

# RECONCEPTUALIZACIÓN

## EN EL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

**Dra. Erika Cyrus Barker**

Doctorado en Ciencias Médicas e Investigación  
Universidad de Salamanca, España  
Master en Rehabilitación de la Persona Adulta Mayor  
Licenciada en Terapia Física  
Universidad Santa Paula

**M.Sc Juan Miguel Rivera Vargas**

Terapeuta Físico Especialista  
en Rehabilitación del Adulto Mayor

### RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer representa la causa más común de demencia no reversible y la existencia de patologías asociadas hace que el cuadro clínico sea bastante complejo, por lo que se busca tomar las bases de la terapia física y los tratamientos convencionales y reconceptualizarlos por medio de la intervención en relación con el grado de funcionalidad que tenga la persona adulta mayor, por lo que a mayor dependencia para las actividades de la vida diaria, mayor será la intervención terapéutica. Además, desde el punto de vista de la reconceptualización, se toma en cuenta tanto las alteraciones músculo-esqueléticas, posturales, biomecánicas y psicológicas como de comportamiento, y así garantizar que en cualquier momento evolutivo de la enfermedad, la intervención de la terapia física sea fundamental.

**PALABRAS CLAVES:** Enfermedad de Alzheimer, funcionalidad, Terapia Física y deterioro cognitivo.

### ABSTRACT:

Alzheimer's disease is the most common cause of dementia. It is not reversible and the existence of associated diseases causes a complex clinical picture. This paper is looking to take the foundations of physical therapy and conventional treatments and reconceptualize them through interventions in relation to the degree of functionality that has the older person, there for, the greater dependence in activities of daily living, the greater therapeutic intervention will be. Moreover, from this point of view is taken into account the reconceptualization from both alternatives musculoskeletal, postural, biomedical, psychological and behavioral, and that at any time of the evolution of the disease, the physical therapy intervention is essential.

**KEY WORDS:** Alzheimer Disease, Functionality, Physical Therapy and cognitive impairment

### INTRODUCCIÓN

Todos los terapeutas físicos que dedican su trabajo a las personas adultas mayores, encuentran comúnmente en ellos un proceso demencial que vuelve realmente difícil el abordaje fisioterapéutico, lo que ocasiona irremediamente hacer la siguiente pregunta: ¿El terapeuta físico sabe realmente como plantear y ejecutar el proceso de rehabilitación ante un paciente con síndrome demencial?

A través de la evolución de los conceptos y de las bases fisioterapéuticas, es necesario orientar la atención y alcanzar un grado de especialización tal, que lleve al profesional en rehabilitación garantizar un completo abordaje terapéutico claro, novedoso y eficaz en todas las perspectivas que implica la demencia y no abordar al paciente como cualquier persona adulta mayor (como generalmente se realiza), debido a que el manejo y la intervención depende de la gran cantidad de factores que intervienen en el proceso patológico y que repercute absolutamente en todos los sistemas orgánicos del sujeto, incluyendo también el sistema músculo-esquelético, propioceptivo y emocional; de tal manera que se logre llegar a la meta final, tanto para el paciente como para los principales involucrados, la cual no es más que una vejez con calidad, pero sobre todo, con dignidad.

Debido al aumento de la población adulta mayor a nivel mundial (Villa y Rivadeneira, 2008), el aumento en la prevalencia de casos, tal y como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alzheimer's Disease International (ADI) en su último informe publicado en Ginebra (Abril, 2012) en donde actualmente en el mundo existe entre 17 y 25 millones de personas con la enfermedad de Alzheimer, así como los factores de riesgo que la ocasionan (Martinez y cols, 2001), (Laurin y cols, 2001), (Coll de Tuero, 2010), (de la Barrera y cols, 2010), (Prakash y cols, 2009), (O'Brien y cols, 2000), (Conde, 1999), es realmente necesario que el terapeuta físico adquiriera un papel fundamental en el proceso demencial de un paciente, pero para ello es imprescindible que conozca a fondo las principales alteraciones fisiopatológicas y morfo-patológicas que acompañan el proceso y así guiar su intervención a partir del conocimiento teórico.

## MÉTODOS

Se hizo una revisión sistemática de artículos publicados del año 2000 a la fecha en distintas revistas de distribución mundial, tanto impresas como digitales y en bases de datos sobre los principales aspectos que conforman a las demencias, dando como resultado una gran cantidad de aportes y que de una u otra forma, propician como punto de partida en qué consiste una demencia, cuales son los tipos existentes y de qué manera se llega al diagnóstico clínico y en función de esto, se va dando lugar a la intervención terapéutica y así dar certeza de que todas las condiciones adversas que presenta y presentará el paciente serán cubiertas por las diferentes estrategias terapéuticas.

Lo que se busca a partir de lo establecido por la OMS en 1959 y que hasta la fecha se mantiene como precepto, en contemplar que la salud del anciano es medida en términos de función en un primer acercamiento dentro del abordaje fisioterapéutico como estrategia básica fundamental, es establecer el tipo de demencia que sufre nuestro paciente y aqueja a su familia (Mace y Rabins, 1997), debido a que esto es esencial para poder saber qué tipo de intervención se va a ejecutar y posiblemente el pronóstico esperado.

Además se intenta estipular que el paciente con Alzheimer presenta funcionalmente tres estadios o procesos que delimitan su condición y así con ello estratificar la intervención fisioterapéutica de acuerdo al aspecto funcional de la patología; para poder hacer un acercamiento a una definición de demencia que pudiera ser integrada dentro de una estratificación funcional del paciente que al terapeuta físico le sea útil en relación con la propia demencia (Rebelatto y Morelli da Silva, 2005). A este respecto, Carrasco (2008) definió a la misma como:

***“un síndrome complejo adquirido, progresivo y orgánico el cual genera alteraciones de la memoria, alteraciones del comportamiento que repercuten en el funcionamiento laboral y social del sujeto” (p. 47)***

Esta definición para términos de la nueva concepción del papel del terapeuta físico, es una de las más idóneas para comprender los diferentes caminos que conducen el proceso de intervención.

## RESULTADOS

Según lo extraído, existen al menos 80 causas de demencia, pero la más común de todas, es la demencia tipo Alzheimer, dentro de ella se reconocen dos subtipos, la de tipo precoz y la tardía, haciendo referencia la primera a aquella que aparece antes de los 65 años y la segunda que aparece después de los 65 años y en donde no pesa tanto la información hereditaria como en el primer caso.

No obstante, el paciente adulto mayor con demencia presenta generalmente una comorbilidad que agrava las manifestaciones patológicas de la misma como tal, consecuentemente, los rendimientos físicos y cognitivos de un paciente se ven afectados por la aparición de esas condiciones, dando como resultado un declive más rápido de la condición funcional y consecuentemente de la condición cognitiva.

De acuerdo a lo analizado, la situación actual del paciente con demencia es heterogénea, lo cual hace que la intervención terapéutica tenga como punto de partida una evaluación a conciencia en cuatro grandes aspectos que son: 1) la condición física, 2) la condición funcional, 3) la condición mental y el estado cognitivo y 4) la condición social.

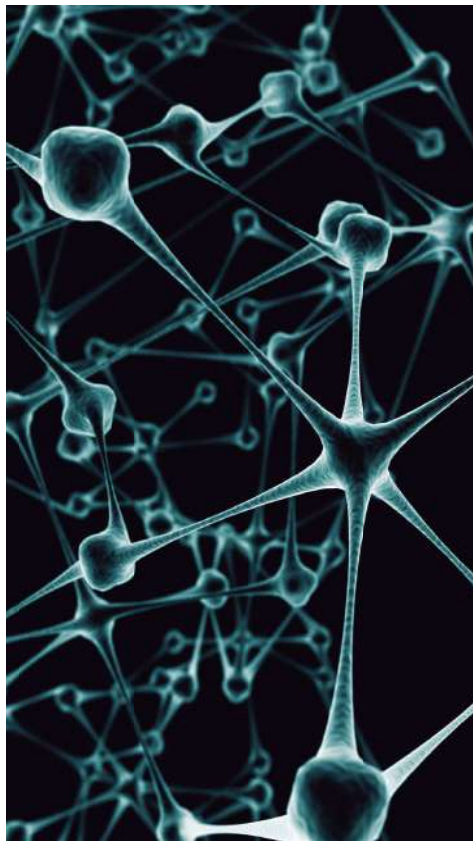


Como resultado de la revisión bibliográfica se propuso clasificar el Alzheimer en relación con la capacidad funcional que presente el sujeto, en una de tres condiciones específicas, con el fin posterior de moldear el plan de terapia a la condición. Por lo tanto, aquel paciente con Alzheimer leve es aquel que posee el diagnóstico clínico pero que todas las actividades de la vida diaria están preservadas; el paciente con Alzheimer moderado es aquel que presenta dependencia para alguna o la mayoría de actividades de la vida diaria y el paciente con Alzheimer severo es aquel que presenta una dependencia para todas las actividades de la vida diaria.

## DISCUSIÓN

Tradicionalmente el profesional en terapia física, es un sujeto que aunque maneja la mayoría de tratamientos disponibles, la metodología de aplicación y los eventos patológicos del paciente, al trabajar sujetos con cualquier tipo de demencia, la intervención terapéutica es rígida y se vuelve limitada en algunos casos; generalmente su atención se da fundamentada en que el individuo es un adulto mayor y como tal, se le aplica un protocolo de tratamiento simplemente por ser adulto y dicho abordaje es bastante convencional en el que se incluyen aspectos muy generales de fuerza, equilibrio y rangos articulares, dejando de lado el gran caudal de razones de intervención y la variabilidad de facetas en las que se puede trabajar para potenciar al máximo la funcionalidad del paciente. Inicialmente, se debe establecer como mínimo una intervención que sea en el hogar del paciente o en un ambiente que propicie la realización de las actividades, un ambiente seguro para realizarlas, estimulante para querer hacerlas y que no interfieran con los deseos del paciente y al mismo tiempo sea sencillo, pero que mantenga la identidad y sentido de pertenencia del paciente. El enunciado descrito por la Organización Mundial de la Salud, genera mayores repercusiones en las instituciones por la limitación de la funcionalidad del paciente por el manejo o políticas del hogar, por lo que se deben de asumir múltiples estrategias de intervención en estos casos.

A mayor independencia funcional, menos es la intervención directa del terapeuta físico y a menor independencia funcional, mayor será la intervención del profesional; por lo tanto la intervención fisioterapéutica no se puede protocolizar ya que no todos los pacientes evolucionan igual. No existen dos pacientes iguales ni tampoco la enfermedad cursa de la misma manera en ellos, lo mejor que se puede hacer es aproximarse a la realidad funcional del mismo.



La existencia de neuronas de espejo (aquellas neuronas existentes que nos señalan el comportamiento y las actividades motoras en momentos de amenaza o de no saber qué acto voluntario se debe realizar) facilitan que el paciente aprenda un acto motor tal como el manejo de una ayuda biomecánica, una conducta social o el uso de un electrodoméstico, ya que el aprendizaje puede ser en cierta medida inconsciente, además dicho aprendizaje se da por repetición de la ejecución, pero por una repetición de buena calidad, la cual puede ser ejecutada gracias a la acción conjunta del terapeuta y el paciente. Según un artículo de la Revista Neuro-

logy en el 2008 y posteriormente publicado por el Periódico La Nación, Costa Rica (2012), señala que las personas con un Alzheimer en estadios iniciales o simplemente pacientes con déficit cognitivo, podrían preservar sus capacidades cerebrales durante más tiempo si practicaran ejercicio físico regularmente; por lo que en estadios iniciales se debe trabajar el ejercicio físico a cualquier nivel y de cualquier tipo, siempre y cuando éste aumente la actividad de los neurotransmisores excitatorios con el fin de mantener un funcionamiento cerebral adecuado y un volumen cerebral óptimo, así como la estimulación de sinapsis activas. Según Perfetti (1999), la sensibilidad forma parte del movimiento voluntario evolucionado, esto quiere decir que nuestros actos motores tienen una base y ejecución cognitiva y que la cognición vista desde al menos cinco aspectos que la conforman, genera movimientos inteligentes, coordinados, óptimos y capaces de aprender; esto se acerca también a un concepto llamado G.A.P.A. el cual es un método de Gestos y Activación para las Personas Mayores descrito por Max Abric Y Paul Dotte en donde se propician los recursos necesarios para facilitar la participación en las actividades diarias y el proceso de terapia. Todo esto nos hace plantearnos una pregunta: ¿Realmente el terapeuta físico maneja los recursos terapéuticos en función de las condiciones neuropatológicas para abordar a los pacientes con demencia tipo Alzheimer? Todos los involucrados en el manejo de personas adultas mayores, en un principio dudamos no de la ejecución, sino en que si generará un beneficio real en el sujeto o solamente es una solución temporal para una cuestión en particular que presente el mismo. En estadios iniciales de la enfermedad es importante promover el aprendizaje consciente, fomentar las actividades recreativas, el ejercicio físico, evitar el sobrepeso, mantener la fuerza muscular, los rangos articulares y de manera esencial, potenciar al máximo las actividades

de la vida diaria realizadas por el paciente, así como también promover su independencia, pero sin olvidar la supervisión al menos de sus actos para evitar consecuencias trágicas. Es ideal que el paciente realice las actividades a cada momento del día, que involucren aspectos cognitivos de memoria, tales como utilizar técnicas de reminiscencias o de orientación a la realidad, pero también actividades físicas, como caminar, subir y bajar gradas, hacer actividades deportivas, jardinería y otros pasatiempos, esto con el fin de que no se instaure un posible síndrome de atardecer en el paciente y además fomentar la liberación de neurotransmisores, promover la plasticidad cerebral condicionada por el aprendizaje y la actividad y al mismo tiempo agotar las reservas energéticas en el adulto a un nivel en donde el dormir por la noche sea lo menos traumático para el paciente, la familia y/o cuidadores, consiguiendo así que el paciente duerma más y mejor porque se fatigó durante el día. A este respecto es importante tomar en cuenta que existen medicamentos que repercuten negativamente en el proceso y se manifiestan por somnolencia diurna excesiva, abulia, astenia y rigidez.

Existen pacientes que al progresar en la enfermedad, su capacidad para deglutir, así como la expresión facial y la sensibilidad en cara, se empieza a afectar. Para tal motivo Castillo Morales desarrolló una técnica de regulación orofacial en donde se lograba obtener las necesidades anteriormente descritas por medio de estímulos específicos en cara, cabeza y cuello, realizando técnicas de tracción, vibración y presión, y utilizando seguidamente a la técnica, actividades voluntarias para traducir todo ese estímulo sensorial en respuestas motoras concretas. Hecho fundamental es que no debe esperarse a que se observen los primeros signos de alarma en cara como sialorrea, dificultad para tragar o alteración de algún movimiento facial para usar la técnica, sino que de manera preventiva se puede empezar a realizar, ya sea de manera intraoral, buco-facial y facial. Las posturas viciosas en silla de ruedas, sillón o cama, así como defectos

posturales o incluso las secuelas de una caída previa, hacen que aunque se intente mantener la actividad física o la marcha, se haga imposible la ejecución de la misma, por lo que el terapeuta físico se detiene para trabajar el dolor, la limitación articular, la restricción de movimiento, las lesiones nerviosas periféricas o la debilidad muscular sacrificando otras cosas que previenen significativamente la incapacidad del cerebro para aprender. Esto, de ninguna manera está mal hecho por parte del profesional, puesto que el paciente se aqueja y la familia generalmente busca ayuda para lo mismo, por lo tanto se recurre a métodos de tratamiento que se puedan utilizar para paliar esas lesiones sin dejar de lado la actividad voluntaria, tales como la Neurodinámica conocida también como Tensión Neural Adversa, la Técnica de Pold, el vendaje Neuromuscular y la Electroterapia.

Moore (1980) indicó que el sistema nervioso aprende actuando, es decir, que la única manera en que el cerebro aprenda un movimiento o acto funcional es haciéndolo. Cada ejecución motora coordinada (la cual propicia la formación de un engrama cerebral) necesita una variabilidad o fluctuación del tono muscular, siempre comprendido en condiciones de normalidad, cada una de las personas necesitan un tono muscular más alto para actividades que involucren estabilidad en el tronco, mientras que para ejecutar movimientos selectivos, el tono de manera normal desciende a niveles más bajos. También es trascendental para realizar movimientos selectivos un tono postural de fondo en el tronco, es decir, un control de tronco estable, esto facilita un alineamiento de los puntos de gravedad y con ello facilitan un tono que permita la estimulación de la posición supina a la sedente, del mantenimiento de la posición sedente y de la estimulación en el paso de sedente a bípedo, fundamental para favorecer la independencia del paciente y evitar caídas. Todo esto es una realidad gracias a los grandes aportes que el concepto Bobath ha generado en los últimos años, siendo un instrumento fundamental en la lucha contra la irremediable progresión de la enfermedad y de las nefastas secuelas que genera.

Si ya de base se conoce que existen estados ansiosos fluctuantes en los pacientes con demencia, alteraciones del sueño, conductas inapropiadas, así como episodios variables de depresión que repercuten en los rendimientos funcionales del mismo, una alternativa de tratamiento a las ya farmacológicamente existentes puede llegar a ser la utilización de magnetoterapia a nivel cefálico o la aplicación de láser con puntos de acupuntura o con auriculoterapia. La magnetoterapia es utilizada en pacientes con dolores crónicos y en centros paliativistas con el fin de aliviar el dolor, inducir al sueño y estimular la actividad cerebral para la liberación de neurotransmisores que median en los procesos de dolor y analgesia, ansiedad y relajación, sueño y vigilia, por lo que gracias a estudios respaldados por Bernhold (1998) y Hajdukovic (1992) la utilización de magnetoterapia induce al sueño en los pacientes, lo que permite llevar a éste sobre todas las fases del sueño, reparar el cerebro y mejorar el descanso y la calidad del sueño para aumentar los rendimientos funcionales y cognitivos del paciente al despertar y evitar conflictos nocturnos con los cuidadores o demás miembros de la familia. La aplicación de laserterapia a nivel de puntos en el pabellón auricular o sobre puntos de acupuntura, pueden ayudar a mejorar los eventos ansiosos y disminuir episodios esquizoides por medio de las bases teóricas del Dr. Nogier y más recientemente documentadas por Litscher y cols (2000) en donde destacan la mejora en dichos procesos y un aumento en la circulación cerebral cuando la aplicación se hace en un determinado tiempo sobre puntos específicos. Lo mismo trata de lograr la microcorriente aplicada al menos 10 minutos con una frecuencia comprendida entre 8 y 13 Hz, los cuales son suficientes para liberar neurotransmisores a nivel talámico. Algo importante en estadios moderados y severos de la enfermedad de Alzheimer, son los tipos de amarres o sujeciones que se pueden utilizar para contener al paciente en la silla de ruedas (aunque es un tema de amplia discusión, esto se utiliza en instituciones para evitar que el paciente se caiga, sufra algún accidente, se pierda o

genere algún peligro para algún otro residente, puesto que no tienen a tiempo completo un cuidador que lo supervise). Fariña-López (2011) concluyó que la manera en la que se sujeta al paciente en la silla de ruedas propicia mayores o menores grados de ansiedad, fomenta o no la privación sensorial y puede aumentar el riesgo de mortalidad por asfixia o muerte súbita.

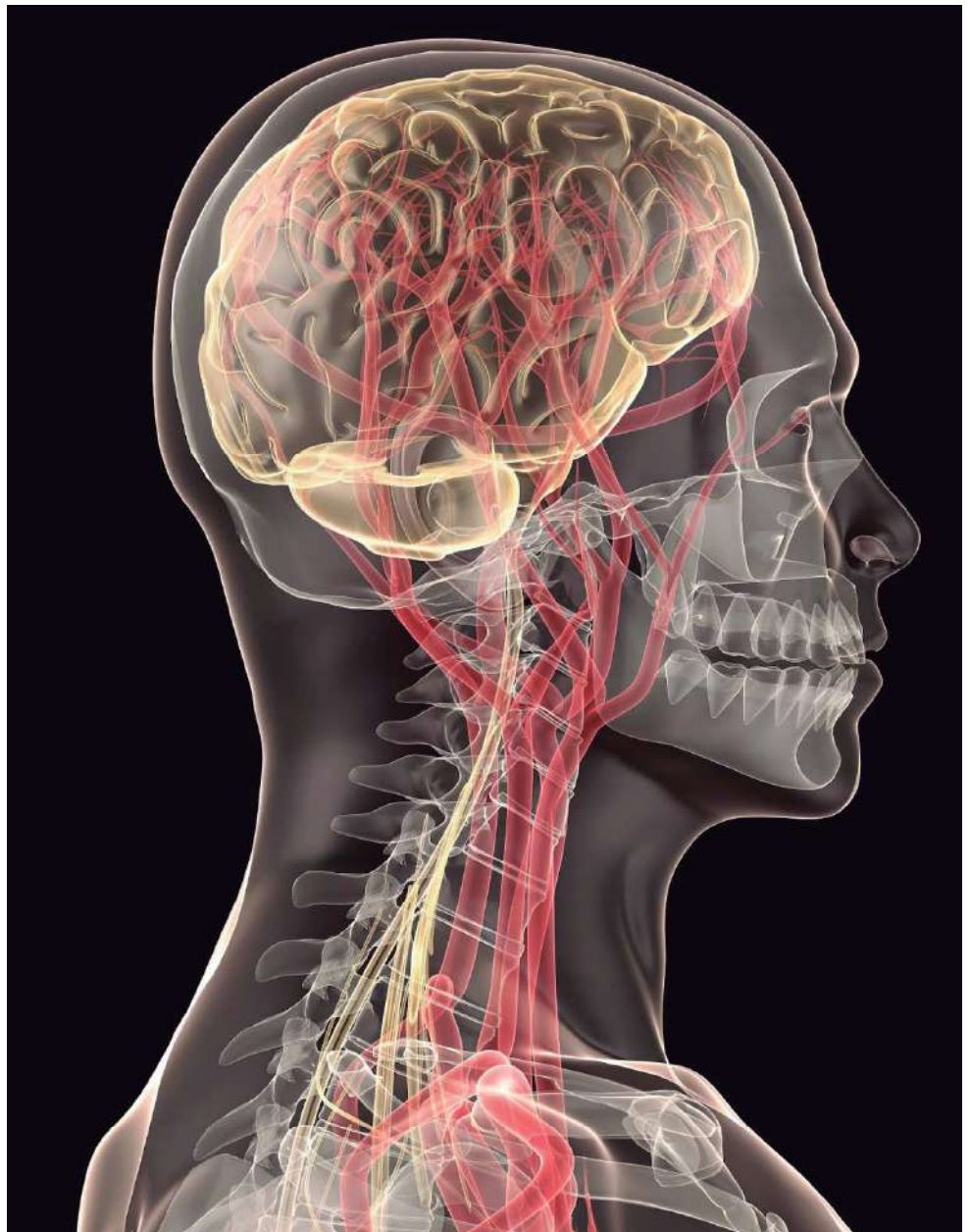
En todo momento en el transcurso de la enfermedad, se deben de estimular los reflejos oculo-vestibulares, con el fin de mantener una integración del sistema vestibular que venga a satisfacer las necesidades de acuerdo a la demanda; la postura automática de la cabeza en posición erguida gracias a un estímulo visual es vital e importante, ya que de este control se pueden obtener otras respuestas posturales que mejoren los rendimientos funcionales y los seguimientos visuales.

El dolor es un aspecto que generalmente se infravalora en los adultos mayores, considerándolo parte normal en el proceso de envejecimiento, más sin embargo, no lo es así, el dolor siempre será señal de alarma que indica lesiones y traumatismos agudos, lesiones crónicas, aspectos degenerativos e incluso manifestaciones de miedo a caer, pero cuando el paciente presenta demencia, la manifestación y la interpretación de dolor por parte del mismo se vuelve poco habitual por lo que algunas conductas pudieran indicar la presencia de dolor pero no la intensidad del mismo, lo anterior es debido a que las respuestas vegetativas al dolor decrece en pacientes con Alzheimer (Alaba y cols, 2011).

Todo esto hace que el cuadro inicial se salga de las manos de cualquier profesional si no existió un trabajo multidisciplinario, por lo que el terapeuta físico debe conocer los pormenores de todas estas condiciones. Por ejemplo, el reconocer que los niveles bajos de hemoglobina (menores a 8) aumentan el riesgo de trombo embolismo, implica que hay que movilizar pasivamente varias veces al día al individuo o colocar corrientes eléctricas como alto voltaje que mejoran el trofismo o la IG 30 o IG 50 que generan vasomoción; también se podrían abordar las úlceras con modalidades electroterapéuticas varias, como alto voltaje, microcorrien-

te, ultrasonido, láser, alta frecuencia, magnetoterapia y oscilaciones de electroestática, ya que una intervención eficaz a este nivel es básico para eliminar nuevos focos de infección y promueve la regeneración. Además se debe contemplar dentro de las movilizaciones activo-asistidas y pasivas al paciente, el monitorear continuamente la saturación de oxígeno porque en condiciones apremiantes, movilizaciones simples pueden descender los niveles de saturación de oxígeno aumentando el riesgo cardiovascular. También es importante siempre que se intervenga a un paciente encamado tomar dos presiones arteriales, una en el momento inicial, generalmente el paciente en posición supina y la otra

toma de presión cuando se sienta al paciente, ya sea en posición semifowler o en el borde la cama, porque cambios mayores a 10 mm Hg en los datos de las presiones arteriales en el sujeto, se traducen en hipotensión ortostática. Los cambios de posición altamente recomendados y el mantenimiento continuo de la posición semifowler y no la de supino total, favorecen el control de cabeza y evita al menos transitoriamente la privación sensorial. Además, la colocación de férulas, específicamente dos, una a nivel del tobillo para mantener el pie en plantígrado y así evitar la deformidad conocida como pie equino y la otra es a nivel de la mano para mantener ésta en apertura. Existen otras técnicas neurológicas que generalmente

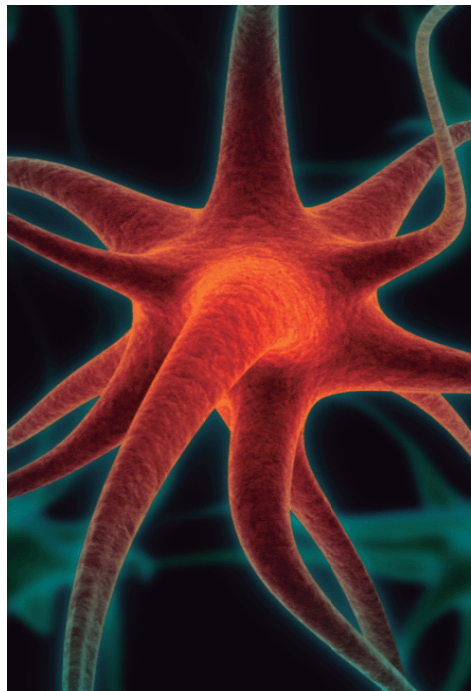


son utilizadas dentro de cualquier intervención fisioterapéutica como complemento a técnicas más especializadas, tal es el caso de la Bioretroalimentación (BRA) la cual se basa en lograr un refuerzo de la respuesta motora a través de entradas sensoriales, ya sea de tipo visual, auditiva o propioceptiva. Convencionalmente el espejo se considera un tipo de BRA, más sin embargo, no en todos los momentos evolutivos del paciente con demencia se puede utilizar ya que cuando el paciente pierde la imagen y su esquema corporal o ésta se encuentra distorsionada, el presentar ante el espejo la situación física actual y el aspecto corporal podría ser que el paciente no se reconozca o peor aún, generar un episodio de ansiedad, irritabilidad o dolor emocional porque el aspecto real que se mira no es tal vez el aspecto que el paciente consideraba tener, ya sea porque se aprecia a sí mismo viejo, canoso, con arrugas o desarreglado. No se puede dejar de lado al cuidador. Por ejemplo, se dice que un cuidador tiene casi cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión, por lo que la educación al mismo, la existencia de varios cuidadores y los hábitos de vida saludable, permitirán que sus rendimientos sean los óptimos y que se cumpla la premisa de que un cuidador educado es un paciente bien cuidado. Esto es de gran importancia por lo que existen escalas para valorar el grado de cansancio o fatiga, como lo es la escala de Zarit para el cuidador. El trabajo interdisciplinario es fundamental y una herramienta necesaria en cualquier proceso en el que se busque retrasar el deterioro de un adulto mayor, por lo que cada profesional añadirá grandes posibilidades de atención con el fin de educar a la familia y garantizar así los recursos necesarios para que todos los involucrados potencien sus intervenciones y mejoren la calidad de sus resultados. Contar con la totalidad del equipo sería ideal, pero tomando en cuenta las situaciones familiares individuales, la presencia de grandes costos económicos y las estrategias metodológicas de cada institución, hace que la conformación de estos equipos diste en relación con la realidad que se quisiera y se trabaja con la realidad existente.

## CONCLUSIÓN

Basándose en la implicaciones clínicas de la demencia se logran afirmar las bases teóricas que soportan la reconceptualización de la intervención del terapeuta físico en la demencia tipo Alzheimer en donde se deja claro la importancia basada en la evidencia y la justificación real del cambio en la intervención y la manera por la cual se pueden mejorar los resultados o retrasar al menos la instauración de la incapacidad funcional.

Se evidencia por lo tanto, que entre mayor deterioro cognitivo presenta una persona, mayor es el deterioro funcional del mismo y a la vez es mayor la intervención fisioterapéutica, pero dada la variabilidad de signos y síntomas de tipo físico, psicológico y de comportamiento que aquejan a esta población, las estrategias deben de ser novedosas, individuales, oportunas y dinámicas, buscando en todas ellas la eficacia y la eficiencia para disminuir el déficit, modificar la falla, mejorar lo mejorable y retrasar la pérdida con el fin de que la calidad de vida de todos los involucrados en el proceso sea la óptima, ya que el envejecimiento es inevitable, pero debería ser una obligación envejecer con calidad. Para ello la prevención temprana, la reserva cognitiva (Rodríguez Álvarez y Sánchez Rodríguez, 2004) y los buenos hábitos de vida son pilares fundamentales para alcanzar el objetivo final: una vejez con dignidad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaba, J. Arriola, E. Navarro, A. González, M. Buiza, C. Hernández, C. y Zulaica, A. (2011) Demencia y Dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2011; 18(3): 176-186
- Alzheimer's Disease International 10/66 Dementia Research Group. (2007) La Asociación Internacional de Alzheimer (ADI), reporta sobre el impacto global de la demencia. United Kingdom. 10/66 Dementia Research Group newsletter March 2007
- Carrasco, M (2008) Actualización en el manejo de las demencia en atención primaria. Monográfico Salud mental en atención primaria. España. *JANO EXTRA DE OCTUBRE DE 2008*. N.º 1.714:47-54
- Coll de Tuero, G. (2010) Hipertensión Arterial y enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer. Real Invest. Demenc.* 2010; 45:30-39, pág. 37
- De la Barrera, M, Donolo D, Rinaudo, M. (2010) Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. *Anales de psicología* 2010, vol. 26, nº 1 (enero), 34-40 pág. 39
- Fariña-López E. (2011) Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2011; 46(1):36-42.
- Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K.(2001) Physical activity and the risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*. 2001; 58: 3.
- Litscher, G. Wang, L, Wiesner-Zechmeister. 2000. Specific Effects of Laserpuncture on the Cerebral Circulation. *Lasers Med Sci*. 2000, 15:57-62
- Mace, N. Rabins, P. (1997) Cuando el día tiene 36 horas. Una Guía para cuidar enfermos con Alzheimer, pérdida de memoria y demencia senil. México: Editorial Pax México, Librería Césarman, S. A.
- Martínez Lage P, Hachinski V, Martínez Lage JM. (2001) Senilidad cerebral evitable: la importancia de eludir las enfermedades cerebrovasculares demenciales. En *Envejecimiento cerebral y Enfermedad. JM. Martínez Lage, V. Hachinski (editores)*. Madrid, Triacastela 2001, pp 351-373
- Perfetti C. Rossetto F. (1997) Per una teoria cognitiva della riabilitazione: l'analisi dell'esercizio terapeutico. *Riabilitazione e Apprendimento* 1997; 3: 199-208.
- Rebelatto J. Rubens & Morelli da Silva, J. (2005). *Fisioterapia Geriátrica. Práctica asistencial en el anciano*. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. España 2005
- Rodríguez Álvarez, M. Sánchez Rodríguez, J. (2004) Reserva Cognitiva y Demencia. *Anales de Psicología* 2004vol. 20, nº 2 (diciembre), 175-186
- Villa M, Rivadeneira (2000) El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias Santiago de Chile 2000.

# ¿ES EL JUEGO EN EL SUELO?

## EL ESCENARIO IDEAL PARA ESTIMULAR LA COMUNICACIÓN

Lic. Diana Patricia Arenas Osorio  
Licenciada en Fonoaudiología  
Universidad Santa Paula

### RESUMEN

El presente artículo pretende establecer la importancia que genera el juego en el suelo para el desarrollo de la comunicación y del lenguaje en la población infantil con o sin alguna diversidad funcional.

Mucho se ha hablado con respecto a las diversas formas en que los niños pueden lograr una mejor percepción, procesamiento, abstracción y conocimiento de los elementos que le son ofrecidos por el contexto con el que se espera interactúe. El juego ha sido un tema muy tratado dentro de los análisis en materia de desarrollo humano y más específicamente comunicativo de los infantes por varios renombrados autores como son Piaget, Miles, Azcoaga, por resaltar la importancia que el contexto tiene dentro del desarrollo integral del niño y de la niña. Y es que el Test del Juego, el Floor Time, el Juego Heurístico, por citar algunos ejemplos de tipos de juego estructurado, tienen un factor común a exaltar: "se relacionan con las interacciones del niño y los elementos lúdicos en el suelo y es que el suelo ofrece oportunidades de acceso a diferentes estímulos sin importar las condiciones físicas, cognitivas, intelectuales, socio económicas del menor y son estos un claro ejemplo de todo lo que ellos pueden lograr a nivel comunicativo".

### ABSTRACT:

This article aims to show the importance that generates the game on the ground for the development of communication and language in children with or without functional diversity.

Much has been said about the various ways in which children can achieve a better perception, processing, abstraction, knowledge of the elements that are offered by the context in which they are expected to interact. The game have

been a subject for intensive discussions within the analysis in human development and more specifically communicative of infants by several renowned authors such as Piaget, Miles, Azcoaga to highlight the importance that the context has in comprehensive child development; and the Test of Game, Floor Time, Game Heuristic, to cite some examples of types of structured play, have a common factor to exalt: relate to the child's interactions and playful elements in soil and is soil provides opportunities for access to different stimuli regardless of physical condition, cognitive, intellectual, economic partner of the child and these are a clear example of what they can achieve communicative level.

### KEY WORDS:

Communication, environment, experience, exploration, game, learning, language.



# ¿ES EL JUEGO EN EL SUELO EL ESCENARIO IDEAL PARA ESTIMULAR LA COMUNICACIÓN?

Hay teorías que explican los procesos de adquisición y evolución de diferentes habilidades que los niños adquieren desde las primeras etapas de su desarrollo relacionadas con su interacción contextual. Piaget en su teoría constructivista tras la que afirma que el niño construye su propio lenguaje basándose en experiencias contextuales, es un ejemplo de ello. Él investigó acerca del proceso de desarrollo del pensamiento el cual es concomitante con la aparición del lenguaje y con las habilidades motoras.

## Contexto

Barraza (1998) asume que el contexto primario en el que el niño se desempeña es el hogar:

En el hogar es donde se prepara al niño para su interacción y aprendizaje con la escuela y el mundo exterior. Antes de que el niño empiece a ir a la escuela pasa la mayor parte del tiempo en casa. Mucho de lo que él aprende, ocurre de manera espontánea fuera de las aulas, por ello, el hogar es considerado como la primera institución no formal de educación. (p. 1 y 2)

El contexto cuenta con las herramientas esenciales con las que el niño interactúa para formar su nivel de pensamiento y lenguaje necesarios para la socialización.

## Desarrollo

Maya (1997), concibe el concepto de desarrollo:

## INTRODUCCIÓN

Existen diferentes teorías que explican los procesos de adquisición y desarrollo de habilidades en los niños. Piaget, por ejemplo, con su teoría constructivista, afirma que el niño construye su propio lenguaje con base en experiencias; él investigó acerca del proceso de desarrollo del pensamiento el cual es concomitante con la aparición del lenguaje y con las habilidades motoras.

Estas experiencias a las que el infante tiene acceso promueven su desarrollo integral, esto es, mientras se espera que estos avancen en sus habilidades motoras, en esta misma medida se espera que avancen, prosperen sus capacidades comunicativas y las de pensamiento y uno de los aspectos que coadyuvan en el proceso en el juego y la interacción del infante es en el suelo.

El suelo les proporciona a los infantes el espacio requerido para proyectarse, una perspectiva diferente del mundo y nuevas oportunidades a través del movimiento para aprender de manera libre.

“Como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.” (El infante experimenta un proceso de transformación en todos sus ámbitos, físico, cognitivo, comunicativo de forma paralela con el desarrollo madurativo neurológico y el juego entra a formar parte de esa transformación.

## Comunicación

Con respecto a la comunicación, Miles (1999) muestra un concepto de comunicación amplio donde afirma que: El acto de comunicar no solo es el uso de las palabras en una estructura de lenguaje formal, comunicación es más, mucho más. Es el medio por el cual las personas se conectan con su entorno y con otras personas, la comunicación es la forma en llegamos a otras personas, es la forma en que nos contactamos unos con otros. A través de la comunicación, nos conectamos en todo el sentido de la palabra, la comunicación es “conexión”, esas primeras “conexiones” del niño con la sociedad se hacen a través del juego. (p.14).

## EL juego

Moyles (2002) cita a Huizinga (1998), quien ofrece una definición muy interesante desde una perspectiva cultural y biológica del juego:

Refiere la esencia del juego como un fenómeno cultural. La corriente que analiza el juego bajo el punto de vista biológico no puede explicar la intensidad con que el niño se implica en el juego y es en esta capacidad de estar implicado en el juego en la que radica su esencia (p. 34). La corriente biológica apunta a las funciones útiles del juego como la descarga de energía excedente, la relajación de tensiones y la preparación para diversas funciones (juegos funcionales) (p. 34)

Otro elemento importante que debe formar parte del juego es la interacción o la mediación del adulto, llámese, madre, padre, maestro o terapeuta, que son los que organizan y estructuran la actividad lúdica, como lo menciona Sarlé (2008):

Analizar los modos de mediación del maestro, así como los momentos de la tarea (inicio, desarrollo/durante, cierre) y el tipo de juego (juego socio-dramático, con reglas convencionales y juegos con objetos) condicionan la participación del maestro, la estructura de la actividad también impacta en el modo de mediación. (p.12)

Es a través de diferentes tipos de juego que el niño asimila situaciones cotidianas, aprende reglas, aprende a interiorizar símbolos, se identifica, crea, experimenta, compara, deduce, conoce, comparte, comunica; además de que como bien lo cita Sarlé (2008): La presencia de pares y el rol mediador del adulto hacen posible operar colabo-



rativamente y jugar más allá de las restricciones propias de su edad. (p.13) Esta autora también describe algunos tipos de juegos como el juego dramático, donde aconseja jugar libremente haciendo uso de disfraces propios de ciertos contextos a fin de que se asuman roles familiares; juego con objetos y juego simbólico, que propician la interacción del niño con diferentes juguetes que representan elementos reales a fin de que se le impriman el uso correcto para lo que fueron creados, tal como lo señala Sarlé: "Son juegos que están íntimamente ligados con la posibilidad de construir, inventar y plantear, una situación imaginada que se "despega" de la realidad" Sarlé, (p. 14); los juegos formales con reglas donde los participantes deben cumplir ciertas normas, son juegos estructurados y que guardan cierta independencia.

El contexto natural es indicado para cualquier tipo de juego por la facilidad en proyección corporal, facilidad de acceso a los elementos u objetos a interactuar, organización de los mismos y la oportunidad de acceso a diferentes estímulos multisensoriales.

#### ACERCA DEL JUEGO EN EL SUELO

Por su parte, el juego en el suelo le ofrece al infante un amplio mundo de oportunidades de exploración, además le proporciona conocimientos que se consideran desde una perspectiva directamente proporcional: entre mayores y enriquecedoras sean las

experiencias ambientales de exploración con las que tienen contacto, más y mejores van a ser sus respuestas de interacción social, comunicativas, de pensamiento etc.; es necesario entonces que ellos tengan la posibilidad de un contacto directo con su medio que ahora ya no está tan restringido ni limitado, sino que es un ambiente que se muestra más amplio y explorable. El aprendizaje con base en experiencias requiere de algunos dispositivos básicos: en primera instancia, los endógenos relacionados con las bases neurológicas, orgánicas y/o biológicas que van a permitir el "in put y el out put", que generen primero la abstracción y el conocimiento de estímulos del medio a través de sus canales sensoriales y que promuevan a su vez respuestas acordes a las necesidades del individuo en procura de un desarrollo integral, el cual se espera que avance hacia logros mejores en cada dimensión de su ser.

En segundo lugar, los aspectos exógenos deben de ser lo suficientemente enriquecedores, estimulantes e impactantes y se refieren a los elementos del medio ambiente que mencionaba antes. La familia del niño se incluye dentro de este factor como agente dinamizador, generador y continuador de procesos relacionados con su aprendizaje.

Un punto relevante es que a los niños les agrada que les "hablen" o se comuniquen con ellos a un mismo

"nivel", se denotan mejores respuestas cuando entablamos una conversación, o cuando simplemente jugamos con ellos proyectando nuestro cuerpo a su mismo nivel de ubicación y el suelo nos permite "romper" ese esquema de "yo soy el adulto".

¿Está el niño con algún tipo de diversidad funcional limitado a jugar libremente en el suelo?

Es pues también de suma importancia que el niño al que conocemos con desarrollo típico y el niño con diversidad funcional sientan que la otra persona ve lo mismo que ellos están viendo, bajo una misma perspectiva, esto ayuda a su interpretación del medio.

Como lo expresa Miles (1999) en su documento Conversaciones Extraordinarias:

Aunque un niño nunca pueda ser capaz de expresar oraciones, puede ser capaz de comunicarse a través de gestos o de lenguaje corporal o de objetos simbólicos, algunos de los deseos más significativos, sentimientos y pensamientos. Él podría expresar su gusto por comidas particulares, alegría sobre estar afuera al aire libre, o interés en eventos, objetos, personas especiales o actividades favoritas y esto lo puede aprender a través de diferentes tipos de juego y más aún si tiene la libertad de hacerlo en el suelo. Muchas madres temen que su hijo con diversidad funcional juegue en un espacio amplio por temor a que se lastime y por el contrario, lo que se



hace es limitar sus capacidades de explorar las posibilidades de comunicación. (p.14).

El medio ambiente estimulante genera un mejor desarrollo de las habilidades de índole motor y comunicativo casi paralelo; se evidencia que cuando el niño pasa de estar de un ambiente al que puede llamarse "cerrado" en donde hace contacto con algunos elementos que tiene cerca, a un ambiente "abierto" lleno de posibilidades explorativas; tanto su desarrollo motor como comunicativo y de pensamiento, emergen casi simultáneamente, lo que se constata en Piaget, (Berger, 2007), el cual habla de varios estadios en donde se refleja la evolución del pensamiento ligada a la del lenguaje, ambos relacionados con los aprendizajes basados en las experiencias del niño con el medio ambiente. Se observa la evolución de unas reacciones reflejas, con respuestas que son meramente condicionadas por un estímulo interno o externo, el infante pasa de un proceso de acomodación y asimilación como bien lo llama Piaget, gracias a su interacción con el medio y por las experiencias motoras que le permiten una mejor adaptación; posteriormente se va a reflejar un control más evidente de su medio circundante cuando hay una mejor interacción con las personas y objetos que le rodean, esto en posteriores etapas. Un ejemplo de ello es cuando una madre interactúa con el niño instándolo a participar en un juego y se espera que para un futuro próximo sea él quien comience a condicionar el juego con base en modelos imitativos y de esta manera comienza a controlar el mundo que le rodea.

Con base en actividades lúdicas en el suelo, los niños aprenden entonces a imitar conductas, desarrollan la imaginación, la creatividad, desarrollan aspectos motores, comunicativos, emocionales, aprenden rutinas y hábitos. Desde el punto de vista comunicativo se denota una evolución ligada a las capacidades motoras del niño, las que van en aumento y estas hacen un "mundo más explorable" por el infante.

Es "el suelo" el que genera en el niño y la niña "libertad" para moverse, trasladarse, proyectarse corporalmente con o

sin ayuda para aprender a desenvolverse ante situaciones que lo retan a la resolución de problemas sencillos, tal es el hecho de quitar obstáculos para lograr alcanzar lo que desea.

El hecho de que el suelo promueva el movimiento y la proyección de su persona, le brinda múltiples opciones de exploración de objetos que antes eran inalcanzables, puede ahora no solo verlos, sino que puede tocarlos, sonarlos, probarlos, tirarlos, todo en busca de ese conocer que va a enriquecer su comunicación; esto le permite un despertar de sensaciones nuevas, y es el juguete el gran protagonista como elemento generador de información. Sánchez (2005):

El juego promueve la imaginación, es interesante, el que facilita crear formas diferentes de uso no importando su simplicidad, el que representa un importante valor emocional, los niños juegan para vivir y gozan al jugar.

Para la exploración e interacción de los juguetes que se pretende alcanzar en los niños con alguna diversidad funcional, se hace necesario que estos sean más llamativos tanto visual, auditiva como táctilmente, que inciten a ser tocados, vistos, escuchados, que posean aditamentos especiales que permitan su manipulación y de esta forma puedan ser aprovechados en el espacio del suelo.

El suelo va a brindar al niño ese "separarse" de su realidad inmediata y limitante del aquí y el ahora, como lo afirman Werner y Kaplan (2005) en su artículo: "The Application of Werner and Kaplan's Concept of "Distancing" to childrens Who are Deaf – Blind" que no es otra cosa que:

Proporcionarle al niño los medios para que con base en diferentes experiencias, entre ellas el juego, logre solicitar, afirmar, alentar a una interacción basada primero en el uso de elementos básicos, concretos, actuales de su medio, para ser progresivamente reemplazados por símbolos, los que se van registrando en sus almacenes de memoria y los cuales podrán usar sin que necesariamente exista esa relación sincrónica de espacio y tiempo. (p.15)

El Test del Juego propuesto por Azcoaga en la década de los noventa promueve explorar y explotar la comunicación del niño y la niña con base en

la documentación de información comunicativa en forma natural y lo menos inductiva posible y que trata además de observar no solo conductas comunicativas elementales, sino que sondea las tres dimensiones del lenguaje: forma, uso y contenido, y su relación con el desarrollo del pensamiento.

Éste hace uso de materiales con funcionalidad dispuestos en el suelo y en donde se puede evidenciar la interacción libre del infante con los elementos lográndose evidenciar, gracias a la plasticidad de su abordaje, aspectos como el juego simbólico, la imitación, los monólogos. (p. 172-178).

El Juego Heurístico por su parte, sistematizado por la pedagoga Elinor Goldschmied, citada por Velásquez y LLul en el 2009 en su libro El Juego Infantil y su Metodología, es una técnica basada en experiencias directas con ciertos elementos y texturas específicas para explotar las capacidades explorativas del niño y la niña y, como lo afirma Velásquez & Llul (2009):

"A través del "explícame" el infante busca conseguir información sobre el mundo". (p.11)

El modelo para evaluar e intervenir competencias comunicativas, sociales, emocionales e intelectuales desde una perspectiva integral denominado el "Floor Time", diseñado por el Dr Stanley Greenspan y Serena Wieder, busca sobre todo descubrir a través del DIR (Desarrollo, Individual y Relaciones) las condiciones óptimas para que el infante adquiera bases emocionales de desarrollo guardando su individualidad, que lo lleven hacia un "interesarse" más por el contexto.



## CONCLUSIÓN

### ¿Es entonces el juego en el suelo el escenario ideal para estimular la comunicación?

No cabe la menor duda que el contacto con el suelo le proporciona al niño y a la niña las condiciones óptimas de aprendizaje que requiere para el desarrollo de sus potenciales y en los casos de los niños con capacidades muy por debajo de la media normal, y así se suele pensar que estos no van a tener las mismas interacciones y adquisiciones, las oportunidades enriquecedoras que se pueden alcanzar gracias al contacto directo con su medio a través del juego en el suelo van a ser las mismas. La diferencia es que, es muy probable que el niño con discapacidad múltiple va a requerir de ciertas adaptaciones de los elementos a interactuar, va a necesitar de apoyo por parte de un adulto para incitar al juego y/o a la exploración de manera más intensa y frecuente, va a requerir de mayor contacto e intensidad en las interacciones, así como del uso de rutinas y hábitos dentro del juego más específicas y concretas. Así pues, este va a poder experimentar un juego explorativo basado en el aprovechamiento de sus capacidades, valiéndose de sus fortalezas.

Para el alcance de una armonía entre socialización, comunicación, pensamiento en el niño o la niña típicos o con alguna diversidad funcional, se requiere de un contacto físico con su medio circundante y que mejor que el juego en el suelo, o las exploraciones de objetos o elementos dispuestos en este sitio.

No solo es el lugar ideal para incitar al aprendizaje de los niños sino que como adultos es el recomendable para entrar en real contacto y empatía con los infantes, ya que permite una proyección a su mismo nivel.

El suelo es un lugar que permite el desarrollo de habilidades motoras que van a traducirse a la postre en capacidades cognitivas, de pensamiento, comunicativas y sociales. En la medida en que a un niño le son facilitadas actividades lúdicas en el suelo en esa misma medida se esperan mejores logros de manera integral ya que le permite captar el mundo desde una perspectiva diferente, llamativa y explorable.



## BIBLIOGRAFÍA

1. García V, (s.f.). Google Libros. El Juego Infantil y su Metodología. <https://www.google.es/search?q=juego+heur%C3%ADstico&btnG=Buscar+libros&tbm=bks&to=1&hl=es>.
2. Azcoaga, J. (1992). Los Retardos del Lenguaje en el niño. En J. E. Azcoaga, Los Retardos del Lenguaje en el niño (págs. 172 - 178). Buenos Aires: Paidós.
3. Berger, K. S. (2007). Psicología del desarrollo, Infancia y Adolescencia. Google Libros. <http://books.google.es/books?id=sGB87-HX-HQC&pg=PA254&dq=desarrollo+del+pensamiento+de+piaget&hl=es&sa=X&ei=dhVGUttfHAo7e8wThkYGgBw&ved=0CEsQ6AEwBA#v=onepage&q=desarrollo%20del%20pensamiento%20de%20piaget&f=false>
4. Bruce, S. M. (s.f.). The Application of Werner and Kaplan's Concept of "Distancing" to childrens who are Deaf - Blind.
5. Calderón, K. (2006). La vida que enseña. Nociones de educación permanente. San José: EUNET.
6. Castro, N. M. (s.f.). VIDEO Asociación Educar Ciencias y Neurociencias de <http://www.asociacioneducar.com/capacidad-memorizar-fluctua.php>
7. Camacho, E Morales M. (2001). Hacia la comunicación a través del movimiento. Hacia la comunicación a través del movimiento, (págs. 1, 2, 3, 4). San José.
8. Marcovich, L. (2009). Neuroplasticidad Cerebral. Buenos Aires, Argentina.
9. Miles, B y Riggio, N. (s.f.). Conversaciones Extraordinarias. Estados Unidos: Fundación Conrad N Hilton.
10. Piaget, J. (2006). Google Libros. Recuperado el 13 de 9 de 2013, de <http://books.google.es/books?id=kNa3Al8mQrWC&pg=PA51&dq=piaget+stages+of+development&hl=es&sa=X&ei=P8UzUzrEl2G9QTW44HgBQ&ved=0CEsQ6AEwAg#v=onepage&q=piaget%20stages%20of%20development&f=false>
11. Raúl Escobar H.1, Alicia Núñez F.1, Ángela Henao V.2, Jaime Cerda L.3, Alfonso Cox M.4, Marcela Miranda M.5. (Octubre de 2011). Revista Chilena de pediatría. Recuperado el 28 de junio de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062011000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Real Academia Española. (Vigésima segunda edición). Recuperado el 27 de junio de 2013, de [www.rae.es/drae/](http://www.rae.es/drae/)
13. Wong, K. (2011). Mente y Cerebro. Recuperado el 3 de 10 de 2013, de <http://www.investigacionyciencia.es/files/12454.pdf>
14. M. V. Álvarez, et al. Copyright AELFA 2005. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2005, Vol. 25, No. 1, 19-27. y Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. ISSN: 0214-4603
15. Peña C. Jordi. 1994. Manual de Logopedia. Edit. Masson. Barcelona.
16. Papalia, Diane. Desarrollo Humano. Edit, Mc Graw Hill. 1997.
17. Perkins International Latinoamérica, Sense Latinoamérica. (2005). [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula\\_Discapacidad\\_Multiple.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula_Discapacidad_Multiple.pdf). Recuperado el 26 de noviembre de 2013, de [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula\\_Discapacidad\\_Multiple.p18](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula_Discapacidad_Multiple.p18)
18. Stickgold R, Ellenbogen J. (2010). Dormir para aprender. Revistas Mente y Cerebro, 57. #41, volumen 19.
19. Sarlé P. 2008. Enseñar el juego y jugar la enseñanza <http://terras.edu.ar/jornadas/55/biblio/55La-mediacion-y-el-maestro.pdf>
20. Maya. 1997. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio, Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica. <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
21. Møyles 2002. Juegos y juguetes en los recreos de las escuelas de Portugal. <http://www.apega.org/attachments/article/279/pedagogio.pdf#page=34>
22. Sánchez M. 2005. Acerca de juego y de jugar. <http://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/394/acerca-del-juego-y-el-jugar---.html>.
22. García A, Llulí J. (2009). El juego infantil y su metodología. [http://books.google.co.cr/books?id=IR1-y19x95EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f](http://books.google.co.cr/books?id=IR1-y19x95EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f)

# HOGARES ACCESIBLES

## PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Lic. Erick Valdelomar Marín

Licenciado en Terapia Ocupacional  
Universidad Santa Paula

### RESUMEN

Cuando diseñamos nuestras casas, lo primero que se nos viene a la mente es en cómo sacar provecho del espacio físico. Pensamos en el tamaño de los diferentes espacios, los closets, los muebles, los electrodomésticos, los adornos, la mascota, ¿pero pensamos en la accesibilidad?

Normalmente no pensamos que nuestra casa puede ser un mundo de obstáculos, pero al llegar de una cirugía o cuando una madre llega a la casa después de dar a luz, cuando somos adultos mayores o por cualquier situación que lleve a una persona a tener dificultades de movilización; nuestras hermosas casas se transforman en una jungla de barreras, llena de muebles que no permiten movilizarnos, puertas angostas, baños pequeños, escaleras, espacios disminuidos, gradas, desniveles o muros en la ducha. Creamos casas llenas de barreras de acceso.

Desde Terapia Ocupacional, el diseño de casas accesibles para personas adultas mayores, permite mantener un estilo de vida activo e independiente, así como el seguir participando en las actividades de cuidado personal, manejo del hogar, disfrute del tiempo libre y actividades sociales propias de cada persona y sistema familiar.

**PALABRAS CLAVES:** Adulto mayor, accesibilidad, producto de apoyo, independencia, terapia ocupacional.

### ABSTRACT:

When we design our homes, our first

thought on how to take advantage of physical space: think of two floors, the size of the different spaces, closets, furniture, appliances, ornaments, pet. But think about accessibility?

Normally we do not think our house can be a world of obstacles. After arriving surgery, a mother who comes after giving birth, when we are elderly or any situation that leads a person to have difficulty mobilization; our beautiful homes are transformed into a jungle of barriers, full of furniture that do not allow mobilize, narrow doors, small bathrooms, stairs, handicapped spaces, stairs, slopes, walls in the shower, have created a house full of barriers.

From Occupational Therapy design affordable homes for Older Persons, keeps an active lifestyle and independent life, and the continued participation in the activities of personal care, household management, leisure and characteristics of each person social activities and family system.

### KEY WORDS

Elderly , Accessibility, Product Support, Independence, Occupational Therapy.

### INTRODUCCIÓN

Según datos estadísticos de la CCSS, en el 2010 egresaron de los hospitales 6.787 personas por caídas y de ellas un 34.5% eran personas adultas mayores. De estos, el 46% tuvieron que ser internados por traumatismos de cadera o de muslo (Fuente: Blog de Noticias, CCSS, publicado el Lunes, 27 Junio

2011, <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/32-ccss/28-caidas-impactan-a-los-adultos-mayores>), por lo que el diseño de casas accesibles o la adaptación de las que no lo son, desde la Terapia Ocupacional, se convierten en una acción fundamental a realizar en programas de prevención de caídas y de mantenimiento de la funcionalidad de las personas adultas mayores; además de ser una estrategia y acciones de prevención que reducirían el uso de recursos de salud de mayor complejidad y costo.



# ¿Qué está pasando con el estilo de vida del Adulto Mayor?

Cada vez son más las personas adultas mayores que mantienen un nivel de participación en actividades de trabajo, tiempo libre, recreación, activación física, estudio, artes; que además quieren mantener sus roles ocupacionales a nivel de pareja, amigos, seres productivos, estudiantes y como ciudadanos activos en nuestra sociedad. El perfil actual es muy diferente, parece que el envejecimiento activo se convierte cada vez más en una filosofía de vida que se establece en nuestros adultos mayores y en nuestro propio proceso de envejecimiento.

## METODOS

Entornos accesibles como estrategia para mantener y mejorar la calidad de vida.

La accesibilidad del entorno representa uno de los principales elementos que pueden compensar el grado de dependencia de las personas adultas mayores y/o con discapacidad. La accesibilidad física requiere de adaptaciones en el ambiente físico que rodea a la persona para permitirle la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera más segura, sencilla e independiente. (Iwarsson, S y Stahl, A. 2003)

Es aquí donde Terapia Ocupacional brinda su aporte profesional a la persona, familia o equipo interdisciplinario para promover la adaptación del espacio físico (diseño, rampas, baños, accesos) y el uso de productos de apoyo para compensar la pérdida de habilidades, de esta manera se garantiza que toda persona adulta mayor pueda seguir disfrutando de sus actividades con el mayor grado de autonomía, independencia y significado personal.

Los productos de apoyo son cualquier elemento que facilita la ejecución de una actividad; puede ser un mango

alargado que le ayude a alcanzar objetos en alto, una silla de ruedas eléctrica que permita la movilidad independiente, una tableta con la que pueda llevar el control de un presupuesto para compras en el supermercado o una aplicación en el celular que permita recordar las horas de toma del medicamento. Tenemos productos de apoyo para facilitar la comunicación, el acceso a una computadora, el uso de herramientas en una actividad, el cuidado personal o manejo del hogar, la recreación o deportes y la postura o movilidad.



Figura 1.

El Terapeuta Ocupacional analiza 3 elementos para valorar una adaptación del espacio físico o el uso de un producto de apoyo:

- La persona: ¿Cuáles son sus capacidades y limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas? ¿Cuáles son sus intereses y actividades significativas? ¿Qué desea realmente el adulto mayor trabajar primero?
- El entorno: Valoración de las barreras físicas, recomendaciones sobre adaptación del entorno, elección de adaptaciones para el espacio físico como rampas, barras, altura de elementos, ancho de pasillos, entre otros.
- La actividad: ¿Qué habilidades requiere la actividad para ser realizada en comparación a las habilidades de la persona? Prescripción de productos de apoyo que faciliten la ejecución de tareas, entrenamiento en el uso de las mismas y su seguimiento.

## CONCLUSION

- La accesibilidad no es únicamente una rampa o un baño adaptado, son todas las adaptaciones en el entorno o

uso de productos de apoyo, para que una persona mantenga un nivel de participación en todas sus actividades.

- Las adaptaciones en una casa no son una fotografía estática, necesita de constante seguimiento y revaloración para prescribirlas de acuerdo al proceso de pérdida o recuperación de la funcionalidad de una persona.

- La accesibilidad no es una receta estandarizada, necesita ser personalizada, adaptándose a las características, capacidades, limitaciones e intereses de cada persona.

- La recomendación de una modificación en el espacio físico o la elección de un producto de apoyo, requiere del análisis profesional de un Terapeuta Ocupacional para valorar a la persona, entorno y actividad; de esta manera garantizar la mejor solución de accesibilidad.

- Se requiere de trabajo en equipo, en donde el adulto mayor y su familia son los principales actores y parte en la toma de decisiones; además del Terapeuta Ocupacional, Médico, Fisiatra, Geriatra, Arquitecto, Maestro de obras, entre otros.

- El diseño de hogares, espacios físicos públicos y privados, tienen que tomar en cuenta el aumento en la población adulta mayor que se proyecta para los próximos 10 años para Costa Rica, en donde se duplicará casi a 900 000 mil personas adultas mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (Fuente: Blog de Noticias, CCSS, publicado el Lunes, 27 Junio 2011, <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index.php/32-ccss/28-cuidas-impactan-a-los-adultos-mayores>).
- (Iwarsson, S y Stahl, A. (2003): Accessibility, usability and Universal Design –positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. Disability and Rehabilitation 25 (2): 57-66.
- <http://www.cendeiss.sa.cr/investigacion/Diagnostico%20Geriatras-2025.pdf> Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología para la Caja Costarricense de Seguro Social (Formación y Dotación). Proyección 2008-2025. MSc: Roubier Manuel Rojas Barahona, Julio, 2008
- [http://www.trans.uma.es/pdf/Trans\\_11/T.15-30.FernandoAlonso.pdf](http://www.trans.uma.es/pdf/Trans_11/T.15-30.FernandoAlonso.pdf) Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal Autores: Fernando Alonso Localización: TRANS: revista de traductología, ISSN 1137-2311, N° 11, 2007, págs. 15-30

# LOS SISTEMAS COGNITIVOS

## SUPERIORES Y SU IMPORTANCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA

Lic. Diana Patricia Arenas Osorio  
Licenciada en Fonoaudiología  
Universidad Santa Paula

Lic. Natalia Valenzuela Díaz  
Licenciada en Fonoaudiología  
Universidad Santa Paula

### RESUMEN

Los sistemas cognitivos superiores: Aprendizaje, lenguaje, atención, memoria y percepción, hacen parte de un conjunto básico de aspectos esenciales para cualquier tipo de aprendizaje.

Neurológicamente, los sistemas cognitivos se encuentran monitoreados por "el área visual y fronto-parietal, además del tálamo quien recibe y procesa la información de los sentidos y determina la información que es relevante de la que no lo es" (Dr. Roberto Rosler - Nse. Marita Castro. Revista Neurociencias, descubriendo el cerebro y la mente, Núm. 63)

Cada uno de estos sistemas trabaja de manera independiente pero se relacionan entre sí, es decir, mientras que con la atención se selecciona un estímulo que tuvo que ser percibido por algunos de los sentidos dando como resultado la sensación, la concentración le brinda el tiempo necesario para que se dé la abstracción de la información que desea con base en el estímulo presentado. La memoria por su parte incorpora en sus "almacenes respectivos" la información aprendida durante el día y la cual fue canalizada por la atención y se establece en la noche durante el sueño.

Estos sistemas deben funcionar coordinadamente y cada uno de manera adecuada para lograr aprender conceptos, desde el lenguaje hasta acciones motoras, un cálculo matemático o planear un evento en el futuro.

**PALABRAS CLAVE:** Sistemas, Comunicación, medio ambiente, aprendizaje.

**ABSTRACT:** Higher cognitive systems: Learning, language, attention, memory and perception, are part of a core set of essential elements for any type of learning. Neurologically cognitive systems are monitored by "the visual area and fronto-parietal well as the thalamus who receives and processes information from the senses and determines what information is relevant from what is not" (Dr. Roberto Rosler - Nse Marita Castro. Journal Neuroscience, discovering the brain and mind, No. 63).

Each of these systems works independently but are interrelated, that is, while with attention to a stimulus that had to be perceived by some of the senses resulting sensation, the concentration

gives the time required is selected for abstracting the information you want on the basis of stimulus is presented; memory meanwhile incorporated into their "respective stores" information learned during the day and which was channeled for attention and is set at night during sleep. These systems must operate in a coordinated and each of headroom to learn concepts from language to motor actions, mathematical calculation, planning an event in the future.

Significantly, each of these skills vary from one individual to another in terms of the intensity of their response to the stimulus, even in terms of frequency and duration, all this will depend on the resulting biological aspects of pathology base, its severity, also depend on their predisposition to certain environmental and internal



situations that may allow fixing in the memory of the stimuli received during the day and dream activity.

Something very important to rescue is the fact that every person per basic or reactive that it has or could present a cognitive skill that would encourage a communicative spectrum, we are all receivers and givers of love and it is essential to locate or strengths to empower.

**KEY WORDS:** Systems, communication, environment, learning.

Cabe resaltar que cada una de estas habilidades variará de un individuo a otro en cuanto a la intensidad de su respuesta ante el estímulo, incluso en cuanto a la frecuencia y duración, por lo que va a depender de los aspectos biológicos consecuentes de la patología de base. Su grado de severidad, dependerá también de su predisposición ante ciertas situaciones ambientales e internas que pueden permitir la fijación en la memoria de los estímulos percibidos durante el día como en la actividad del sueño.

Algo muy importante de rescatar es el hecho de que toda persona por básica o reactiva que sea, presenta o podría presentar alguna habilidad cognitiva que permita favorecer un espectro comunicativo. Todos somos receptores y dadores de cariño y lo esencial es localizar el o los aspectos fuertes para potenciarlos.

Para poder comprender mejor la importancia de los Sistemas Cognitivos Superiores en la implementación de un SAAC, se hace necesario conocer los significados de estos por separado basándonos en las definiciones tomadas del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española:

**Cognición:** Efecto de conocer

**Aprendizaje:** Adquisición por la práctica de una conducta duradera.

**Lenguaje:** Conjunto de señales que dan a entender algo. El lenguaje de los ojos, el de las flores.

**Atención:** Aplicar especial cuidado a lo que se va a decir o hacer.

**Memoria:** Facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado.

**Percepción:** Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Todo lo que está en nuestro ambiente es susceptible de ser conocido aún para aquellos que presentan condiciones de diversidad funcional y el acto de conocer se hace posible gracias a la acción conjunta de varios sistemas que, a pesar de tener esencias diferentes, se coordinan entre sí para que el conocimiento pueda tener lugar; esto se puede explicar aún mejor a través de un sencillo ejercicio relacionado con un viaje al parque:

El niño con diversidad funcional, tal como lo hace un niño típico, puede observar las conductas de otros, puede imitarlas, emocionarse ante los estímulos que en ese momento se están presentando, guardarlos en su memoria (ya que fueron impactantes); puede adaptar algunas de esas acciones a sus capacidades, aprender a medir límites, a interactuar y a convivir en sociedad. Notamos que esta experiencia ha tenido un impacto en él cuando se evidencian cambios en su comportamiento al regresar al mismo escenario, con manifestaciones que pueden ir desde movimientos corporales, gestos, cambios en su respiración, coloración de piel, hasta la misma expresión verbal.

La memoria juega un papel muy

importante en el ejercicio antes mencionado tal como se refiere en el siguiente extracto:

Un estudio dirigido por el profesor John Gabrieli profesor de Neurociencia Cognitiva del MIT (Massachusetts Institute of Technology) publicado en la revista *NeuroImage*, ha demostrado que la actividad en una parte específica del cerebro, conocida como corteza del hipocampo, permite predecir qué tan bien la gente recordará una escena visual.

Los estilos de aprendizaje forman parte de esa gama de variables importantes para la asimilación del conocimiento y estos van a depender según la persona, no importando si están en condición de discapacidad múltiple. Las diferencias en el aprendizaje son el resultado de muchos factores que van desde la motivación, las experiencias culturales e incluso la edad y el género.

Para hablar de sistemas cognitivos superiores y su incidencia en la aplicación de un SAAC (Sistema de Comunicación Aumentativo y Alternativo), se hace también necesario mencionar que el principal protagonista de este proceso es el cerebro humano con toda su complejidad, y es importante rescatar que aun en un cerebro "no tan funcional", estos sistemas pueden darse en alguna proporción gracias a la acción de las denominadas redes



Hebbinas las cuales dan fundamento a explicar que “en el cerebro sucede la comunicación entre nuestras neuronas para conformar patrones de conducta”. Otro aspecto destacado es lo que conocemos como neuroplasticidad que es “la capacidad de nuestro cerebro de cambiar y cambiarse como resultado de la experiencia”. Las experiencias inevitablemente nos van a llevar a cambiar nuestro cerebro y nos convierten en seres neuroplásticos con “capacidad de cambiar nuestra mente, cambiar nuestra percepción del mundo y por ende cambiarnos a nosotros mismos”. (Marcovich, 2009). Ocurre de igual manera con los niños o las niñas con alguna diversidad funcional y son las experiencias con el medio las que proporcionan el aumento de sus capacidades cognitivas que fundamentan el uso de cualquier SAAC, no importando si se trata de un SAAC básico como en el caso de claves gestuales, el Sistema de claves movimiento, las tan utilizadas Cajas Calendario o hasta un SAAC más sistematizado que requiere mejores y mayores capacidades cognitivas como ocurre con el lenguaje pictográfico, el uso de PECS, de aditamentos electrónicos o computarizados, entre otros.

Un dato curioso es el aportado por el Dr. Roberto Rosler quien afirma que en el proceso de sinapsis “nuestro cerebro consume una quinta parte de toda la

energía generada por el cuerpo durante el descanso, aun cuando estemos dormidos sin dejar de trabajar”. Esto nos lleva a suponer que la persona con discapacidad múltiple, al hacer un gasto importante de energía debido a su condición neurobiológica, logra períodos interrumpidos de acceso a la información que le proporciona el medio, por tanto, “nuevas investigaciones, muestran como el dormir una siesta le permite al cerebro reponerse, fijar el conocimiento y mejorar sus capacidades cognitivas. En cambio, mantenerlo durante mucho tiempo despierto, hace más endebles estas capacidades” (Castro).

Lo anterior nos hace pensar en que cada persona, con sus capacidades, necesidades, gustos, preferencias, situaciones socio culturales y medio de desempeño, es susceptible de adquirir conocimientos gracias a los sistemas cognitivos y es en esta instancia, que los facilitadores de procesos comunicativos (familia, terapeutas, docentes, personal médico, entre otros) tengan como tarea analizar y medir el nivel de desarrollo de cada uno de estos sistemas y de esta manera canalizar el adecuado método comunicativo para cada persona según su contexto.



## BIBLIOGRAFÍA

- Castro, N. M. 2010. (s.f.). Asociación Educar Ciencias y Neurociencias. Recuperado el 25 de junio de 2013, de <http://www.asociacioneducar.com/capacidad-memorizar-fluctua.php>
- Castro, N. M. (s.f.). Recuperado el 26 de junio de 2013, de <http://www.asociacioneducar.com/dormir-aumenta-capacidad-aprender.php>
- Marcovich, L. (2009). Neuroplasticidad Cerebral. Buenos Aires, Argentina.
- Real Academia Española. (Vigésima segunda edición). Recuperado el 27 de junio de 2013, de [www.rae.es/rae/](http://www.rae.es/rae/)
- Robert Stickgold, Jeffrey M. Ellenbogen. (2010). Dormir para aprender. Revistas Mente y Cerebro, 57.
- Azcoaga J 1997. Los retardos de lenguaje en el niño, Ediciones Paidós, Buenos Aires.
- LOVE, R, J. WEBB, W, G. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje, Edit. Panamericana, Madrid.
- PUYUELO M, et al 1996. Logopedia en la Parálisis Cerebral. Diagnóstico y tratamiento. Edit. Masson S.A. Barcelona.
- BOBATH, K. 2001. Bases neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Edit. Medica Panamericana. Madrid.
- Sotillo M. 1993 Sistemas Alternativos de comunicación. Edit. Trotta.
- Levitt S. 2003. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Edit. Médica Panamericana. Madrid.
- Camacho E. 2002. Necesidades que perciben los educadores para atender a la población con sordo-ceguera ubicada en aulas especiales. UCR.
- Bruce, S. M. (s.f.). The Application of Werner and Kaplan's Concept of "Distancing" to Childrens Who are Deaf - Blin. Application of Werner and Kaplan's Concept of "Distancing" to Childrens Who are Deaf - Blin.
- Miles b, Riggio M. 1999. Conversaciones extraordinarias. Desarrollando la comunicación y el Lenguaje Temprano .16.
- Camacho, E Morales, M (2001). Hacia la comunicación a través del movimiento. Hacia la comunicación a través del movimiento, (págs. 1, 2, 3, 4). San José. MEP. (1997). Políticas Normativa y Procedimientos para el Acceso a la Educación de los Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. San José: MEP.17.
- Perkins International Latinoamérica, Sense Latinoamérica. (2005). [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula\\_Discapacidad\\_Multiple.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula_Discapacidad_Multiple.pdf). Recuperado el 26 de noviembre de 2013, de [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula\\_Discapacidad\\_Multiple.p18](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Gula_Discapacidad_Multiple.p18)
- Robert Stickgold, Jeffrey M. Ellenbogen. (2010). Dormir para aprender. Revistas Mente y Cerebro, 57.
- Bove, M Planificación futura personal mapa comunicativo.
- Aguilar G, Bonilla J. 2012. La Educación Especial en Costa Rica: Antecedentes, evolución, nuevas tendencias y desafíos. 3-83.
- MEP. (1997). Políticas Normativa y Procedimientos para el Acceso a la Educación de los Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales. San José: MEP.



# KINETIC:

# ENTRENAMIENTO EN MANOS DE PROFESIONALES

**Lic. Ericka Céspedes Marozzi**

Licenciada en Terapia Física  
Universidad Santa Paula

Kinetic es el nuevo Gimnasio de la Universidad Santa Paula, en donde usted va a encontrar profesionales y especialistas en el campo del Acondicionamiento Físico, Entrenamiento Deportivo y Rehabilitación que le ayudarán a lograr sus objetivos y metas personales.

KINETIC y su sistema de trabajo Mobility Freedom System, le ofrecen un enfoque innovador en el campo del entrenamiento físico y rehabilitación.

## ¿Qué es Mobility Freedom System?

Mobility Freedom System es un Sistema y Metodología de Rehabilitación, Acondicionamiento y Entrenamiento Físico que combina los sistemas de trabajo de los líderes mundiales en rehabilitación, entrenamiento deportivo y fitness.

El primer paso de nuestro sistema es realizar una evaluación física completa para conocer su estado físico actual y trabajar basándonos en esos resultados y sus metas. Luego de la evaluación se determina el plan de trabajo de manera individual para así lograr los resultados esperados por cada usuario.

## Nuestros cuatro pilares principales son:

- Evaluaciones físicas completas antes de empezar a entrenar para conocer sus fortalezas y sus debilidades.
- Encontramos la causa de su dolor y corregimos el problema.
- Somos el puente más seguro entre la

terapia física y volver a entrenar de nuevo de una manera segura.

- Entrenamiento en el gimnasio especializado para su deporte o sus necesidades físicas específicas.

## Lo que nos hace diferentes

- Con Mobility Freedom System toda las personas entrenan para cumplir sus metas específicas.
- El entrenamiento que se hace en el gimnasio es ESPECÍFICO para las necesidades del usuario o deporte del atleta.
- Buscamos la causa del dolor y corregimos el problema.
- Cada miembro de nuestro equipo de trabajo es ESPECIALISTA en un área determinada del proceso.
- Acompañamos a los usuarios durante todo el proceso: diagnóstico, tratamiento y reincorporación a la actividad deportiva o actividades de la vida diaria.



# SNÖEZELLEN

## INTERVENCIÓN EN ESPACIOS MULTISENSORIALES

El método Snözelen está dirigido para niños y adultos sanos, para potencializar su desarrollo multisensorial. Además se aplica en niños y adultos con necesidades especiales, a nivel educativo, lesiones cerebrales, dolor crónico, trastornos mentales graves, cuidados paliativos y trastornos del desarrollo para mejorar su desarrollo multisensorial.

Los espacios Snözelen están diseñados para proporcionar a la persona, niño o adulto la vivencia de experiencias agradables que fomentan su bienestar emocional y aumenta su nivel de relajación disminuyendo las conductas disruptivas y en general las sensaciones poco satisfactorias.

Se basa en la idea de que el mundo en que vivimos está repleto de sensación es producidas por la luz, sonido, imágenes, olor, gusto y tacto a los que tenemos acceso mediante nuestros órganos sensoriales; los espacios Snözelen potencializan estas sensaciones.

El profesional especializado en la Metodología Snözelen, requiere de capacitaciones completas para realizar un buen trabajo en beneficio del usuario.

### ¿Qué significa Snözelen?

El concepto Snözelen nace en los años '70 en Holanda, por dos terapeutas holandeses –Ene Hulsegge y Ad Verheul- mientras trabajaban en el Instituto De Hartenberg, un centro para personas con discapacidad intelectual, con el fin de proporcionar experiencias sensoriales agradables mediante la estimulación de los sentidos primarios. Esta actividad se realizaba sin necesidad de actividad intelectual y dentro de una atmósfera de confianza y relajación.

Estos espacios multisensoriales pasaron a denominarse entorno Snözelen, cuyo nombre surge al unir los verbos holandeses “snuffelen” (para buscar o explorar) y “doezelen” (para relajarse). En un principio, Snözelen se introdujo como una intervención para personas con dificultades de aprendizaje, basándose en las dificultades que tienen estas personas para explorar su entorno, que les impide tener una estimulación sensorial adecuada.

La intervención en espacios multisensoriales se basa en la idea de que el mundo en el que vivimos está repleto de sensaciones producidas por la luz, el sonido, olor, gusto, tacto, etc., a los que tenemos acceso a través de nuestros órganos sensoriales (ojos, oídos, nariz, boca, piel), potenciando todas estas entradas sensoriales.

*Información proporcionada por la Maestría en Estimulación Temprana*

