente para las personas de este colectivo, se conseguirá el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales derivados de la enfermedad.

Si bien es cierto que existen numerosos estudios que corroboran los beneficios de las salas de estimulación multisensorial, el reducido número de participantes, la evaluación de los efectos de la intervención durante un corto periodo de tiempo y la ausencia de grupos de control en gran parte de los estudios; impide que la evidencia obtenida sea del todo concluyente. A pesar de la falta de demostración científica, la National Institute Health and Care Excellence (NICE) recomienda su uso para mejorar el control de la sintomatología producida por la demencia durante las fases más avanzadas (Miguel-García et al., 2017).

En el estudio realizado por Collier et al., en 2010, se reunió a un grupo de treinta personas con demencia moderada y avanzada en Inglaterra. Cada usuario recibió tres sesiones semanales de terapia de estimulación multisensorial durante un total de cuatro semanas, mientras que sus efectos fueron evaluados al inicio y al final de cada sesión. Tras analizar los resultados se percibió una mejora de las habilidades cognitivas a corto plazo (Cuadro, 2021). Con este ejemplo se demuestra la necesidad de realizar estudios de mayor calidad metodológica para garantizar la efectividad de esta terapia a largo plazo y de forma más exhaustiva.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta el elevado porcentaje de personas de la tercera edad afectadas de demencia, las nuevas terapias no farmacológicas, más eficaces y seguras que los fármacos, se han convertido en una gran alternativa para el control sintomático de la demencia.

La terapia de estimulación multisensorial puede ser aplicada por diferentes profesionales; psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeras, entre otros (Sarabia Cobo et al., 2017). El personal de enfermería es el encargado de brindar los mejores cuidados posibles a los pacientes; por ello, resulta imprescindible el desarrollo de la investigación sobre Snoezelen en el campo de la enfermería, para corroborar los beneficios de la terapia y crear un protocolo que especifique cómo llevar a cabo las intervenciones para alcanzar el mayor estado de bienestar de los pacientes.

3.2 OBEJETIVOS

Objetivo general:

- Elaborar una monografía sobre el uso de las salas multisensoriales o Snoezelen como terapia no farmacológica en el abordaje de las personas mayores con demencia en fase moderada o avanzada.

Objetivos específicos:

- Describir el concepto de demencia, los tipos y tratamientos más eficaces.
- Aproximación a la estimulación multisensorial o Snoezelen como terapia no farmacológica en el abordaje de las demencias.
- Describir la importancia del papel de la enfermera en la aplicación de la terapia de estimulación multisensorial.

3.3 METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para realizar esta monografía se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada a nivel internacional en las principales bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scopus, Cochrane y

buscadores científicos: Google Académico, utilizando como palabras clave los descriptores recogidos en la National Library Of Medicine de Estados Unidos (Mesh, Medical SubjectHeadings) y en la Biblioteca Virtual en Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Palabras clave empleadas

DeCS	Mesh
Sala Snoezelen	Snoezelen room
Estimulación multisensorial	Multisensory stimulation
Demencia	Dementia
Cuidados de enfermería	Nursing care

Además, se han efectuado varias búsquedas con la combinación de las palabras clave seleccionadas junto con el operador booleano "AND".

Para completar la búsqueda bibliográfica se han consultado páginas oficiales, como la OMS (Organización Mundial de la Salud) o la ISNA (Internacional Snoezelen Association), el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición), DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), SEPG (Sociedad Española de Psicogeriatría), NICE (National Institute for Health and Care Excellence), CRE Alzheimer (Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencia), INE (Instituto Nacional de Estadística); revistas científicas, como Nuberos Científica; y prensa médica, como Diario Enfermero.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos cinco años (2017-2021) preferentemente y anteriores cuyo contenido fuera relevante.
- Artículos escritos en castellano, inglés y catalán.
- Artículos nacionales e internacionales.
- Documentos con enlaces de acceso al texto completo.
- Documentos que responden a los objetivos previamente mencionados.

Criterios de exclusión:

- Artículos de bases de datos en las que el acceso al texto completo no está permitido de forma gratuita.
- Artículos en los que la temática no se adecua a los objetivos establecidos.

Limitaciones del estudio:

- Incapacidad para acceder a varios artículos de interés por no disponer de acceso al texto completo.

3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

La monografía se estructura en tres capítulos para abordar todos los aspectos necesarios que permitan comprender el uso de las salas de estimulación multisensorial en pacientes con demencia. A continuación, se detalla el contenido principal de dichos capítulos:

Primer capítulo

Se aborda el tema de la demencia con el objetivo de aclarar en qué consiste la enfermedad y conocer la repercusión que tiene en la vida de las personas que la padecen, así como de sus

allegados. También se pretende remarcar las diferentes formas que existen de la enfermedad, al igual que la tendencia de las mismas en nuestra sociedad. Para acabar, se explican los tratamientos que se utilizan actualmente para paliar los efectos producidos por la demencia, centrando el foco en las terapias no farmacológicas, concretamente en la estimulación multisensorial.

Segundo capítulo

Se define el concepto de terapia de estimulación multisensorial o Snoezelen, detallando los requisitos que debe cumplir el entorno, así como, los elementos necesarios para poder ponerla en práctica. Además, se profundiza en los orígenes y las particularidades que sustentan esta terapia. Finalmente, se comprobará su eficacia en la mejora de los síntomas de la demencia a través de la revisión de diversos estudios.

Tercer capítulo

En este último capítulo se trata el tema del papel de la enfermera en la aplicación de la terapia multisensorial en personas con demencia en fase moderada y avanzada. Se especifica el funcionamiento de la terapia y la actitud que debe mostrar el profesional que lleva a cabo la intervención, pues es fundamental para su correcta aplicación.

4 CAPÍTULO 1. LAS DEMENCIAS

4.1 CONCEPTO

La palabra "demencia" procede del latín, está formada por el prefijo -de (ausencia), la raíz ment (mente) y el sufijo -ia (cualidad o condición), por tanto, etimológicamente significa "*condición en la cual se pierde la mente"* (Custodio, Montesinos, & Alarcón, 2018). El concepto de demencia ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia, durante siglos el término se ha empleado con un significado distinto al utilizado en la actualidad. Las primeras referencias al término proceden del Imperio Romano (Guerrero, 2020), donde la palabra "demencia" estaba muy relacionada con la "locura", pues se atribuía a cualquier alteración cognitiva o conductual que era considerada incoherente o anormal. Cicerón (106-43 a.C.), en el ensayo "*De Senectute*" o "*Arte de envejecer*", fue el primero en afirmar que la pérdida de memoria del anciano era una enfermedad cerebral asociada al trascurso de los años y no causa del envejecimiento (Custodio et al., 2018; Guerrero, 2020).

A partir de los años 80, diferentes organismos internacionales comenzaron a incluir una serie de criterios para diagnosticar la demencia (Custodio et al., 2018), como la American Psychiatryc Association (APA) con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (Asociación Americana de Psquiatría, 2013), que modifica el término de demencia por trastorno neurocognitivo mayor (Madrid, 2019); o la Organización Mundial de la Salud con la Classification of Mental and Behavioural Disorders (CIE-11) (OMS, 2019).

Así, la CIE-11, la última publicada, conceptúa la demencia como un "*síndrome cerebral adquirido que se caracteriza por una disminución del nivel previo de funcionamiento cognitivo, es decir, existe un deterioro en áreas como la memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje, cognición y juicio social, velocidad psicomotora, habilidades visuoperceptivas o visuespaciales. Este deterioro cognitivo no es atribuible al envejecimiento normal e interfiere significativamente con la independencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de la persona. Además, los síntomas no se explican por la alteración de la conciencia, estado mental alterado, delirio, intoxicación por sustancias u otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo*" (OMS, 2019)

Actualmente existen más de 70 tipos de demencia (Nacimba Suntaxi, 2018), siendo la enfermedad de Alzheimer la forma más común (se calcula que origina el 60-80% de los casos),

seguida por la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia por degeneración frontotemporal (Villarejo Galende et al., 2021).

4.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel de prevalencia, todos los estudios coinciden en que la demencia constituye una patología que aumenta con la edad y que mantiene un esquema de crecimiento exponencial a partir de los 65 años (Villarejo Galende et al., 2021). En términos generales, se estima que la prevalencia global de la demencia es menor al 2% en la población entre 64-68 años (Villarejo Galende et al., 2021), produciéndose un efecto multiplicador por dos cada cinco años (Madrid, 2019), de tal manera que entre el grupo poblacional de 80-84 años alcanzan el 10-17%, mientras que los mayores de 90 años llegan al 30%. En cuanto a la incidencia, en personas entre 64-68 años, 5-10 personas de cada mil son diagnosticadas de demencia al año, y entre la población de 80-84 años, 40-60 de cada mil (Villarejo Galende et al., 2021).

A pesar de estos datos, cabe destacar que el síndrome de demencia está infradiagnosticado. Se calcula una brecha de 29-37 semanas entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico clínico definitivo. Además, existe una elevada tasa de población con demencia sin registrar, sobre todo procedente de países con ingresos bajos y medianos (un 93,2% en Asia, 62,9% en América del Norte y 53,7% en Europa) (Pelegrini, Mota, Ramos, Jesus, & Vale, 2019).

4.2 CLASIFICACIÓN

Las demencias han sido clasificadas siguiendo diferentes criterios, siendo los más utilizados la etiología y las manifestaciones clínicas.

Por un lado, la clasificación según las manifestaciones clínicas se basa en las diferentes estructuras cerebrales dañadas, las cuales originan los síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales característicos de cada tipo de demencia. Dentro de esta clasificación se pueden diferenciar demencias corticales y demencias subcorticales (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.).

Las demencias corticales, se originan por la afectación de la corteza cerebral. Se caracterizan por presentar un deterioro prematuro de la memoria de fijación, alteraciones del pensamiento abstracto, episodios de afasia (dificultad para comunicarse o expresarse), apraxia (no puede ni sabe realizar los movimientos necesarios para comer, vestirse…) y agnosia (no reconoce a personas u objetos) (Alonso, 2021; Álvarez-Linera & Jiménez-Huete, 2019; CRE Alzheimer, n.d.; Perrotta, 2020) Dentro de este grupo destacan la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.).

En las demencias subcorticales, en cambio, están afectadas las estructuras situadas debajo de la corteza cerebral por la reducción de la sustancia gris y blanca. Estas demencias manifiestan desde el inicio alteraciones motoras, emocionales y de personalidad. Presentan, además, bradipsiquia (enlentecimiento de los movimientos), trastornos afectivos, como depresión o apatía, y menor afectación de la memoria. A diferencia de las demencias corticales, las pertenecientes a este grupo no presentan agnosia, afasia ni apraxia (Álvarez-Linera & Jiménez-Huete, 2019; CRE Alzheimer, n.d.; Perrotta, 2020). Forman parte de este conjunto la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.).

No obstante, también puede producirse la combinación de ambos tipos, dando lugar a la demencia cortico-subcortical como es, por ejemplo, la demencia vascular (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.).

Algunos expertos consideran esta clasificación demasiado rigurosa y, tras los últimos descubrimientos en el ámbito neuropsicológico y anatomo-fisiológico, no es muy utilizada

(Perrotta, 2020). Por otro lado, la clasificación etiológica es una de las más empleadas, dada su utilidad clínico-práctica. Según esta, se pueden agrupar en demencias primarias o secundarias (Rodriguez, 2019).

Las demencias primarias, también denominadas idiopáticas o degenerativas, constituyen el grupo más prevalente, produciendo el 50% de los casos. Afectan principalmente al sistema nervioso central y generalmente aparecen de forma espontánea, aunque un pequeño porcentaje puede tener un origen genético. Destacan por presentar una evolución progresiva, insidiosa e irreversible, pues en la actualidad no existe un tratamiento curativo de la enfermedad. Dentro de este grupo se encuentran la enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal (Álvarez-Linera & Jiménez-Huete, 2019; Rodriguez, 2019).

Las demencias secundarias son causadas por una patología sistémica específica que produce la demencia. Es necesario diagnosticar precozmente estos procesos para poder tratarlos y revertirlos, ya que una vez producida la degeneración neuronal el daño cognitivo es irreversible. Pueden producirse por causas intracerebrales, como la hidrocefalia o las neoplasias cerebrales, o bien por causas extracerebrales, como enfermedades endocrino-metabólicas (hipotiroidismo, enfermedad de Adisson), carenciales (déficit de vitamina B12 o B1), tóxicas (alcohol) e infecciosas (sífilis, VIH). Dentro de este grupo encontramos también las demencias vasculares, que son el segundo tipo más prevalente tras las demencias neurodegenerativas (Álvarez-Linera & Jiménez-Huete, 2019; CRE Alzheimer, n.d.; Perrotta, 2020; Rodriguez, 2019).

Aunque hoy en día ningún tratamiento puede revertir el deterioro neurocognitivo que se produce en la demencia, es importante identificar el subtipo concreto, pues permitirá conocer la evolución de la enfermedad y la administración del mejor tratamiento sintomático (Drabo et al., 2019).

4.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) son una de las características principales tanto de la enfermedad de Alzheimer como de los otros tipos de demencia, junto con el deterioro funcional y cognitivo (Castillo García, 2018). Si bien la enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia (Abraha et al., 2017) y su síntoma fundamental es la afectación de la memoria (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.); otros subtipos de demencia pueden asociarse con distintas alteraciones del comportamiento, que pueden ser más preponderantes incluso que los síntomas cognitivos, como el deterioro de la memoria (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead, & Crotty, 2018). En particular, los trastornos de personalidad, las alteraciones del estado de ánimo y las anomalías conductuales suelen ser los primeros síntomas apreciados en la demencia frontotemporal; mientras que los cambios de humor suelen aparecer en la demencia vascular (Perrotta, 2020).

Los SPCD han estado asociados a la demencia desde las descripciones iniciales del síndrome (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.). El psiquiatra y neurólogo, Alois Alzheimer, describió una nueva enfermedad, la ahora denominada enfermedad de Alzheimer, caracterizada por ideas delirantes, trastornos conductuales, alteraciones del estado de ánimo y deterioro cognitivo (Galuza & Arlandis Casanova, 2021). Si bien, la supremacía del paradigma cognoscitivo (Castillo García, 2018), basado en la idea de que "*las demencias son resultado de trastornos irreversibles de las funciones intelectuales*", limitó el estudio de los trastornos no cognoscitivos de la demencia (Custodio et al., 2018). No fue hasta 1996, cuando el consenso de la Asociación Americana de Psicogeriatría (IPA) acuerda la utilización de la expresión síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (Castillo García, 2018; Montero, 2021), para referirse a "*síntomas de alteración en la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que ocurren con frecuencia en pacientes con demencia*"(Pérez & González, 2018). Este cambio de perspectiva se consiguió, entre otras cosas, debido al problema sanitario que supone

la elevada prevalencia de la demencia; a que los síntomas no cognoscitivos constituyen una de las principales fuentes de estrés para los familiares y cuidadores; y a que su respuesta terapéutica es mucho más efectiva que la alcanzada en el control de los síntomas cognitivos (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.).

Los SPCD, también conocidos como síntomas neuropsiquiátricos (Yunusa, Alsumali, Garba, Regestein, & Eguale, 2019), se presentan con elevada frecuencia, se estima que el 80% de las personas con demencia presentarán estos síntomas, manifestándose al menos uno de ellos durante los primeros 5 años (Wang, Albayrak, & Van Der Cammen, 2019); aunque tanto la gravedad como la prevalencia de los diferentes SPCD varíe en función del nivel de actividad cognitiva y de la etapa de la demencia en la que se encuentre la persona (Dyer et al., 2018). En el estudio realizado por García-Martín et al., se observó que la apatía es el síntoma que aparece con mayor frecuencia durante todas las fases de la enfermedad, ocurriendo en el 70% de los pacientes. La depresión, la ansiedad y la irritabilidad aparecen principalmente en las etapas iniciales de la demencia; mientras que los síntomas psicóticos son más habituales cuando la enfermedad está más avanzada. Y la hiperactividad permanece más o menos estable durante todo el curso de la demencia (ver anexo 1) (García-Martín et al., 2022).

Clínicamente los SPCD se agrupan en cinco categorías: cognitivo/perceptivo (ideas delirantes, alucinaciones), motor (vagabundeo, agresión física, trastornos del comportamiento, resistencia a recibir cuidados), verbal (agresión verbal, gritos, lenguaje repetitivo), emocional (depresión, apatía, ansiedad, agitación, irritabilidad) y vegetativo (alteraciones en la conducta alimentaria, trastornos del sueño). Generalmente cada tipo de demencia manifiesta estos síntomas de una forma específica, sin embargo, cada persona puede presentar ciertos síntomas a pesar de no ser los característicos del tipo de demencia que padece (Cloak & Al Khalili, 2022; Madrid, 2019; Pérez & González, 2018; Perrotta, 2020).

La demencia provoca una pérdida progresiva de las funciones mentales superiores (Garre-Olmo, 2018) y, a medida que avanza este declive, se pierde también la capacidad para comunicarse (Dyer et al., 2018). El modelo "*the needs-driven dementia-compromised behavior model*" defiende que los SPCD de la demencia aparecen como una forma de comunicación (Scales, Zimmerman, & Miller, 2018). Se han diferenciado tres categorías que pueden contribuir a su aparición: necesidades insatisfechas, en caso de hambre, sed, situaciones de soledad, estrés o dolor; alteraciones conductuales, por ejemplo, cuando se refuerza involuntariamente una conducta no deseada; y desequilibrio entre el paciente y el entorno, que puede ocurrir por el cambio de vivienda o cuidador y la carente o excesiva estimulación del entorno (Cloak & Al Khalili, 2022; Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.). Cada persona responderá a los estímulos de diferente manera, en función de su personalidad y su capacidad cognitiva y funcional. Los SPCD que pueden aparecer comprenden desde la desconexión del medio (apatía) hasta la incomodidad (vagabundeo) y la urgencia (agresividad). Por tanto, si una persona con demencia se encuentra en una situación que le genera cierta angustia, puede comunicar ese sentimiento a través del vagabundeo. Si no se resuelve esta necesidad, los SPCD se mantendrán o incluso empeorarán y la persona pasará de deambular sin rumbo a buscar una salida (Scales et al., 2018).

Kovach también trató de explicar las alteraciones que presentan las personas con demencia a través del "*Model of imbalance in sensoristasis*". Desde una perspectiva neurobiológica, postula que el desequilibrio entre las actividades sensoriales de estimulación y relajación es lo que provocaría una molestia intrapsíquica, que a su vez derivaría en diferentes comportamientos disruptivos. Es decir, tanto el exceso como el déficit de estimulación produce los SPCD. Por esta razón, crear un ambiente de estimulación sensorial adecuado, en el cual se consiga un equilibrio entre la actividad sensorial de estimulación y relajación, potencia el bienestar y aplaca los síntomas neuropsiquiátricos (Madrid, 2019; Maseda et al., 2018). Sin embargo, hay ocasiones en las que las intervenciones no farmacológicas no son suficiente y es necesario utilizar fármacos

en situaciones puntuales (agitación, agresividad) o de manera prolongada (depresión grave, delirios) (Guerrero, 2020).

Parece existir una correlación entre SPCD y el deterioro cognitivo. Los SPCD pueden acelerar el deterioro cognitivo y pueden ser una representación prematura de una fase previa a la demencia. Y, por otra parte, el deterioro cognitivo en sí mismo puede impulsar el desarrollo de los SPCD, debido a la fuerte carga psicológica que supone para las personas la detección de un trastorno neurocognitivo (Rostamzadeh, Kahlert, Kalthegener, & Jessen, 2022). También se han relacionado con un empeoramiento de la capacidad cognitiva y una rápida progresión a fases más avanzadas de demencia. De igual modo, aumentan la carga del cuidador al intensificarse el riesgo de desarrollar complicaciones como caídas o fracturas, que causarían ingresos hospitalarios y, finalmente, la institucionalización en un centro residencial (Dimitriou et al., 2022; Tible, Riese, Savaskan, & Von Gunten, 2017).

4.3.1 FASES DE APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Existen una serie de signos y síntomas relacionados con la demencia que se pueden agrupar en tres fases de aparición: temprana, intermedia y tardía. No obstante, cada persona se verá afectada de diferente manera en función de la evolución de su enfermedad.

La mayor parte de las personas pasa años presentando unos síntomas sutiles, que suelen estar relacionados con quejas subjetivas sobre la memoria. Con el paso del tiempo, progresa a un deterioro cognitivo leve, donde la persona ya manifiesta alteraciones en alguna función cognitiva, pero sin llegar a repercutir en su vida laboral y social. Finalmente, se desarrollaría la demencia, que aparece a su vez en tres fases (Álvarez-Linera & Jiménez-Huete, 2019):

Primeros síntomas

En esta etapa la persona puede manejarse de forma independiente, así mismo, conduce, trabaja y acude a actividades sociales (alzheimer´s association, 2022). Pese a ello, la persona puede percibir un deterioro de su memoria reciente, que incluye olvidarse de dónde ha dejado un objeto o de si se ha tomado la medicación (Corona, Prado, & Duany, 2020). Las personas que rodean al paciente pueden apreciar algún cambio en su personalidad o una mayor labilidad emocional, pues tienden a irritarse o inquietarse cuando les hablas de sus olvidos. De igual modo, cada vez les resulta más complejo aprender y recordar información nueva; se vuelve difícil encontrar las palabras adecuadas durante la comunicación o recordar nombres de personas. Progresivamente se percibe una mayor dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como manejar el dinero (alzheimer´s association, 2022; Huang, 2019).

Síntomas intermedios

En esta etapa hay un mayor deterioro de la memoria, la persona puede olvidarse de hechos o información de su vida, no se acuerdan de su teléfono o dirección (alzheimer´s association, 2022), y los sucesos recientes los olvida con rapidez o no los recuerda (Corona et al., 2020). Asimismo, pierden la capacidad de orientación tanto espacial como temporal, no saben qué día es o qué mes; de igual modo, se pierden incluso en su propia casa, siendo incapaces de encontrar su propia habitación (Huang, 2019).

Precisan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por ejemplo, necesitan ayuda para seleccionar la ropa adecuada de acuerdo con la época o la situación. Se ponen a la defensiva o se aíslan en acontecimientos sociales o situaciones mentalmente complejas. Los rasgos de personalidad se intensifican, las personas se enfadan más fácilmente, están más irritadas, demandantes o actúan de forma imprevista, por ejemplo, negándose a asearse. O, por el contrario, pueden estar apáticos, aislados, depresivos y desmotivados. Es frecuente la aparición de trastornos del comportamiento, los pacientes pueden deambular sin

rumbo fijo o pueden repetir constantemente las mismas preguntas; y alteraciones perceptivas, como alucinaciones o delirios de persecución, pierden un objeto y piensan que le han robado. También pueden presentar variaciones en el patrón del sueño, duermen durante el día y se exaltan por la noche (alzheimer´s association, 2022; Huang, 2019).

Síntomas tardíos

A medida que avanza la enfermedad las personas pueden decir alguna palabra o frase, hasta que finalmente se vuelven incapaces de mantener una conversación. Pierden la memoria, tanto a corto como a largo plazo, e incluso llega un punto en el que no se reconocen ni a sí mismos. Se vuelven completamente dependientes, necesitan ayuda con las ABVD y de arreglo personal. También se ven afectadas las aptitudes físicas, pierden la capacidad de andar, sentarse y, ocasionalmente, de tragar. Se vuelven más proclives a desarrollar infecciones, principalmente neumonía (alzheimer´s association, 2022; Huang, 2019). Asimismo, su personalidad cambia drásticamente, se vuelven apáticos, como desconectados del entorno; aunque en ocasiones se muestran inquietos, agitados o agresivos (Corona et al., 2020).

4.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Hoy en día no se cuenta con ningún medicamento que consiga curar o detener el deterioro cognitivo de la demencia (Lee, Kim, Jung, Kang, & Jung, 2019). Actualmente, se combinan las terapias no farmacológicas con el tratamiento farmacológico, con el fin de preservar las funciones cognitivas, reducir lo máximo posible las alteraciones conductuales, mejorar la calidad de vida del paciente y evitar la aparición de los efectos adversos producidos por la medicación (Alonso, 2021; Galuza & Arlandis Casanova, 2021; Hui, Tischler, Wong, Lau, & Spector, 2021).

En este momento solo cuatro fármacos están aprobados por la Agencia de Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la demencia. El donepezilo, la galantamina y la rivastigmina forman parte de los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (Nguyen, Sallbach, Dos Santos Guilherme, & Endres, 2021). Estos se utilizan principalmente en las fases leve y moderada de la enfermedad de Alzheimer, para controlar los síntomas cognitivos. También se pueden emplear en la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia vascular y la demencia por enfermedad de Parkinson (Alonso, 2021; Mayo clinic, 2022). Estos fármacos, además, consiguen reducir 2,5 veces el riesgo de declive cognitivo, por lo que son efectivos en personas que presentan un rápido deterioro (Castillo García, 2018). El cuarto fármaco es la memantina, un antagonista de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) (Nguyen et al., 2021), indicado para las fases moderada y grave de la enfermedad de Alzheimer (Alonso, 2021). Es utilizado para reducir la sintomatología de la enfermedad, lo que permite que las personas puedan seguir realizando ciertas actividades cotidianas durante un mayor periodo de tiempo (National Institute on Aging, 2021).

De igual forma, durante los últimos años se han seguido desarrollando y experimentando nuevas terapias para tratar la demencia. Entre ellas destaca el aducanumab, un nuevo fármaco que se encuentra en la cuarta fase de ensayo clínico, que fue aprobado por la FDA en 2021 de forma anticipada debido a su capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad de Alzheimer (Sociedad Española de Psicogeriatria, n.d.)

Para el tratamiento de los SPCD se utiliza medicación psicotrópica con el fin de reducir la gravedad y frecuencia de esta sintomatología (Abraha et al., 2017). La evidencia científica demuestra que en gran parte de los casos se consigue una mejora moderada, sin embargo, pueden producir importantes efectos adversos (Yunusa et al., 2019), donde se incluyen los síntomas extrapiramidales, como la rigidez muscular, el temblor, la bradicinesia y la acatisia; la psicosis; la agresividad y los accidentes cerebrovasculares. Además, algunos estudios apuntan a que las personas con demencia que siguen un tratamiento con antipsicóticos tienen más riesgo de mortalidad que aquellas que no los toman (Dimitriou et al., 2022). A esto se le suma los

problemas de multimorbilidad, polifarmacia y disminución del metabolismo de los medicamentos que presenta este grupo de población vulnerable (James et al., 2021), que puede acrecentar el riesgo de aparición de graves efectos adversos (Moth, Hølmkjær, Holm, Rozing, & Overbeck, 2021).

Las continuas preocupaciones sobre la utilización de los fármacos antipsicóticos en las personas mayores con demencia llevó al desarrollo de campañas internacionales para disminuir su uso inadecuado y fomentar su segura prescripción (James et al., 2021). Así, en 2007 cuando la Agencia Europea del Medicamento y la FDA publicaron un comunicado donde manifestaban los riesgos de utilizar estos fármacos en las personas con demencia (Frederiksen et al., 2020). De igual modo, la guía de la NICE recomienda "*ofrecer intervenciones psicosociales y ambientales para reducir el estrés*" (NICE guideline, 2018). No obstante, esta recomendación sobre el uso de las terapias no farmacológicas no constituye una completa solución al uso farmacológico de antipsicóticos, pues en caso de que estas terapias fallen o haya riesgo de auto o heteroagresión, se continúa dependiendo de la medicación psicotrópica (Frederiksen et al., 2020; James et al., 2021). De hecho, se estima que el 12,3%-27,5% de los pacientes utilizan antipsicóticos atípicos (Yunusa et al., 2019).

Las limitaciones de la terapia farmacológica para el abordaje de los síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos de la demencia han permitido el desarrollo de las terapias no farmacológicas (Sarabia Cobo et al., 2017), que son cualquier "*intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante*" (Muñiz & Olazarán, n.d.).

El abordaje no farmacológico de las demencias reconoce a la persona como un ser psicosocial y proporciona un cuidado integral y centrado en la persona. De esta manera, las terapias no farmacológicas tratan de adaptar las intervenciones a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de la persona mayor con demencia, para conseguir efectos positivos tanto sobre el paciente como su familia (Galuza & Arlandis Casanova, 2021; Kim & Park, 2017; Solé et al., 2019). Numerosos estudios muestran el beneficio de estas terapias sobre las funciones cognitivas, la calidad de vida y el control de los SPCD (Madrid, 2019).

Por eso, las principales guías de práctica clínica recomiendan el empleo de estrategias no farmacológicas para el control de los SPCD como primera opción de tratamiento (University of Exeter, 2017) cuando estos aparecen por primera vez o son leves. Mientras que los tratamientos farmacológicos deberían emplearse conjuntamente con los no farmacológicos cuando los síntomas no se pueden controlar o supongan una fuerte carga para el cuidador y no como reemplazo de los mismos (Bravo-José, Sáez-Lleó, & Peris-Martí, 2019; Dyer et al., 2018). La musicoterapia, la reminiscencia y la estimulación multisensorial son algunas de las terapias aconsejadas por la NICE para el manejo de los SPCD, a pesar de que el funcionamiento de este tipo de intervenciones es todavía poco conocido y su evidencia a largo plazo es limitada (Miguel-García et al., 2017).

5 CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO SNOEZELEN

5.1 ORIGEN

El mundo que nos rodea está lleno de estímulos sensoriales emitidos por la luz, el sonido, el olor, el gusto o el tacto, que percibimos a través de nuestros sentidos primarios (vista, olfato, gusto, tacto y oído) (Cuadro, 2021). Cuando una persona se encuentra en un ambiente carente de estímulos se vuelve apático y duerme para que pase el tiempo. Por el contrario, si la persona se encuentra en un entorno demasiado alborotado puede agobiarse con facilidad (Duchi & Benalcázar, 2018). Considerando que las personas en cualquier fase de demencia tienen dificultades para interaccionar con el medio y las personas que forman parte de su entorno, es

necesario facilitarles estímulos tan elementales como una canción, un fotografía o un aroma que les ayude a conectar con la realidad que les rodea (Nacimba Suntaxi, 2018).

Muchas civilizaciones antiguas han utilizado la estimulación sensorial desde diferentes perspectivas trabajando tanto la estimulación como la relajación de los sentidos para alcanzar un estado de placer y bienestar (ISNA España, n.d.). En las culturas romana, griega, egipcia y oriental utilizaban los baños termales para combatir la fatiga y el estrés emocional; en la Grecia clásica y en Egipto se le confería a la música el poder de consuelo y desahogo, del mismo modo, los masajes se utilizaban como una medida paliativa para el dolor. Poco a poco se han ido desarrollando terapias naturales, complementarias a las farmacológicas, que se van introduciendo lentamente en los contextos terapéuticos (Madrid, 2019).

La estimulación multisensorial, también denominada Snoezelen, surge en 1974 en el centro de "*Haarendael*", en los Países Bajos (Cuadro, 2021). En sus inicios esta intervención estaba dirigida a personas con dificultades de aprendizaje y déficit sensoriales para proporcionarles actividades de ocio y momentos de relajación. Al observar en los usuarios una mejora de la relajación, del leguaje espontáneo y la conducta, entre otras cosas (Duchi & Benalcázar, 2018); el método comenzó a extenderse por Europa, Australia y América del Norte (Sarabia Cobo et al., 2017). Desde principios de los 90 la aplicación terapéutica de las salas de estimulación multisensorial se incorporó al cuidado de las personas con demencia (Aznar-calvo et al., 2019).

El término Snoezelen es un neologismo que proviene de la combinación de las palabras holandesas "*snuffelen*", que significa oler, y "*doezelen*", que significa relajarse o dormitar (López & López, 2019). El término fue creado por los terapeutas holandeses Ad Verheul y Jan Hulsegge (García-Pérez et al., 2021) para describir una intervención dirigida a proporcionar a las personas estímulos sensoriales que favorezcan la sensación de bienestar a través de la estimulación o relajación (ISNA España, n.d.) y disminuyan las alteraciones conductuales (Cuadro, 2021).

Snoezelen se puede definir como *"el despertar de los sentidos a través de la propia experiencia sensorial. Es la recreación de momentos de vida auténtica para personas diferentes"* (Duchi & Benalcázar, 2018). Las salas Snoezelen están preparadas para proporcionar un ambiente relajado, seguro y controlado, donde se utilizan estímulos tenues originados por múltiples objetos para activar los cinco sentidos y permitir que los usuarios puedan interactuar con el entorno (Lerma-Ortega, Moreno-Almagro, Monreno-Almagro, Pereira-Almagro, & Bayona Morales, 2017) sin necesidad de utilizar las funciones cognitivas superiores (Aznar-calvo et al., 2019). A diferencia de la vida diaria, estas salas tratan de estimular los sentidos en profundidad y no en amplitud. Es decir, no se abordan los diferentes sentidos al mismo tiempo, sino que se proporcionan estímulos específicos mientras se eliminan aquellos innecesarios. De esta manera, la persona se concentra en sensaciones sensoriales específicas, por ejemplo, solo escuchar un sonido familiar; proporcionándole experiencias agradables difíciles de alcanzar en la vida cotidiana (Verheul, 2019).

Esta intervención no farmacológica sigue un enfoque facilitador y no directivo (Maseda et al., 2018). En su mayoría se realiza de forma individual con un único profesional que dirige la intervención y, aunque las sesiones pueden estar en cierta manera organizadas según el perfil sensorial de cada usuario (Aznar-calvo et al., 2019), se anima a las personas mayores a que experimenten con los estímulos sensoriales de su preferencia (Zaree, 2020).

5.2 BENEFICIOS

En este tipo de intervenciones se crean experiencias sensoriales agradables en un ambiente controlado sin necesidad de emplear las funciones superiores (Aznar-calvo et al., 2019), lo que las hace idóneas para las personas con algún tipo de demencia.

Los resultados alcanzados, hasta ahora, han demostrado que en las salas de estimulación multisensorial se obtienen multitud de beneficios, entre los que destaca (Nacimba Suntaxi, 2018; Tsai & Hong, 2019):

- Promover un ambiente que favorezca el bienestar emocional y relajación.
- Reducir los comportamientos agresivos y los estados de agitación.
- Favorecer la experimentación de sensaciones agradables y potenciar el autoestima.
- Estimular la exploración del entorno sensorial y la creatividad.
- Reducir el estrés.
- Acrecentar la atención y concentración hacia el entorno que le rodea.
- Promover la comunicación del paciente con los cuidadores y las interacciones sociales.
- Trabajar la motricidad fina y gruesa para favorecer el movimiento, la coordinación y la lateralidad.

Los resultados de varios estudios han demostrado que la terapia de estimulación multisensorial consigue efectos positivos inmediatos en el control del estado anímico y comportamiento de las personas mayores con demencia (Solé et al., 2019). Así lo muestra un estudio realizado en A Coruña, donde se obtuvo una mejora después de cada sesión en 7 ítems: eran más felices, se comunicaban con más espontaneidad, se relacionaban más con las personas, prestaban mayor atención al entorno, disfrutaban más de sí mismos, se sentían menos aburridos y más relajados (Maseda et al., 2018).

Por el contrario, existen datos muy limitados sobre los efectos a largo plazo o sobre la generalización de los mismos (Aznar-calvo et al., 2019). Varios autores proponen integrar la estimulación multisensorial en los momentos más conflictivos de las rutinas matutinas, como en el aseo personal o en las comidas, para conseguir un impacto a largo plazo y mejorar la implicación y adaptación de los residentes al medio (Sarabia Cobo et al., 2017; Zaree, 2020). Así, en el estudio realizado por van Weert et al., se evaluaron los cambios en el comportamiento y el estado de ánimo de los residentes de un centro geriátrico tras incorporar durante 18 meses la terapia Snoezelen al cuidado diario. Los resultados demostraron que un cuidado más individualizado y centrado en la persona permite conseguir una reducción significativa de la apatía, la agresividad y la depresión (Wang et al., 2019).

De igual modo, se ha demostrado que las salas Snoezelen son especialmente beneficiosas para las personas con un deterioro cognitivo moderado o severo. Los informes aportados por los cuidadores formales en el estudio de Collier y Jakob, indicaron que creían que "*cuánto más avanzada está la enfermedad más personalizada e individualizada debe ser la estimulación sensorial*". El enfoque holístico centrado en las necesidades individuales, que ofrece la terapia de estimulación multisensorial, permite que las personas con una fase avanzada de demencia puedan aumentar su sensación de bienestar, participación y conexión con el entorno (Collier & Jakob, 2017).

Cabe destacar que las salas multisensoriales no solo han demostrado ser eficaces en los pacientes con demencia, sino también en los cuidadores profesionales. Dado el alto nivel de dependencia y las alteraciones comportamentales que presentan estas personas, su cuidado supone una elevada fuente de estrés para quienes se encargan de su cuidado. En los resultados obtenidos se ha observado un efecto significativo en las reacciones al estrés, el volumen de trabajo, la satisfacción del trabajo, la fatiga y el desgaste emocional de los cuidadores (Duchi & Benalcázar, 2018). Estos resultados, por tanto, muestran que los profesionales que realizan la terapia de estimulación multisensorial también alcanzan efectos positivos de forma indirecta. Así lo afirman varios profesionales de un centro residencial que comentan que "*los espacios sensoriales han aparecido para empoderar a muchos miembros del personal, dándoles la sensación de que podían contribuir al bienestar de los residentes*", "*es un espacio donde siento que puedo ayudar a los residentes*" (Collier & Jakob, 2017). Los beneficios alcanzados con la

terapia Snoezelen han permitido su expansión a las residencias geriátricas (Duchi & Benalcázar, 2018).

A pesar de los diversos estudios que demuestran la efectividad de esta terapia en la mejora de los SPCD de las personas mayores con cualquier fase de demencia (Wang et al., 2019). Todos los trabajos concuerdan en que se necesitan más investigaciones de alta calidad, con muestras de mayor tamaño y métodos de estudio que evalúen con mayor efectividad los efectos de las salas Snoezelen (Cuadro, 2021; Scales et al., 2018).

5.3 CARACTERÍSTICAS

Generalmente la apatía es considerada una característica propia de las personas con demencia que residen en una residencia, que se va acentuando a medida que progresa la enfermedad. Dado que las personas con este síndrome muestran diferentes grados de deterioro cognitivo, funcional, conductual y social; a menudo se ven excluidas de las actividades que se realizan en el centro, ya que precisan el uso de funciones cognitivas superiores, como la atención o la memoria. De igual modo, muchas de las intervenciones no farmacológicas clásicas utilizadas no son útiles para las personas con un grado avanzado de demencia. Por eso, para proporcionar a estas personas una intervención que se adecue a sus capacidades y disminuya su desconexión con el medio, muchas residencias han invertido en la creación de espacios multisensoriales (Collier & Jakob, 2017; Goodall, Taraldsen, Granbo, & Serrano, 2021).

Los órganos de los sentidos constituyen el mecanismo primario de interacción con el medio, es decir, nos permiten conocer las características del entorno que nos rodea (Navarro, 2020). La terapia de estimulación multisensorial sigue la hipótesis de que la emisión de diferentes estímulos en un entorno controlado consigue reducir o controlar las alteraciones conductuales, mejorar la integración sensorial y la interacción social, entre otras cosas (García-Pérez et al., 2021).

Hulsegge y Verheul, los creadores del concepto Snoezelen, explicaron que la intervención consiste en (ISNA España, n.d.):

"Crear una atmósfera agradable.
Oportunidad de escoger.
Oportunidad de "vivir en paz".
Derecho a disponer de tiempo.
Repetición.
Oferta selectiva de estímulos.
Actitud correcta del personal que conduce la sesión.
Supervisión"

Las salas multisensoriales se fundamentan en el denominado "triángulo didáctico", donde se origina una relación armónica entre la sala, el paciente y el profesional que lleva a cabo la sesión (Miguel-García et al., 2017). Con estas intervenciones se desarrollan dos tipos de relaciones, una terapeuta-usuario, donde se desarrolla un vínculo de confianza mutua, y otra usuario-ambiente, donde se puede generar una reacción motora como respuesta a la estimulación sensorial (Lerma-Ortega et al., 2017; Navarro, 2020).

Las salas Snoezelen tratan de desarrollar las capacidades de los usuarios mediante la utilización de estímulos controlados (CRE Alzheimer, n.d.; Navarro, 2020):

- En el **nivel emocional** se pueden desarrollar capacidades como la relajación, el autocontrol, el fomento de la confianza en uno mismo, se estimula la creatividad y exploración, se fomenta la sensación de bienestar emocional, se reducen las conductas disruptivas, estereotipadas y los estados de agitación y se controlan las sensaciones depresivas y apáticas.

- Respecto a las **capacidades sociales**, se fomenta la habilidad de tomar decisiones, la integración sensorial, la confianza en los cuidadores y el desarrollo de la comunicación.
- En cuanto a los **sentidos**, se lleva a cabo una estimulación simple y compleja del olfato, oído, tacto, gusto y vista. En las personas mayores con un deterioro cognitivo severo se realiza una estimulación básica en un ambiente agradable para aumentar su nivel de atención y concentración.
- En el **aspecto psicomotor**, se busca que las personas reaccionen a los diferentes estímulos (visuales, táctiles, auditivos, …), se fomente el movimiento con la música, se anticipe a la aparición de los estímulos, reconozca a personas u objetos, se estimule la exploración del entorno y se trabaje la motricidad gruesa y fina.

La evidencia científica ha demostrado que el ambiente tiene un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores con demencia. Tanto el diseño de los muebles como su distribución por el espacio y la iluminación de la sala debe adaptarse a las preferencias individuales de cada usuario para ofrecer una estimulación sensorial ideal que favorezca un ambiente de calma y tranquilidad (Lerma-Ortega et al., 2017; Lorusso et al., 2020).

5.4 ENTORNO

Independientemente del tipo de demencia, la progresión natural del síndrome lleva a las personas a experimentar a menudo cambios de comportamiento, memoria, atención, lenguaje y/o habilidades de comunicación (Chalfont, Milligan, & Simpson, 2020). Para las personas que son trasladadas y viven en una residencia, la incertidumbre de ser atendidas en un entorno desconocido puede causar una amenaza adicional para preservar el sentido de sí mismos, mantener las relaciones sociales y vivir una vida significativa. Por tanto, es importante identificar diferentes formas de optimizar los entornos de cuidado para favorecer el bienestar de los pacientes con demencia (Goodall et al., 2021).

Las intervenciones se realizan en salas multisensoriales o salas Snoezelen, que son espacios diseñados específicamente para estimular los sentidos primarios y ayudar a las personas con demencia a dar un sentido a las sensaciones percibidas (Alonso, 2021). Estos ambientes incluyen diferentes elementos para estimular la vista, el gusto, el olfato, el tacto, el oído y el movimiento, entre los que destacan los tubos de burbujas, cojines vibrantes, difusores de aromas, reproductores de música y cascadas de fibra óptica (Collier & Jakob, 2017). Dependiendo de las preferencias de cada usuario se modificarán los elementos de las salas para ofrecer estímulos de mayor o menor intensidad o para incorporar solo un tipo de estímulo (por ejemplo, solo música) o varios a la vez (por ejemplo, música, columnas de burbujas y fragancias) (Maseda et al., 2018). También hay que tener en cuenta que los estímulos se deben introducir de forma secuencial y en un orden determinado para evitar estimular en exceso al participante (García-Pérez et al., 2021).

No es necesario que las salas sensoriales dispongan de un gran espacio, el *Informe Mundial sobre el Alzheimer: diseño, dignidad, demencia*, publicado en 2020, recomienda crear entornos sencillos para poder recrearlos en cualquier zona con facilidad (Fleming, Zeisel, & Bennett, 2020). Únicamente se requiere un diseño que organice la sala de tal manera que genere una sensación de hogar y disminuya la ansiedad de las personas que llegan a un ambiente desconocido, para que se animen a realizar la intervención multisensorial. La sala, además, debe disponer de un espacio intermedio que conecte el medio externo con la sala Snoezelen, para favorecer la adaptación gradual y comodidad del usuario. La creación de un ambiente atractivo y confortable junto con una estimulación continua y personalizada conseguirá que las personas con demencia aumenten las interacciones con el medio y, por tanto, mejoren sus capacidades afectivas, cognitivas, motoras y sensoriales (Tsai & Hong, 2019).

5.4.1 TIPOS DE SALAS

Dependiendo de la iluminación, el mobiliario y los diferentes elementos sensoriales utilizados se puede conseguir un estado de relajación (Lorusso et al., 2020) o, por el contrario, de estimulación. En función de los objetivos que se quieran conseguir, dentro de las salas Snoezelen se pueden distinguir cuatro modalidades:

- Sala blanca: esta sala se caracteriza por la ausencia de color, lo que permite que la persona centre su atención en la iluminación, la música o cualquier otro elemento de la habitación. Suelen proyectarse imágenes en las paredes y usan una iluminación característica. Estas salas son las más comunes, pues su objetivo es conseguir tanto la relajación como la estimulación sensorial del usuario (Alonso, 2021; Duchi & Benalcázar, 2018; Navarro, 2020).
- Sala negra: esta sala destaca por la utilización de la luz negra (luz ultravioleta). Bajo esta luz relucen diferentes elementos generando contrastes, lo que favorece el aprendizaje. Este tipo de sala es especialmente útil para personas con disfunción visual o déficit de atención. Su finalidad es facilitar el aprendizaje, el movimiento y la estimulación (Alonso, 2021; Duchi & Benalcázar, 2018; Navarro, 2020).
- Sala aventura: esta sala utiliza elementos como pelotas, cuerdas, piscinas de bolas o módulos de psicomotricidad para potenciar la exploración y el movimiento. Con estas salas, además, se pretende potenciar la estimulación perceptivo-motora y sensorial (Alonso, 2021; Duchi & Benalcázar, 2018; Navarro, 2020).
- Sala acuática: esta sala combina los elementos de las salas anteriormente mencionadas con la hidroterapia. La habitación dispone de un jacuzzi que facilita el movimiento, la relajación y la confianza en la persona que dirige la intervención (Alonso, 2021).

La estimulación puede realizarse en un entorno pasivo o activo. Si la persona es estimulada por medio de efectos sensoriales procedentes de diferentes elementos del mobiliario, se habla de estimulación pasiva. Si por el contrario, la persona tiene un papel activo en la estimulación, mediante la exploración del entorno o la realización de actividades de aprendizaje, se trata de estimulación activa (Duchi & Benalcázar, 2018).

5.4.2 ELEMENTOS DE LA SALA

Las salas habilitadas para realizar estas intervenciones son muy versátiles, están preparadas con diversos materiales y dispositivos según el centro y las preferencias de cada paciente. Además, se van adaptando a las nuevas necesidades que aparecen en los participantes, por lo que pueden ser muy diferentes unas de otras (López & López, 2019; Nacimba Suntaxi, 2018). No obstante, deben estar adecuadamente diseñadas para que sean efectivas y logren crear un ambiente seguro y confortable que favorezca el bienestar de los pacientes (Tsai & Hong, 2019).

En estos espacios, además, se deben tener en cuenta una serie de aspectos importantes, como la **accesibilidad**, deben contar con el espacio suficiente para permitir que los paciente se muevan de forma segura por todo el perímetro, teniendo en cuenta que hay personas que utilizan sillas de ruedas o andadores para desplazarse. La **iluminación** es un elemento imprescindible de la sala. En ella puede haber iluminación natural o artificial, pero durante una sesión la iluminación del exterior no puede interferir. Durante el momento de entrada a la sala se cambiará la iluminación para que sea lo más similar posible a la luz del exterior y al finalizar la sesión se irá aumentando gradualmente. Respecto al **sonido** y la **vibración**, durante la sesión se debe dejar algún momento libre de estimulación auditiva. El **color** de la sala se elegirá en función del objetivo terapéutico. Los **suelos**, las **paredes**, las **columnas** y las **esquinas** de los muebles siempre estarán revestidos por materiales almohadillados para prevenir golpes (López & López, 2019; Nacimba Suntaxi, 2018)

En las salas se pueden encontrar múltiples dispositivos que se clasifican en función del tipo de estimulación que producen, no obstante, muchos de ellos pueden utilizarse para estimular varios sentidos a la vez. A continuación, se describirán algunos de los elementos utilizados con mayor frecuencia:

- Elementos visuales:

La estimulación visual se puede conseguir a través de diferentes elementos, como pueden ser los efectos de luz que producen los tubos de burbujas, los reflejos de los haces de fibra óptica, las imágenes proyectadas en las paredes o el movimiento de las luces. También se pueden utilizar imágenes para que el usuario diferencie colores, tamaños y formas, crear construcciones con piezas o agrupar los objetos según el color. El objetivo de esta actividad es lograr una respuesta del paciente ante un estímulo visual, favorecer la concentración y el seguimiento visual y potenciar la capacidad residual visual. Además, la iluminación permiten crear una atmósfera de tranquilidad y relajación (Duchi & Benalcázar, 2018; García-Pérez et al., 2021; Nacimba Suntaxi, 2018; Ordoñez, 2021; Romero Sal, 2018).

- Elementos auditivos:

El objetivo es que el usuario alcance una mayor concentración e interés hacia los sonidos del entorno: prestando atención a los sonidos, estimulando la memoria auditiva mediante el reconocimiento de voces o sonidos familiares y potenciando la asociación espacial orientándose hacia el lugar donde procede el sonido. La música se suele utilizar para potenciar la relajación y la estimulación física, psíquica y emocional; mientras que los sonidos de la naturaleza y de los animales estimulan el cerebro favoreciendo el procesamiento de las sensaciones auditivas (Duchi & Benalcázar, 2018; García-Pérez et al., 2021; Nacimba Suntaxi, 2018; Ordoñez, 2021).

Es importante que la voz de la persona que dirige la sesión sea “suave y agradable”. De igual modo, se debe tener cuenta el tono, nivel y ritmo de la música para crear un ambiente en el que prime la tranquilidad. Cabe destacar que cualquier elemento utilizado para la estimulación auditiva como, por ejemplo, la caja de sonidos, debe aumentar progresivamente el volumen de la música para evitar la sobreestimulación de los participantes (Romero Sal, 2018).

- Elementos táctiles:

Se utilizan objetos con diversos tamaños, formas, texturas, durezas, pesos y temperaturas para que la persona pueda experimentar diferentes sensaciones. Para hacerlo más atractivo se pueden elaborar caminos o cuadernos de texturas, paneles táctiles, etc. Este tipo de estimulación ayuda a que los pacientes se concentren más en sus manos, en la manipulación de objetos y trabajen la coordinación visumanual. Se puede estimular al paciente haciéndolo caminar descalzo sobre diferentes texturas, diferenciando figuras geométricas, frío o caliente o buscando objetos en cajas de arena (Duchi & Benalcázar, 2018; García-Pérez et al., 2021; Nacimba Suntaxi, 2018; Ordoñez, 2021).

Uno de los elementos principales son las camas de agua, que permiten una estimulación tanto táctil como vibratoria y propioceptiva. Este elemento combinado con un tipo de estimulación visual, como el techo de estrellas luminosas, suele conseguir un efecto relajante (Romero Sal, 2018).

- Elementos vibratorios:

La vibración está muy relacionada con el sentido auditivo. Uno de los elementos principales para trabajar este tipo de estimulación es la colchoneta vibratoria, que transmite la vibración de la música y permite regular tanto la intensidad como el lugar donde se produce la vibración (Nacimba Suntaxi, 2018; Romero Sal, 2018).

- Elementos vestibulares:

Para la estimulación vestibular se realizan diferentes experiencias motrices mediante cambios posturales o rítmicos balanceos gracias a los colchones de agua, los puffs o las mecedoras (Nacimba Suntaxi, 2018; Romero Sal, 2018).

- Elementos olfatorios:

Se emplean difusores de aromas con fragancias dulces y agradables para crear un ambiente relajante. Se pretende que la persona a través del olfato asocie diferentes olores familiares con determinadas personas, objetos o hechos. Para esta intervención se pueden emplear paneles de olores, esencias y aceites para masajes. Además, la aplicación de aceites corporales sobre la piel favorece la conexión entre cuerpo y mente (Duchi & Benalcázar, 2018; García-Pérez et al., 2021; Nacimba Suntaxi, 2018; Ordoñez, 2021).

- Elementos gustativos:

Se dan a probar a los pacientes alimentos de distintas texturas y sabores (amargo, dulce, salado, ácido) para que los pacientes experimenten las diferentes sustancias. De esta manera, al revelar sus preferencias, se favorece la toma de decisiones y se ejercitan los músculos destinados a la masticación (Duchi & Benalcázar, 2018; García-Pérez et al., 2021; Nacimba Suntaxi, 2018; Ordoñez, 2021).

6 CAPÍTULO 3. SALAS SNOEZELEN, INTERVENCIÓN ENFERMERA

6.1 PROFESIONALES

Durante un largo periodo de tiempo, la mayor parte de los estudios sobre demencia se han enfocados en las características cognitivas y conductuales del síndrome. Esto ha provocado que gran parte de los cuidadores formales no dispongan de los conocimientos suficientes para comprender los aspectos emocionales y la repercusión que tienen acciones sobre el funcionamiento del paciente (Van Weert et al., 2006). Así lo demuestra el estudio realizado por Collier y Jakob, donde los profesionales reconocieron su escasa formación para llevar a cabo la terapia de estimulación multisensorial. No estaban lo suficientemente cualificados como para saber qué elementos introducir en la sala Snoezelen en función de las necesidades de cada participante ni cómo dirigir la intervención, sino que probaban diversas estrategias hasta que finalmente una producía el efecto deseado en el usuario (Collier & Jakob, 2017).

Para llevar a cabo la terapia de manera efectiva es necesario que todos los miembros del equipo se hayan formado en el manejo de Snoezelen, ya que son los encargados de planificar los efectos luminosos, sonoros y aromáticos; de decidir la duración de cada sesión; y las actividades a realizar en función de los objetivos terapéuticos establecidos. Por ello, es imprescindible que los cuidadores profesionales conozcan el funcionamiento de los diversos equipos de la sala, así como, la metodología de la intervención y la forma de evaluar cada sesión (Cid i Rodríguez, 2010; Mertens, n.d.; Romero Sal, 2018).

De igual modo, es importante que todos los profesionales que trabajan en la sala Snoezelen tengan una gran capacidad de observación. Deben prestar atención a cómo se comportan los usuarios durante las sesiones, pero especialmente cuando entran en este entorno por primera vez. A lo largo de la intervención se recogerá una gran cantidad de información relacionada con la tensión muscular, los estímulos a los que reacciona primero o las respuestas que emite ante los diferentes estímulos. A continuación, se interpretarán las diferentes expresiones corporales del paciente, frecuentemente con la ayuda de algún familiar, para crear una especie de “diccionario personal”, donde se guardarán todos los datos relevantes del usuario para que cualquier profesional pueda adaptar la terapia a sus necesidades específicas y obtener el máximo beneficio de ello (Verheul, 2019).

El creador del término Snoezelen, Ad Verheul, afirma que el principio esencial en el que se fundamenta la terapia es “niets moet, alles mag”, que significa “no hay nada que hacer, todo está permitido”. Así, los profesionales que dirigen la sesión tienen un papel de acompañamiento y una actitud pasiva, para permitir que el participante realice la terapia a su manera. Es decir, el usuario puede decidir qué materiales utilizar y la forma de usar cada uno de ellos. Si, por ejemplo, al usuario no le apetece oler un aparato que huele y, sin embargo, quiere darle vueltas sobre su soporte, se le permitirá (Romero Sal, 2018; Verheul, 2019).

Este acompañamiento puede realizarse de diferentes formas. Por una parte, puede llevarse a cabo observando a través de un espejo traslúcido desde una sala contigua a la que se está realizando la terapia. En este caso, el profesional deja al usuario en la sala Snoezelen con todos los elementos a su alcance y, a continuación, deja solo al participante e interviene únicamente en caso necesario. En la otra forma de acompañamiento, el profesional permanece en la sala Snoezelen con el participante, pero debe intentar no implicarse para que el usuario pueda descubrir por sí mismo los elementos que le rodean y decida el tiempo que dedica a cada uno de ellos. A diferencia del método anterior, este favorece la relación entre el participante y el profesional, lo que acrecienta la experiencia multisensorial (Romero Sal, 2018).

6.2 APLICACIÓN EN DEMENCIA MODERADA Y AVANZADA

Aunque durante los últimos años han aumentado las investigaciones sobre el uso de la terapia de estimulación multisensorial, apenas existen guías o recomendaciones sobre cómo tratar la demencia en una fase moderada y avanzada. La gran mayoría de estudios no son lo suficientemente rigurosos y no distinguen la gravedad de la demencia. Los resultados obtenidos indican una tendencia positiva hacia la mejora del comportamiento, el estado de ánimo y las capacidades cognitivas y psicológicas en las etapas moderada y grave, pero no llegan a ser estadísticamente significativos (Abraha et al., 2017; Hui et al., 2021; Na et al., 2019). La NICE recomienda realizar terapia de estimulación cognitiva en las personas con una fase de demencia leve o moderada (NICE guideline, 2018), pues se ha demostrado que se consigue una mejora de la función cognitiva similar a la conseguida con los fármacos específicos para la demencia (Hui et al., 2021). Sin embargo, invita a que se “*considere capacitar al personal para que lleve a cabo intervenciones de estimulación multisensorial a las personas con demencia de moderada a grave y dificultades de la comunicación*” (NICE guideline, 2018), ya que no se dispone de la suficiente evidencia científica como para recomendarla oficialmente.

La utilidad de esta terapia en las fases avanzadas de demencia se basa en la idea de que la interacción sensorial conlleva un menor uso de las funciones cognitivas y únicamente requiere la estimulación los sentidos primarios, que se conservan incluso en las fases más graves de la enfermedad (Marante, 2015). Durante la terapia se presentan los estímulos sin ningún orden o secuencia, la persona los va experimentando a medida que aparecen sin la necesidad de utilizar la memoria a corto plazo para relacionarlos con las experiencias anteriores (Sánchez et al., 2016). Asimismo, los efectos positivos en el control a corto plazo de la conducta y el estado anímico, así como en la mejora de la comunicación y la interacción con el entorno, hace que esta terapia sea idónea para aplicar en las personas mayores con una demencia avanzada (Maseda et al., 2018).

Antes de comenzar la intervención se debe determinar la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, pues en función de su gravedad se establecerán una serie de objetivos y se ajustarán las intervenciones a sus capacidades individuales. Encontrar una actividad adecuada para las personas que se encuentran en una fase moderada y avanzada de demencia puede ser una tarea de gran complejidad, puesto que ya no pueden practicar aquellas actividades que les gustaban en el pasado. La intervención Snoezelen da a este grupo de personas la posibilidad de experimentar la parte sensorial de esas actividades consiguiendo, de esta manera, la suficiente estimulación para que aumente su atención, participación y

conciencia. Por ejemplo, a una mujer a la que le gustaba la repostería puede resultarle placentero el amasar o degustar el postre, aunque no pueda realizar la actividad completa por sí sola (Jakob & Collier, 2013; Nacimba Suntaxi, 2018). Conociendo lo avanzada que se encuentra la demencia, se podrá dividir la actividad en diferentes partes para conseguir la adecuada estimulación de la persona y alcanzar diferentes resultados (ver tabla 2) (Jakob & Collier, 2013; Romero Sal, 2018).

Tabla 2. Tipos de estimulación según fase de la demencia.

FASE DE DEMENCIA	TIPO DE TERAPIA	EJEMPLO	RESULTADOS
Fase inicial	- Actividades que se centran en la totalidad de la tarea - Musicoterapia para recordar experiencias y recuerdos	- Seguir una receta - Plantar flores	- Mejorar el estado anímico - Aumentar la autoestima - Disminuir el estrés - Reducir la ansiedad
Fase intermedia	- Actividades que se enfocan en cada paso de la tarea - Estimulación a través de sonidos, luces y sabores	- Amasar la masa, batir los huevos - Llenar la maceta de tierra, enterrar las semillas	- Mejorar las conductas disruptivas - Potenciar la atención
Fase severa	- Actividades enfocadas en la parte sensorial de la tarea - Estimulación sensorial	- Oler y probar el postre - Enterrar las manos en la tierra, agrupar las semillas en montones	- Paliar el dolor - Potenciar la relajación - Incrementar la esperanza de vida

Fuente: Elaboración propia a partir de Nacimba Suntaxi (2019), Romero Sal (2018) y Jakob y Collier (2013).

6.3 METODOLOGÍA

Las salas de estimulación multisensorial representan un "cambio metodológico" en la forma de estimular a las personas mayores con demencia a través de la exploración y la observación. Estas salas constituyen espacios interactivos que permiten a las personas experimentar experiencias sensoriales agradables y darles un significado (Candeal Cruz & Burdallo Martínez, 2018).

A día de hoy no existe un protocolo estándar que especifique la forma de llevar a cabo la terapia Snoezelen (Cheng, Baker, & Dursun, 2019); el profesional planificará cada intervención en función de las particularidades del usuario, así como, de las capacidades que se quieren desarrollar y de los elementos que dispone la sala (López & López, 2019).

Antes de comenzar la terapia multisensorial se deberá llevar a cabo una valoración de la persona para determinar su capacidad cognitiva, física, funcional y social; lo que permitirá establecer los objetivos específicos que se quieren conseguir con la terapia. Asimismo, se comenzará con unas sesiones iniciales en la sala Snoezelen para elaborar el perfil sensorial del usuario, donde se presentarán diferentes elementos sensoriales para averiguar qué estímulos le resultan más atractivos, y así, conocer sus preferencias sensoriales a nivel visual, auditivo, olfativo, vestibular y propioceptivo. Con toda esta información se creará un plan de intervención donde se combinarán diferentes elementos del entorno multisensorial para estimular los sentidos, conjunta o individualmente, y desarrollar las capacidades del participante (Candeal Cruz & Burdallo Martínez, 2018).

De acuerdo con los objetivos que se quieran alcanzar, las sesiones pueden ser estructuradas o libres. En las primeras, la persona que dirige la sesión tiene señalados unos pasos a seguir durante la intervención y guía a la persona para conseguirlos. En cambio, en las sesiones libres, se permite a la persona explorar el entorno e interaccionar con los estímulos de su elección para potenciar su autonomía, espontaneidad y participación (López & López, 2019).

De igual modo, las sesiones deben cumplir los cinco principios terapéuticos: **Principio de individualización:** cada intervención se realiza según las preferencias y necesidades particulares de cada participante. **Principio de latencia:** durante la intervención se da tiempo al participante para que se adapte, integre la información percibida y reaccione a ella. **Principio de naturalidad:** las actividades se adecúan al estado de salud del participante. **Principio de contraste:** durante la sesión se debe alternar el uso del sonido con el silencio. **Principio de simetría:** los estímulos se aplican en cada hemicuerpo y, a continuación, en ambos (Geriatricarea, 2021).

Las sesiones en las personas mayores suelen realizarse individualmente (el participante y el cuidador) una vez por semana y suelen durar 30 minutos, pero en caso necesario se pueden programar dos o tres a la semana (Cid i Rodríguez, 2010). Siguiendo el procedimiento de Pace et al, la intervención Snoezelen se puede dividir en cuatro fases (Marante, 2015):

- **Fase 1. Orientación al estímulo**

Antes de ir a la sala Snoezelen se debe adelantar al usuario lo que vamos a hacer. En este caso, como la mayor parte de las personas con demencia presentan problemas para comunicarse, la forma de avisarles será a través del ritual de inicio de la sesión. Este consiste en mantener la sala con una iluminación similar a la del exterior, sin música y con el equipo apagado cuando entra el paciente. Asimismo, el usuario irá vestido con ropa cómoda y siempre se le colocará en el mismo lugar de la sala para comenzar la sesión (Cid i Rodríguez, 2010).

Durante los primeros minutos, el profesional que guía la intervención deberá orientar a la persona explicándole qué se va a realizar "*te voy a mostrar algo muy divertido. Me gustaría que me dijeses si te gusta lo que estás viendo*" (Marante, 2015). Posteriormente, se adaptará paulatinamente la iluminación de la sala y se encenderá el primer elemento sensorial de la intervención (Cid i Rodríguez, 2010).

- **Fase 2. Presentación de los estímulos**

Los estímulos se presentarán de forma controlada y se irán exponiendo en orden, de uno en uno, para evitar la sobreestimulación sensorial. Primero se introducirán los estímulos auditivos, para continuar con los estímulos táctiles, olfativos, visuales y, para terminar, su utilizarán elementos que estimulen varios sentidos al mismo tiempo. En las primerias sesiones cada estímulo se presentará durante cinco segundos, exceptuando la música que se mantendrá durante treinta segundos o un minuto, para determinar las preferencias sensoriales del usuario. Una vez elaborado su perfil sensorial, se mostrará cada elemento varias veces para conseguir una reacción del participante, que puede ser la relajación o la atención, dependiendo de los objetivos terapéuticos buscados. De igual modo, se controlarán aquellos estímulos que puedan distraer al paciente y no concuerden con el diseño de la intervención (Cid i Rodríguez, 2010; López & López, 2019; Marante, 2015).

- **Fase 3. Valorar las respuestas de la persona**

Tras presentar un estímulo la persona puede reaccionar de dos formas: con respuestas de aproximación, que es cualquier comportamiento positivo del usuario cuando se expone un estímulo (se muestra tranquilo y participativo, interactúa con los estímulos de la sala, tiene una expresión alegre); y respuestas de evitación, que es cualquier conducta negativa del usuario (se encuentra inquieto y agitado, no mantiene el contacto visual con el estímulo, no participa, muestra una expresión cohibida o asustada) (Marante, 2015). El profesional cumple un papel

esencial guiando la sesión, observando la actitud del participante ante los diferentes estímulos y favoreciendo la creación de un ambiente relajado y agradable (López & López, 2019).

- **Fase 4. Continuar o detener la exposición de un estímulo**

En caso de que la persona muestre una respuesta de aproximación, se mantendrá el estímulo. En cambio, si muestra rechazo hacia el estímulo, se interrumpirá la exposición inmediatamente y el cuidador profesional lo apoyará y no volverá a presentárselo de nuevo (Marante, 2015).

- **Fin de la sesión**

El final de la sesión irá acompañado de otro ritual, pues nunca se debe finalizar la intervención de forma abrupta. Se comunicará que ha acabado la sesión y se irá aumentando gradualmente la iluminación de la sala, mientras se van apagando los diferentes equipos de estimulación multisensorial (Cid i Rodríguez, 2010; Marante, 2015).

Tras finalizar la sesión, el profesional cumplimentará un registro de evaluación donde se describen tanto las actividades desarrolladas, especificando los equipos utilizados y su duración, como las respuestas más significativas percibidas en el participante, incluyendo el estado anímico, la participación o la conducta que ha mostrado durante las intervenciones. A los seis meses, se volverá a valorar al usuario para determinar el cumplimiento de los objetivos propuestos, así como, la necesidad de modificar el plan de intervención (Candeal Cruz & Burdallo Martínez, 2018).

6.3.1 INCORPORACIÓN DE LA TERAPIA EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Muchos autores recomiendan incorporar la terapia Snoezelen en el cuidado diario de las personas mayores con demencia (Sarabia Cobo et al., 2017; Van Weert et al., 2006; Van Weert, Van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe, & Bensing, 2005), especialmente en los momentos más problemáticos, como durante los cuidados matutinos. Estas actividades las brindará personal preparado capaz de interpretar las necesidades de los usuarios y de aplicar la terapia en las rutinas diarias.

Para implementar la terapia a las actividades diarias de este colectivo es imprescindible que los profesionales conozcan los detalles de la historia de vida y las particularidades del usuario a través de una entrevista con sus familiares. De igual modo, se confeccionará su perfil sensorial, observando durante 10 sesiones semanales en la sala Snoezelen las reacciones del usuario a los diferentes estímulos presentados, reconociendo los que más le atraen y los que rechaza. Basándose en su historia y su perfil sensorial el personal elaborará un plan con las intervenciones a realizar en la sala multisensorial, donde se especificará cómo reaccionar ante los diversos comportamiento del participante. Finalmente, se adaptarán las intervenciones realizadas en la sala Snoezelen a las actividades diarias a través de la elaboración del plan de cuidados Snoezelen. Este plan describirá cómo despertar al residente, si es capaz de elegir su propia ropa, el tipo de perfume que usa, si le gusta el contacto físico o el tipo de música que le tranquiliza, entre otras cosas. De esta manera, todos los cuidadores podrán incorporar en el cuidado diario estas actividades y ofrecer una atención individualizada y de calidad que consiga mejorar su estado de bienestar (ver anexo 2) (Van Weert et al., 2004, 2005).

Para que la integración de la terapia Snoezelen en el cuidado diario sea eficaz, se deben realizar varias modificaciones en la atención prestada por los cuidadores profesionales y en la forma de organizar el trabajo. Por un lado, los profesionales deben enforcar su atención en la persona con demencia para satisfacer sus necesidades reales y lograr un estado de confort, "*ningún residente es igual. Ahora prestamos atención a lo que les gusta a los residentes. Poco a poco aprendes a entender lo que es realmente importante para cada residente*". Respecto a la organización, se requiere un cambio en el modo de trabajar, basado fundamentalmente en "dejar de prestar atención al reloj". "*Cuando comparo el presente con hace medio año, realmente veo una*

diferencia. Antes todo tenía que ir rápido, sacar al paciente de la cama, asearlo, etc. Pero ahora, tenemos más tiempo el uno para el otro". Gracias a estas modificaciones se ha conseguido que la incorporación de Snoezelen resulte realmente beneficiosa para los usuarios, ya que se han percibido mejoras en la atención, la comunicación y la reducción de las conductas agresivas durante las actividades cotidianas (Van Weert et al., 2004).

7 REFLEXIONES FINALES

- El incesante envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida en todo el mundo ha convertido a la demencia en la principal causa de discapacidad y dependencia de las personas mayores.
- La demencia supone un grave problema sanitario, social y económico. A medida que avanza el síndrome las personas van perdiendo su autonomía para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria y desarrollan una serie de alteraciones cognitivas, psicológicas y conductuales, que provocan una importante fuente de estrés en los cuidadores y familiares y un elevado coste económico para la sociedad.
- Las personas mayores con demencia, especialmente aquellas que se encuentran institucionalizadas, están sometidas a una privación sensorial o, por el contrario, a una estimulación sensorial excesiva. Estos desequilibrios sensoriales, producidos tanto por el exceso como por la ausencia de estimulación, originan la aparición de alteraciones del comportamiento y la reducción de las capacidades funcionales y sociales de los usuarios con demencia.
- El uso de las salas multisensoriales logra proporcionarles un nivel adecuado de estimulación sensorial, que consigue disminuir su apatía y aumentar su relajación y bienestar.
- Las salas multisensoriales son espacios donde se disfruta de una gran variedad de experiencias sensoriales de forma controlada mediante la estimulación de los sentidos. Están equipadas para proporcionar una gran variedad de actividades, que alcanzarán un efecto estimulante o calmante en función de las preferencias y necesidades terapéuticas de cada participante.
- Aunque todavía existe poca información sobre cómo funcionan las salas Snoezelen, múltiples estudios han demostrado sus efectos positivos en el estado de ánimo y la relajación. Además, tras una sesión en la sala multisensorial, los participantes en las fases más avanzadas de la demencia muestran una reducción de las conductas disruptivas, una comunicación más espontánea, una mayor interacción y atención al entorno y un mejor estado de ánimo.
  - La estimulación multisensorial se diferencia del resto de terapias no farmacológicas en dos elementos fundamentales: la atención individualizada centrada en la persona y el enfoque no directivo. De tal forma que se permite al usuario elegir los elementos sensoriales que más le agraden, así como la forma de interactuar con ellos, para facilitar su interacción con el entorno y alcanzar una actitud más participativa.
  - Al no requerir el uso de las funciones cognitivas superiores, la estimulación multisensorial es una de las terapias más adecuadas para las personas con demencia moderada o severa. Las principales guías de práctica clínica recomiendan estas intervenciones no farmacológicas como primera línea de tratamiento para las personas mayores con demencia para evitar las posibles reacciones adversas e interacciones que producen los tratamientos farmacológicos.
  - En ocasiones, los tratamientos no farmacológicos no consiguen controlar la sintomatología producida por la demencia, por lo que es necesaria la combinación de un tratamiento farmacológico y uno no farmacológico para preservar las funciones cognitivas, reducir lo máximo posible las alteraciones conductuales y aumentar la calidad de vida de la persona.

- La eficacia de la terapia depende en gran medida del profesional de enfermería que lleva a cabo la intervención. Por eso, es importante que reciban una formación adecuada, sobre los protocolos de evaluación y sobre la metodología de intervención en estas salas, para crear los rituales de entrada y salida, generar respuestas adecuadas, elegir los estímulos que se van a utilizar en cada sesión, evaluar las sesiones y detectar las mejoras conseguidas con las intervenciones en las salas Snoezelen.
- El personal que dirige la sesión debe tener una actitud proactiva para favorecer la creación de un ambiente atractivo y confortable. Asimismo, es importante que posean habilidades de observación y comunicación para dirigir las sesiones.
- Se requieren estudios adicionales de mayor calidad metodológica, dónde se describan y evalúen las variables del proceso de investigación, para evidenciar la eficacia de las salas Snoezelen en el comportamiento y estado de ánimo de las personas con demencia. Igualmente, es necesario crear manuales o protocolos que explique cómo se debe llevar a cabo la intervención multisensorial teniendo en cuenta las preferencias sensoriales de cada participante, las actividades a realizar según la gravedad de su demencia y los elementos disponibles en la sala para asegurar la correcta realización de la intervención.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., (…) y Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, *7*(3), e012759. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759

Alonso, C. (2021). Estimulación sensorial en personas con Alzheimer desde Terapia Ocupacional. (Trabajo fin de máster). *Facultad de Ciencias de La Salud. Universidad de Zaragoza*, 1–25. Recuperado de https://zaguan.unizar.es/record/106805/files/TAZ-TFM-2021-180.pdf

Álvarez-Linera, J. y Jiménez-Huete, A. (2019). Neuroimagen en demencia. Correlación clinico-radiológica. *Radiologia*, *61*(1), 66–81. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.08.004

alzheimer´s association. (2022). Stages of Alzheimer´s [Página web]. Recuperado el 11-01-2022 de https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages

Asociación Americana de Psquiatría. (2013). Trastornos neurocognitivos. En *Guía de consulta de los criterios diagnóstios del DSM 5* (pp. 319–358). Arlington, VA. Recuperado de https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf

Aznar-calvo, A., Vaca-Bermejo, R., Martínez-Longares, P., Villa-Berges, E., Espluga-Barquero, S., Pozo-Lafuente, A., y Ancizu-García, I. (2019). Estimulación multisensorial en centros residenciales: una terapia no farmacológica que mejora la conexión con el entorno. *Psicogeriatría*, *9*(1), 11–17.

Bravo-José, P., Sáez-Lleó, C. I., y Peris-Martí, J. F. (2019). Deprescribing antipsychotics in long term care patients with dementia. *Farm Hosp*, *43*(4), 140–145. DOI: https://doi.org/10.7399/fh.11217

Candeal Cruz, M., y Burdallo Martínez, S. (2018). Programa de estimulación multisensorial en Espacio Snoezelen. Madrid: Eulen Servicios Sociosanitarios. Recuperado de https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-BP19-EULEN-Snoezelen.pdf

Castillo García, I. M. (2018). *Correlatos clínicos y morfológicos de la evolución de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia moderada y grave*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de https://eprints.ucm.es/id/eprint/47224/1/T39839.pdf

Chalfont, G., Milligan, C., y Simpson, J. (2020). A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. *Dementia*, 19 (4), 1086-1130. DOI: https://doi.org/10.1177/1471301218795289

Cheng, C., Baker, G. B., y Dursun, S. M. (2019). Use of multisensory stimulation interventions in the treatment of major neurocognitive disorders. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *29*(4), 916–921. DOI: https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1699738

Cid i Rodríguez, M. J. (2010). *Estimulació multisensorial en un espai Snoezelen en persones adultes amb greu discapacitat intelectual.* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de https://sid-inico.usal.es/articulo/estimulacion-multisensorial-en-un-espacio-snoezelen-concepto-y-campos-de-aplicacion/

Cloak, N., y Al Khalili, Y. (2022). Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/

Collier, L., y Jakob, A. (2017). The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. *Health Environments Research and Design Journal*, *10*(5), 39–51. DOI: https://doi.org/10.1177/1937586716683508

Corona, B., Prado, R., y Duany, A. (2020). Epidemiología de las demencias. *Arch Univ "Gen Calixto García,"* *8*(2), 133–147. Recuperado de http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/514/466

CRE Alzheimer. (n.d.). Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca [Página web]. Recuperado el 24-12-2021 de https://crealzheimer.imserso.es/crealzheimer_01/alzheimer_demencias/demencias/tipos/index.htm

Cuadro, E. M. (2021). *Efectividad de la terapia de estimulación multisensorial (Snoezelen) en personas mayores con demencia*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30014/1/Cuadro.pdf

Custodio, N., Montesinos, R., y Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev. Neuropsiquiatr*, *81*(4), 235–250. Recuperado de https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3438/3634

Dimitriou, T., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., Athanasiadis, L., Ioannidis, P., (…) y Tsolaki, M. (2022). Non-Pharmacological Interventions for Wandering/Aberrant Motor Behaviour in Patients with Dementia. *Brain Sci*, *12*(130). DOI: https://doi.org/10.3390/brainsci12020130

Drabo, E. F., Barthold, D., Joyce, G., Ferido, P., Chang Chui, H., y Zissimopoulos, J. (2019). Longitudinal analysis of dementia diagnosis and specialty care among racially diverse Medicare beneficiaries. *Alzheimer's and Dementia*, *15*(11), 1402–1411. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.07.005

Duchi, H. F., y Benalcázar, E. E. (2018). *Diseño, desarrollo e implementación de una sala multisensorial para las personas de la tercera edad*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/16260/1/UPS-CT007909.pdf

Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., y Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, *30*(3), 295–309. DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610217002344

Fleming, R., Zeisel, J., y Bennett, K. (2020). World Alzheimer Report 2020: Design Dignity Dementia: dementia-related design and the built environment, Volume 1. London, England. *Alzheimer´s Disease International*. Recuperado de http://www.infocop.es/pdf/WorldAlzheimerReport2020Vol1.pdf

Frederiksen, K. S., Cooper, C., Frisoni, G. B., Frölich, L., Georges, J., Kramberger, M. G., (…) y Waldemar, G. (2020). A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *European Journal of Neurology*, *27*(10), 1805–1820. DOI: https://doi.org/10.1111/ene.14412

Galuza, Y., y Arlandis Casanova, M. J. (2021). *Terapia musical en el tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo grave*. (Trabajo fin de grado) Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698172/yuliya_galuzatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García-Martín, V., de Hoyos-Alonso, M. C., Ariza-Cardiel, G., Delgado-Puebla, R., García-Domingo, P., Hernández-Melo, E., (…) y del Cura-González, I. (2022). Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care

follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study. *BMC Geriatrics,* 22(71). DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-022-02762-9

García-Pérez, M. M., Morales.Hernández, D., Ramírez-Becerra, B. A., Ugalde-Chávez, M. de L., Vargas-Ortuño, S. A., y Hernández-Valle, V. (2021). Implementación de un programa de estimulación multisensorial en personas mayores con trastorno neurocognitivo. *Lux Médica*, *16*(48). Recuperado de https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/3273/2693

Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*, *66*(11), 377–386. DOI: https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519

Geriatricarea. (2021). La sala Snoezelen mejora el bienestar de personas con deterioro cognitivo [Página web]. Recuperado el 21-2-2021 de https://www.geriatricarea.com/2021/05/12/la-sala-snoezelen-para-aumentar-el-bienestar-de-personas-mayores-con-deterioro-cognitivo/

Goodall, G., Taraldsen, K., Granbo, R., y Serrano, J. A. (2021). Towards personalized dementia care through meaningful activities supported by technology: A multisite qualitative study with care professionals. *BMC Geriatrics*, 21(468). DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-021-02408-2

Guerrero, Y. (2020). La demencia senil. Un acercamiento a su manejo y tratamiento. En *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020*. Recuperado de http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/126/86

Huang, J. (2019). Demencia - Trastornos neurológicos. Manual MSD [Página web]. Recuperado el 16-12-2021 de https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/demencia

Hui, E. K., Tischler, V., Wong, G. H. Y., Lau, W. Y. T., y Spector, A. (2021). Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *36*(9), 1313–1329. DOI: https://doi.org/10.1002/gps.5554

ISNA España. (n.d.). Asociación Española de Estimulación Sensorial y Snoezelen [Página web]. Recuperado el 8-1-2022 de https://www.isnaespaña.es/concepto-snoezelen/

Jakob, A., y Collier, L. (2013). How to make a Sensory Room for people living with dementia. En *Kingston University, England*, 70. Recuperado de http://fada.kingston.ac.uk/de/MSE_design_in_dementia_care/doc/How to make a Sensory Room for people with dementia.pdf

James, I. A., Gray, K., Moniz-Cook, E., Lee, K., Reichelt, K., y Richardson, J. (2021). A New Holistic Non-pharmacological Framework for Understandind and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. *BJPsych Advances*, 1–17. Recuperado de https://hull-repository.worktribe.com/preview/3709779/2021 ACME 1 accepted 2.02.pdf

Kim, S. K., y Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, *12*, 381–397. DOI: https://doi.org/10.2147/CIA.S117637

Lee, G. E., Kim, J. Y., Jung, J. H., Kang, H. won, y Jung, I. C. (2019). Non-pharmacological interventions for patients with dementia. *Medicine*, *98*(38). DOI: https://doi.org/10.1097/md.0000000000017279

Lerma-Ortega, E., Moreno-Almagro, I., Monreno-Almagro, M., Pereira-Almagro, M., y Bayona Morales, J. (2017). Eficacia del tratamiento no farmacológico en las demencias. En *Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. Volumen II*, ASUNIVEP, (pp. 81–86). Recuperado

de https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_6.pdf#page=81

López, C., y López, J. (2019). *Estimulació multisensorial: un acostament a les sales Snoezelen*. *Anuari de L´Envelliment*. Illes Balears. Recuperado de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/anuariEnvelliment/index/assoc/2019_anu/ari_enve/lliment_/p389.dir/2019_anuari_envelliment_p389.pdf

Lorusso, L., Park, N. K., Bosch, S., Freytes, I. M., Shorr, R., Conroy, M., y Ahrentzen, S. (2020). Sensory Environments for Behavioral Health in Dementia: Diffusion of an Environmental Innovation at the Veterans Health Administration. *Health Environments Research and Design Journal*, *13*(4), 44–56. DOI: https://doi.org/10.1177/1937586720922852

Madrid, K. J. (2019). *Terapia de estimulación multisensorial: Propuesta de intervención en personas con trastorno neurocognitivo mayor*. (Trabajo fin de máster) Universitat de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/169183/1/tfm_karen_jeria_madrid.pdf

Marante, M.P. (2015). *Intervención no farmacológica a través de la estimulación multisensorial en personas mayores con deterioro cognitivo*. (Tesis doctoral). Universidade da Coruña. Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/61916852.pdf

Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abraldes, I., Buján, A., De Labra, C., y Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters. *Journal of Alzheimer's Disease*, *63*(4), 1415–1425. DOI: https://doi.org/10.3233/JAD-180109

Mayo clinic. (2022). Dementia diagnosis and treatment [Página web]. Recuperado el 15-2-2022 de https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019

Mertens, K. (n.d.). Snoezelen. ISNA Snoezelen proffesional e.V. [Página web]. Recuperado el 14-2-2022 de https://snoezelen-professional.com/en/snoezelen-engl

Miguel-García, I., González-Bernal, J., González-Santos, J., y Jiménez-Eguizabal, A. (2017). Intervención en la esfera cognitiva, afectiva, y funcional en demencia, desde terapia ocupacional aplicada en sala Snoezelen. *INFAD*, (2), 67–76. Recuperado de https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1080/952

Montero, Y. (2021). *Abordaje integral de los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con demencia en el Hospital Nacional Psquiátrico en Costa Rica.* Trabajo fin de grado. Recuperado de https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/82736/TESIS FINAL ESTEBAN VARGAS Y YERLIN ELIZONDO 2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moth, A. E., Hølmkjær, P., Holm, A., Rozing, M. P., y Overbeck, G. (2021). What Makes Deprescription of Psychotropic Drugs in Nursing Home Residents with Dementia so Challenging? A Qualitative Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Drugs and Aging*, pp. 671–685. DOI: https://doi.org/10.1007/s40266-021-00875-1

Muñiz, R., & Olazarán, J. (n.d.). Mapa terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales. *CRE Alzheimer*, 1–21. Recuperado de http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhparapr.pdf

Na, R., Yang, J. H., Yeom, Y., Kim, Y. J., Byun, S., Kim, K., y Kim, K. W. (2019). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for moderate to severe dementia. *Psychiatry Investigation*, *16*(5), 325–335. DOI: https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.11.2

Nacimba Suntaxi, C. A. (2018). *Beneficios del uso de la Sala de Estimulación Multisensorial Snoezelen en adultos mayores con demencia para reducir los niveles de ansiedad, en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe durante el período Noviembre 2017-Abril 2018*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14903/1/T-UCE-0020-TO017-2018.pdf

National Institute on Aging. (2021). How Is Alzheimer's Disease Treated? [Página web]. Recuperado el 15-2-2022 de https://www.nia.nih.gov/health/how-alzheimers-disease-treated

Navarro, S. G. (2020). El uso de las tic en la estimulación: la sala multisensorial. En REDINE (Cooid.), *Contribuciones de la tecnología digital en el desarrollo educativo y social* (pp. 49–59). Eindhoven, NL: Adaya Press. DOI: https://doi.org/10.15381/idata.v12i2.6124

Nguyen, V. T. T., Sallbach, J., Dos Santos Guilherme, M., y Endres, K. (2021). Influence of acetylcholine esterase inhibitors and memantine, clinically approved for alzheimer's dementia treatment, on intestinal properties of the mouse. *International Journal of Molecular Sciences*, *22*(3), 1–13. DOI: https://doi.org/10.3390/ijms22031015

NICE guideline. (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/ng97

OMS. (2019). Demencia. Clasificación internacional de enfermedades, undécima edición [Página web]. Recuperado el 17-12-2021 de https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/795022044

OMS. (2020). Demencia. Organización Mundial de la Salud [Página web]. Recuperado el 4-12-2021 de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Ordoñez, K. M. (2021). *Beneficios de la estimulación sensorial en adultos mayores con deterioro cognitivo leve*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24222/1/UCE-FCDAPD-ORDOÑEZ KAREN.pdf

Pelegrini, L. N. C., Mota, G. M. P., Ramos, C. F., Jesus, E., y Vale, F. A. C. (2019). Diagnosing dementia and cognitive dysfunction in the elderly in primary health care a systematic review. *Dement Neuropsychol, 13(2), 144-153*. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020002

Pérez, A., y González, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, *33*(6), 378–384. Recuperado de https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485316300111?token=1CC4D991F55F76394EFB059BEE9B9226B112A3CA6B89C734B9A8F9AAF9E535BA4DA9D2B6450CEEF58A45C2F8792C6E52&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211226100803

Perrotta, G. (2020). General Overview of "Human Dementia Diseases": Definitions, Classifications, Neurobiological Profiles and Clinical Treatments. *Gerontol & Geriatric Stud.*, *6*(1), 565–572. DOI: https://doi.org/10.31031/GGS.2020.06.000626

Rodriguez, A. F. (2019). *Formación del personal de enfermería sobre los cuidados para pacientes con demencia*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15156/Formacion del personal de enfermeria sobre los cuidados para pacientes con demencia..pdf;jsessionid=E2F3C0DBC4E1FDEFACD495C5240C16DA?sequence=1

Romero Sal, K. (2018). *Investigación comparada. Las salas Snoezelen: un ambiente de estimulación multisensorial*. (Trabajo fin de grado). Recuperado de http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/10642

Rostamzadeh, A., Kahlert, A., Kalthegener, F., y Jessen, F. (2022). Psychotherapeutic interventions in individuals at risk for Alzheimer's dementia: A systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, *14*(18), 1–20. DOI: https://doi.org/10.1002/alz.047269

Sánchez, A., Marante-Moar, M. P., Sarabia, C., De Labra, C., Lorenzo, T., Maseda, A., y Millán-Calenti, J. C. (2016). Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *31*(4), 341–350. DOI: https://doi.org/10.1177/1533317515618801

Sarabia Cobo, C. M., Díez Saiz, Z., San Millán Sierra, S., Salado Morales, L., Clemente Campo, V., y Alonso Vejo, C. (2017). La estimulación multisensorial como puente de comunicación con el paciente con demencia. *Nuberos Científica*, 7–14. Recuperado de http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2107.pdf

Scales, K., Zimmerman, S., y Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist*, *58*(1), 88–102. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gnx167

Sociedad Española de Psicogeriatria. (n.d.). Consenso Español sobre Demencias. *Novartis*, 99. Recuperado de http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Consenso español sobre demencias.pdf

Solé, C., Cifré, I., y Celdrán, M. (2019). CONTRIBUCIONES DE LA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL (SNOEZELEN) EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 311–320. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126030

The Economist Intelligence Unit. (2017). Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer's disease in Western Europe and Canada. *The Economist Intelligence Unit*, pp. 1–79. Recuperado de https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/AssessingthesocioeconomicimpactofAlzheimer'sinwesternEuropeandCanada.pdf

Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., y Von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, *10*(8), 297–309. DOI: https://doi.org/10.1177/1756285617712979

Tsai, S. Y., y Hong, S. Y. (2019). Influence of multisensory stimulation environmental designs for day services and healing environment of elderly people with dementia. *Sensors and Materials*, *31*(5), 1739–1749. DOI: https://doi.org/10.18494/SAM.2019.2281

University of Exeter. (2017). Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia: A best practice guide for health and social care professionals. *NHS England Publications Gateway Reference 06380*. Recuperado de https://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschool/responsiveimages/research/ihr/apex/nhs-dementia-best-practice-guide.pdf

Van Weert, J. C. M., Janssen, B. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Bensing, J. M., y Ribbe, M. W. (2006). Nursing assistants' behaviour during morning care: Effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(6), 656–668. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03772.x

Van Weert, J. C. M., Kerkstra, A., Van Dulmen, A. M., Bensing, J. M., Peter, J. G., y Ribbe, M. W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(4), 397–409. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011

Van Weert, J. C. M., Van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., y Bensing, J. M. (2005). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(1), 24–33. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53006.x

Verheul, A. (2019). *2019 HISTORY OF CARE AND DE HARTENBERG*. Recuperado de http://isna-mse.org/pdf/English/2019 HISTORY OF CARE AND DE HARTENBERG.pdf

Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., y Prieto Jurczynska, C. (2021). Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia. *Neurologia 36, 39-49*. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005

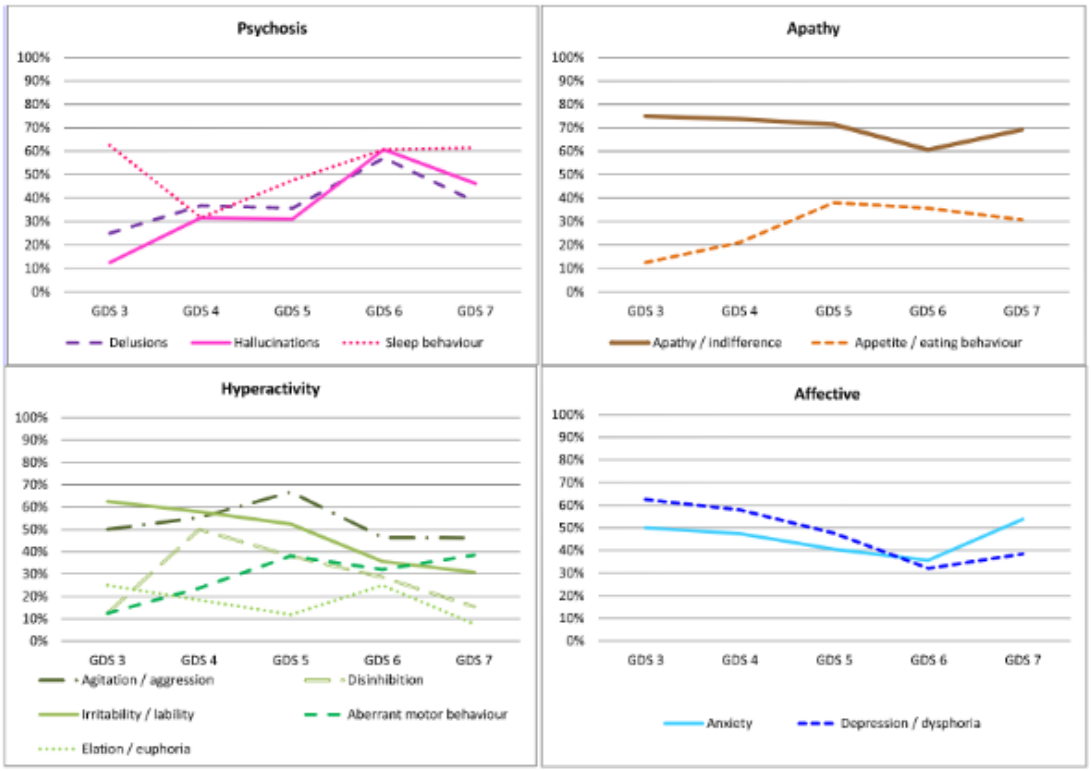
Wang, G., Albayrak, A., y Van Der Cammen, T. J. M. (2019). A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: From a perspective of ergonomics. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1137-1149. DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610218001679

Yunusa, I., Alsumali, A., Garba, A. E., Regestein, Q. R., y Eguale, T. (2019). Assessment of Reported Comparative Effectiveness and Safety of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Network Meta-analysis. *JAMA Network Open*, *2*(3). DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0828

Zaree, M. (2020). Multisensory Stimulation in Dementia. *Function and Disability Journal*, *3*(4), 123–130. DOI: https://doi.org/10.32598/fdj.3.19

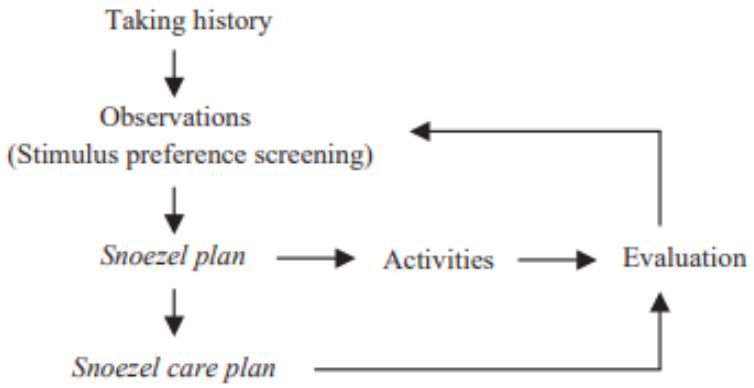
9 ANEXOS

Anexo 1: Frequency of neropsychiatric symptoms based on dementia progression (GDS stage) grouped by subsundromes



Fuente: García-Martín, V., de Hoyos-Alonso, M. C., Ariza-Cardiel, G., Delgado-Puebla, R., García-Domingo, P., Hernández-Melo, E., (…) y del Cura-González, I. (2022). Neuropsychiatric symptoms and subsyndromes in patients with different stages of dementia in primary care follow-up (NeDEM project): a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 22(71).

Anexo 2: Methodology to integrate Snoezelen into daily care



Fuente: Van Weert, J. C. M., Kerkstra, A., Van Dulmen, A. M., Bensing, J. M., Peter, J. G., Ribbe, M. W. (2004). The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies*, *41*(4), 397–409.