

LA SALA SNOEZELLEN EN TERAPIA OCUPACIONAL.

SNOEZELLEN ROOMS IN OCCUPATIONAL THERAPY

Palabras clave del autor: Terapia ocupacional, Snoezelen, daño cerebral, multisensorial.

Keys words: Occupational Therapy, Snoezelen, brain injury, multi-sensory.

DECS: Terapia ocupacional daño cerebral.

Mesh: Occupational Therapy, Brain Damage.

Autora:

Elisabet Huertas Hoyas

Terapeuta Ocupacional. Centro Integral de personas con daño cerebral, POLIBEA. Profesora Asociada de la Universidad Rey Juan Carlos

Como citar este documento:

Huertas Hoyas E. La sala Snoezelen en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [-fecha de la consulta-]; 6(10): [9p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original4.pdf>

Texto recibido: 10/04/2009

Texto aceptado: 20/07/2009

Nota editorial: El documento completo de la autora incorporaba el caso clínico con el título La sala Snoezelen en Terapia Ocupacional. A propósito de un caso de daño cerebral infantil. Se ha considerado más oportuno incluir este caso clínico en la sección que esta revista tiene. Por lo que el lector podrá complementar la lectura de este documento con el citado caso clínico en la sección mencionada de este número 10 de TOG.

Introducción

La sala Snoezelen fue creada en 1970 en el centro Piusoord, en Tilburg, Holanda, por Jan Hulsegge y Ad Verheul, terapeutas holandeses, quienes quisieron crear un lugar alternativo de ocio, en el que pudieran disfrutar sus pacientes, quienes eran un grupo de personas bastante heterogéneo: discapacidad intelectual severa, trastornos psiquiátricos, discapacidad física, etc. Lo único que tenían todos en común era la parte sensitiva del ser humano, los sentidos, las sensaciones (1). De esta forma, los pacientes se acercaban a la sala en sus ratos de ocio y tiempo libre por voluntad propia, pasando allí todo el tiempo que ellos quisieran. Pocos años después, una empresa inglesa "Rompa Internacional" instaló una sala en Gran Bretaña con afán de investigar, probar y sacar a la venta nuevos materiales y tecnología (sonido, material con aroma, vibradores, etc.) que siguiese la línea de la

RESUMEN

El presente artículo pretende dar a conocer los diferentes tipos de salas Snoezelen, sus técnicas y metodología de trabajo, así como reflejar la experiencia de trabajo de un caso clínico de daño cerebral infantil desde terapia ocupacional. Para tal experiencia se escogió un niño de año y siete meses con hemiparesia izquierda que presentaba conductas disruptivas y poca colaboración en el tratamiento. Se negaba a contribuir tanto en todo lo relacionado con su miembro afecto como en ejercicios para el desarrollo evolutivo cognitivo estimado para su edad. El niño no había presenciado nunca antes sesiones de tratamiento de terapia ocupacional en una sala Snoezelen. Las herramientas y técnicas de tratamiento fueron basadas en la guía terapéutica, la espontaneidad y búsqueda de sensaciones del niño por medio de los materiales de la misma sala Snoezelen. Tras cinco sesiones en la sala Snoezelen intercaladas con sesiones en el departamento de terapia ocupacional se alcanzaron objetivos propuestos y se observaron conductas nuevas y satisfactorias que no se habían producido en otro contexto de tratamiento. Las conclusiones al respecto condujeron a reflexionar sobre determinados métodos de tratamiento convencional.

SUMMARY

This article will discuss the various types of Snoezelen rooms, their techniques and their methodology. A clinical case study will be given to show this technique in a case of infant brain damage treated with occupational therapy. For the case study, we will look at a 17 month old child with hemiparesis of the left-side. Prior to our case study, he exhibited both behaviorAL issues and a lack of cooperation in his treatment process. Additionally, in age-appropriate exercises for evolutionary cognitive development, it was observed that he participated less when relating to his affected side. Prior to this case study, the child had not received any occupational therapy treatment in a Snoezelen room.

The tools and techniques of treatment focused upon using the components of a therapeutic guide, spontaneity, and various sensory experiences for the child, all contained in the same Snoezelen room. After five sessions in the Snoezelen room, interspersed with sessions in the occupational therapy department, the proposed objectives were reached and new and satisfactory behavior was observed that had not previously been produced in any other treatment environment. The resulting conclusions have caused us to reexamine certain conventional treatment methods.

estimulación sensorial. Para ello, el material de a sala se componía de elementos olfativos, táctiles, visuales y auditivos (no gustativos por motivos de higiene) (3). Hoy en día, debido a su gran variedad de material el terapeuta no tiene porqué trabajar únicamente la parte sensorial de la persona que esté tratando, sino que puede dirigirse a gran cantidad de componentes del desempeño ocupacional que se proponga, desde componentes motores hasta cognitivos, pasando por afectivo-relacionales, como veremos más adelante.

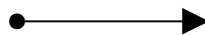
estimulación sensorial (2). Poco a poco, los profesionales se dieron cuenta de que la sala proporcionaba reacciones que antes no habían sucedido en determinadas personas, tales como surgir lenguaje espontáneo, interés y búsqueda, expresiones faciales, acción de señalar, disminución de estereotipias, disfrute del ambiente, relajación, disminución de problemas conductuales, etc. Y detectaron que los sujetos salían de la sala contentos, estables y relajados (2).

La sala se fue desarrollando cada vez más en dirección a la terapia, a la creación de un espacio de trabajo por medio de lo sensorial y el bienestar. Sus cuatro pilares eran: el ocio, la relajación, la atención individualizada y la

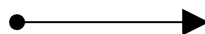
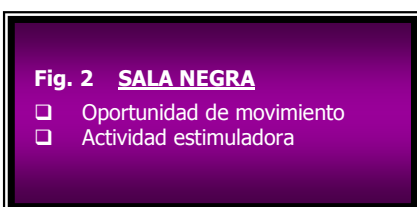
El gran éxito ha propiciado la creación de salas Snoezelen por muchos países en Europa y fuera de ella. Una de las virtudes de esta sala es que no se restringe a una única población afectada, como pueda ser la infantil, sino que va dirigido a diversas poblaciones: psiquiatría, demencias, discapacidad intelectual, patología neurológica, etc. Alcanzando todas las edades: infantil, adultos y ancianos (4).

LA SALA SNOEZELLEN

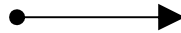
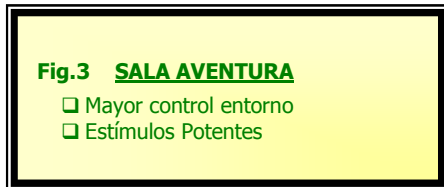
El término Snoezelen es un neologismo que proviene de las palabras en holandés "snuffelen" (en el sentido de buscar, explorar) y "doezelen" (relajarse) (3). Existen tres tipos de sala con objetivos diferentes (5): **Sala Blanca** (Figura 1), son las más usadas y comunes, su nombre no indica necesariamente que todo tenga que ser blanco. El objetivo principal de este tipo de salas es alcanzar la relajación y la estimulación sensorial por medio del descubrimiento, la espontaneidad.



Sala Negra (Figura 2), caracterizada por la luz negra, aquella luz morada fluorescente que implica que determinados colores resplandezcan bajo el enfoque de esta luz. Este tipo de salas facilitan el aprendizaje (causa-efecto, semántica, orientación espacial y temporal, etc.), el movimiento y búsqueda de sorpresa.



Sala Aventura (Figura 3), se caracteriza por el material de la sala, cuyos elementos permiten la actividad perceptivomotora y sensorial por medio de obstáculos, cuerdas colgadas, sorpresas, cilindros huecos, grandes pelotas, etc.



MATERIALES DE SALA SNOEZELEN

Las salas Snoezelen no son espacios estandarizados, como se ha podido comprobar en las fotografías (figura 1,2,3). No son todas iguales ni llevan los mismos elementos, sino que cada profesional puede seleccionar los materiales que se le ofrecen para crear una sala que se asemeje a cualquiera de estos tres tipos de salas (3). Los diferentes materiales para trabajar componentes del desempeño pueden ser (5):

□ Estímulos visuales (Figura 4):

- Fibra óptica
- Rueda de efectos
- Columnas de aire, de burbujas
- Pintura fluorescente
- Luz negra, linternas
- Paneles de pared con efectos de luz
- Proyector de luz, dibujos



Fig.4 Proyector de luz

□ Estímulos táctiles (Figura 5):

- Piscina de bolas
- Columnas de burbujas (Vibración)
- Fibra óptica (suavidad)

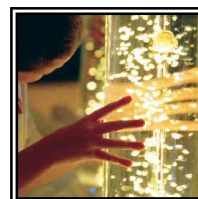


Fig.5 Columna de burbujas

- Paneles táctiles
- Cojín táctil
- Material vibratorio
- Estímulos vestibulares (Figura 6):
 - Cama de agua (termorregulada)
 - Columpios y amacas
 - Caparazón tortuga

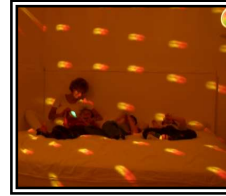


Fig.6 Cama de agua

- Estímulos Propioceptivos (Figura 7):
 - Material con vibración (sillas, almohadas)
 - Silla pelota
 - Mantas con peso
 - Suelo vibrante
 - Piscina de bolas



Fig. 7 Piscina de bolas

- Estímulos Auditivos (Figura 8):
 - Panel de sonidos
 - Columnas de aire
 - Equipo de música
 - Silla musical

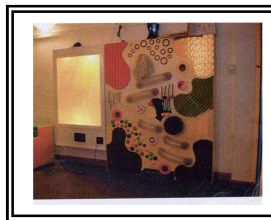


Fig. 8 Panel de música

- Estímulos Olfativos:
 - Olores relacionados con rutinas diarias
 - Difusor de aromas
 - Pelotas de olor
 - Juegos de aromas
 - Perfume de los padres
 -

¿CÓMO USAR LA SALA? MÉTODO DE TRABAJO

La sala no posee ningún manual de instrucciones para su uso (3) ni se dedica, como se puede creer, a trabajar meramente los sentidos (4), sino que el profesional una vez haya programado los objetivos para su paciente preparará

la sesión y el uso de la sala en función de los componentes afectados que vaya a trabajar. Seleccionará el material de la sala (*actividad estructurada*) o permitirá que sea la persona la que explore y experimente diferentes sensaciones con los materiales que haya elegido (*actividad libre*), si es éste el objetivo del terapeuta. Es favorable tener en cuenta factores como los que se dan a continuación para que se convierta en una herramienta de trabajo favorable (1): **la atmósfera, facilitadora del aprendizaje:** tiene mucha relevancia crear un ambiente confortable, seguro y saludable. Ningún individuo querrá entrar si las señales sensoriales que percibe le perturban, como por ejemplo, el sonido muy alto o demasiada luz negra. Decorar la sala o utilizar sólo determinados materiales según la persona que vaya a entrar es una buena estrategia de intervención. **La oportunidad de elegir:** muchos pacientes (en concreto, niños) no tienen la opción, en muchas ocasiones, de elegir lo que quieren hacer o con qué material trabajar durante la sesión, sino que están sujetos a la estructura inamovible del profesional. En la sala, es bueno que ellos decidan qué quieren tocar, ver, oler... y experimentar sensaciones poco frecuentes, que surja la iniciativa, la espontaneidad, el movimiento, el lenguaje, etc. No apartando los objetivos que el profesional tenga en mente. **Uso correcto del tiempo:** para ir creando nuevas sensaciones dentro de un ambiente relajado, es bueno comenzar a dar los estímulos de uno en uno. No entrar en la sala y recibir todos los estímulos de golpe; por ejemplo, primero comenzar poniendo música de forma ascendente hasta el nivel auditivo que escojamos, luego ir encendiendo las luces con las que vayamos a trabajar, posteriormente el proyector, etc. **Repetición:** la percepción y procesamiento de muchos pacientes o usuarios puede ser más lento de lo normal y es posible que además, no tengan los recursos lingüísticos o motores para reclamar que se vaya más lento. Se debe estar atento a las reacciones no verbales, que nos darán la pista de ello. Del mismo modo, observar y eliminar cualquier estímulo que esté provocando reacciones adversas a las esperadas. **Actitud:** el comportamiento del terapeuta no sólo debe basarse en la observación o en la valoración sino que su actitud también debe influir en el paciente hacia una conducta agradable para contribuir y favorecer un buen clima. De esta forma,

entran en juego las habilidades interpersonales del profesional para cada tipo de paciente, el saber guiar, sorprender, estimular sin sobrecargar, etc. En muchas ocasiones, surgirán situaciones que lleven a un cara a cara para susurrar, cantar, sonreír, etc. (4).

El método de trabajo de terapia ocupacional realiza una recopilación de información sobre el usuario, así como un análisis de las diferentes valoraciones ya realizadas en el paciente, para detectar cuáles son los componentes del desempeño ocupacional (Figura 9) que están afectados. Una vez esto, se marcan los objetivos y se pauta el plan de actuación dentro de la sala: permitiendo la *actividad libre* al usuario (en el caso de querer obtener espontaneidad, exploración, iniciativa, experiencias personales, etc.) o bien, se guía a la persona hacia el material con el que se acomete trabajar (*actividad estructurada*).

Comp. Motores	Comp. Sensoriales	Comp. Cognitivos	Comp. Psicosociales
Rango de movimiento	Registro, modulación y	Nivel de alerta	Motivación
Coordinación motora gruesa y fina	discriminación de las diferentes sensaciones:	Atención	Autoestima
Coordinación óculo-manual	Visuales, Táctiles	Integración de conceptos	Iniciativa
Control postural	Auditivas, Olfativas	Memoria	Madurez emocional
Tono y fuerza	Propioceptivos	Resolución de problemas	Habilidades sociales
	Vestibulares	Lenguaje	Respeto de turnos
			Roles

Fig.9 Componentes del Desempeño Ocupacional

CONCLUSIONES

Existen cantidad de artículos y páginas web que hablan sobre la sala Snoezelen (7,8,9). Sin embargo, no sucede lo mismo sobre artículos de investigación. Como se ha visto anteriormente (ver apartado Introducción), la sala es relativamente joven; a penas se llevan 30 años investigando sobre los beneficios de ésta, y aún se necesitan estudios sobre la eficacia de la sala en determinadas patologías (4). La única revisión sistemática realizada sobre la sala Snoezelen trata acerca del trabajo con demencias, y los resultados indican la necesidad de realizar más estudios que demuestren evidencia de la eficacia

(10). Aunque no son los suficientes, existen artículos de controles aleatorizados sobre daño cerebral infantil y otras patologías en niños. A pesar de la escasez y diversas críticas a la veracidad de la eficacia, existen estudios que indican un beneficio claro. Como es el caso de un estudio con niños de daño cerebral en el año 2006 (11), donde se indica que 15 niños fueron sometidos a valoración de los cambios, antes y después de cada sesión, en el comportamiento, en los componentes cognitivos y en los psicológicos. Los resultados indican que los niños se veían beneficiados por una reducción del tono espástico, una disminución considerablemente de la agitación y mostraban una mejora cognitiva tras la sesión. No obstante, el artículo también muestra la necesidad de más estudios basados en la evidencia.

Otro artículo que data del año 2005, indica los beneficios obtenidos en niños con el síndrome de Rett en una sala multisensorial (12). Su objetivo es conseguir otra técnica más que les ayude a relajar los síntomas que padecen estos niños, y por ello, proceden a estudiar la sala Snoezelen. En la investigación no sólo consiguen apaciguar síntomas, sino que además obtienen conductas de exploración, búsqueda y vocalización. Los resultados son satisfactorios.

Y por último, comentar otro artículo de estudio, bastante interesante realizado en Israel (13), que apoya el uso de las salas Snoezelen. En él se muestra que se registró el beneficio que se obtenía uniendo en la misma sala a niños con discapacidad intelectual con sus padres. Una adecuada combinación que alcanzó buenos resultados en la dimensión de la comunicación.

Bibliografía

1. Hulsegge J, Verheul A. Snoezelen: Another world. 1º ed. Chesterfield: ROMPA International Ltd; 1987.
2. Flaghouse. (Sede Web). Canada: Snoezelen®; 2009. (acceso el 14 de Diciembre del 2008). Disponible en: <http://www.flaghouse.com/pdf/snoezelen.pdf>
3. Hutchinson R, Kewin J. Sensations and disability. 1º ed. United Kingdom: ROMPA International Ltd; 1994.
4. Flaghouse. (Sede Web). Canada: Snoezelen®; 2009. (acceso el 14 de Diciembre del 2008). Disponible en: <http://www.flaghouse.com/pdf/snoezelen.pdf>
5. Matesanz García B, Cid Campos P. El entorno Snoezelen en la escuela. En: Moreno JM, Montero PJ, García-Bahamonde ME. Parálisis cerebral, Talleres y recursos. 1ª ed. Madrid: CCS, Colección Campus; 2009. p 259 a 287.
6. Ayres AJ. La integración sensorial y el niño. 1ª ed. Sevilla: Trillas-Eduforma; 2006.
7. Loree A. Intervenciones para promover la participación. En: editor del libro. Williard & Spakcman: Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Panamericana; 2005. Pag
8. Martin NT, Gaffan EA, Williams T. Behavioural effects of long-term multi-sensory stimulation. Br J Clin Psychol. 1998; 37: 69-82.
9. Titze C. Snoezelen within the framework of basal stimulation. Kinderkrankenschwester. 2000 [02-02-2009]; 19 (7): 279-80. Disponible en: <http://www.thechildrengarden.net/gardensnoezelen.htm>
10. Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP. Snoezelen para la demencia. Cochrane Plus, 2008. 2. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Hotz GA, Castelblanco A, Lara IM, Weiss AD, Duncan R, Kuluz JW. Snoezelen: A controlled multi-sensory stimulation therapy for children recovering from severe brain injury. Brain Inj. 2006; 20 (8): 879-888.
12. Lotan M, Shapiro M. Management of young children with Rett disorder in the controlled multi-sensory (Snoezelen) environment, Volumen 27. Lugar de publicación: Brain Dev; 2005. p. 88-94.
13. Nasser K, Cahana C, Kandel I, Kessel S, Merrick J. Snoezelen: children with intellectual disability and working with the whole family. Scientific World Journal. Julio 2004, 4:500-6.