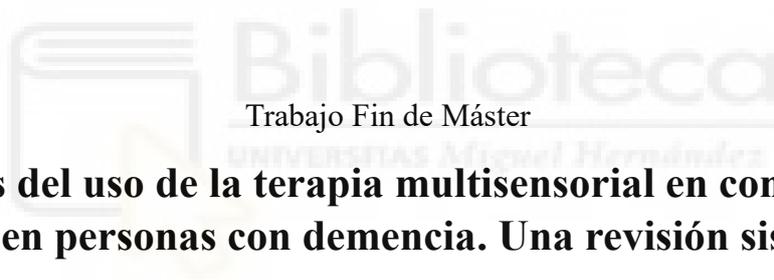




UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

CURSO 2023 – 2024



**Efectos del uso de la terapia multisensorial en conductas
agresivas en personas con demencia. Una revisión sistemática.**

Autora: María Tauste Francés

Tutora: Esther Sitges Macia

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.ESM.MTF.240713

Convocatoria: septiembre 2024

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MÉTODO	7
2.1. Diseño	7
2.2. Fuentes de información	8
2.3. Criterios de inclusión de los estudios	10
2.4. Criterios de exclusión de los estudios	10
2.5. Análisis de la calidad de los estudios	11
2.6. Análisis de la información	13
3. RESULTADOS	13
3.1. Selección de los estudios	13
3.2. Características de los estudios	14
3.3. Análisis de la calidad de los estudios	16
3.4. Características de los instrumentos	17
3.5. Análisis de las limitaciones de los estudios	18
4. DISCUSIÓN	19
4.1. Limitaciones	21
5. CONCLUSIONES	21
6. CONFLICTOS DE INTERÉS	22
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
8. APÉNDICES	27

RESUMEN

Introducción: La terapia multisensorial es un tipo de intervención no farmacológica que busca a través de la estimulación de los sentidos, promover un estado de bienestar y de relajación en personas que sufren diferentes patologías, en este caso concreto, en personas con demencia y agitación.

Objetivo: Conocer si el uso de la terapia multisensorial es beneficioso en la reducción, control y disminución de conductas agresivas en personas con un diagnóstico de demencia.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática a través de las bases de datos de PubMed, PsycInfo, Scopus y Dialnet entre el 1 de enero de 2014 y diciembre de 2023, descartando aquellos artículos basados en otras terapias no farmacológicas, pero no englobadas dentro de la estimulación multisensorial. Como criterios de inclusión, los artículos deben estar publicados en los últimos diez años y deben utilizar la terapia multisensorial independientemente de si se realiza o no en una sala snoezelen. Para la extracción de la información se aplicó el protocolo PRISMA de 2020, y se evaluó la calidad de los estudios con la herramienta “Quality Assessment Tool - Intervention Studies” del NIHR.

Resultados: Tras analizar los 8 estudios incluidos en la muestra se observó que en todos ellos se habían encontrado mejoras en la reducción de la sintomatología conductual tras el uso de la terapia multisensorial.

Conclusiones: La terapia multisensorial es beneficiosa para la reducción de la sintomatología conductual, en concreto de la agitación, pero no es exclusiva de ello, pudiéndose utilizar otras terapias no farmacológicas como el ejercicio físico, la música o actividades de ocio.

Palabras clave: Estimulación multisensorial, demencia, agitación, terapias no farmacológicas.

ABSTRACT

Introduction: Multisensory therapy is a type of non-pharmacological intervention that seeks to promote a state of well-being and relaxation through sensory stimulation in individuals suffering from various conditions, in this specific case, in people with dementia and agitation.

Objective: To determine whether the use of multisensory therapy is beneficial in reducing, controlling, and decreasing aggressive behaviors in individuals diagnosed with dementia.

Methodology: A systematic review was conducted using the PubMed, PsycInfo, Scopus, and Dialnet databases between January 1, 2014, and December 2023. Articles based on other non-pharmacological therapies not included under multisensory stimulation were excluded. Inclusion criteria required that the articles be published within the last ten years and utilize multisensory therapy, regardless of whether it was conducted in a Snoezelen room or not. The PRISMA 2020 protocol was applied for data extraction, and the quality of the studies was assessed using the “Quality Assessment Tool” from NIHR.

Results: After analyzing the 8 studies included in the sample, it was observed that all of them reported improvements in the reduction of behavioral symptoms following the use of multisensory therapy.

Conclusions: Multisensory therapy is beneficial for reducing behavioral symptoms, specifically agitation, but it is not exclusive for this purpose, as other non-pharmacological therapies such as physical exercise, music, or leisure activities can also be used.

Keywords: multisensory stimulation, dementia, agitation, non-pharmacological therapies.

1.INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional en España es cada vez más notable, alrededor del 18% de la población tiene más de 65 años, y se estima, que, en un futuro cercano, el porcentaje de personas mayores de 85 años será del 28%, generando una sobrecarga del sistema sociosanitario, así como de las instituciones dedicadas a la atención y cuidado de las personas mayores (Remacha, et al., 2023).

Asociado al envejecimiento, y desde un punto de vista biológico, se constata que a medida que pasan los años se produce en el cuerpo una acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares, que conllevan un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales (OMS, 2023). Así mismo, también se evidencia junto a este descenso de capacidades, la aparición, y un claro aumento, de enfermedades neurodegenerativas que cursan con deterioro cognitivo (Ayala, 2020). Sin embargo, y aunque el envejecimiento es un factor de riesgo significativo para el deterioro cognitivo, no todos los adultos mayores desarrollarán una patología neurodegenerativa, esto dependerá en gran medida de los factores protectores que presente, el estilo de vida, las patologías previas y la estimulación cognitiva a la que se vea sometida la persona (Livingston et al., 2020)

En cuanto al deterioro cognitivo, éste se relaciona directamente con la pérdida o disminución de una o varias de las funciones intelectuales previamente adquiridas por el individuo (Garamendi et al., 2010). Algunas de las funciones cognitivas que pueden verse afectadas son la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento y la capacidad de resolución de problemas. Esta disminución puede afectar de forma directa a su calidad de vida, su autonomía y la relación con el entorno dependiendo si el deterioro es leve, medio o severo (Gauthier, et al., 2006).

A pesar de que el deterioro cognitivo leve puede ser la entidad clínica previa a la demencia, la relación con la misma no es directa, excepto si el deterioro cognitivo es de tipo mnésico, donde se observa una mayor prevalencia a que este deterioro evolucione en la enfermedad de Alzheimer (Mongil, 2017). Y a pesar de que en España la gran mayoría de los casos de demencia están asociados a la enfermedad de Alzheimer (EA), también se observa gran número de demencias por cuerpos de Lewy (DCL) y demencia con antecedentes de enfermedad de Parkinson (EP) (López-Pousa et al., 2007).

La sintomatología que presenta el diagnóstico de demencia no solo es cognitiva o física, sino, que también está asociada a sintomatología conductual. Dentro de esta sintomatología se recoge la presencia de agitación, euforia, irritabilidad, alucinaciones, delirios, y agresividad, tanto física como verbal (López-Pousa et al., 2007). Cohen-Mansfield (2008) identificó cuatro categorías para clasificar las alteraciones comportamentales de personas con demencia, entre ellas se encontraba las personas físicamente no agresivas pero que podían presentar deambulación, inquietud o alteración de las praxias de vestido, las personas físicamente agresivas que presentaban heteroagresividad, las personas verbalmente no agresivas que buscaban atención o realizaban preguntas repetitivas y, por último, las personas verbalmente agresivas.

Esta alteración conductual genera una disminución de la calidad de vida, aumenta la carga del cuidador principal, pudiendo desencadenar en el síndrome del cuidador quemado, y, además, tiende a ser un factor clave para que la familia decida realizar un ingreso del enfermo en una residencia para personas de la tercera edad (Gitlin et al., 2012)

Para manejar este tipo de síntomas se debe realizar un abordaje integral que combine la terapia farmacológica y la terapia no farmacológica. Actualmente, se emplean fármacos comúnmente asociados a los inhibidores de la acetil colinesterasa (IACES) y la memantina, que buscan obtener beneficios en el dominio cognitivo, funcional y conductual. Sin embargo, este tipo de abordajes es más positivo cuando se utilizan otras terapias no farmacológicas como la estimulación cognitiva y sensorial, la arteterapia, la musicoterapia, reminiscencia y actividades de ocio entre otras (Rodríguez, et al., 2012).

Dentro de las terapias no farmacológicas, se encuentra la terapia basada en la estimulación multisensorial, este tipo de intervenciones buscan proporcionar estímulos sensoriales agradables, en un ambiente positivo y relajado, potenciando el uso de los sentidos primarios y con el objetivo de lograr o mantener un estado de bienestar y una reducción del estado de agitación que puede experimentar la persona con demencia (López-Almela y Gómez-Conesa, 2011).

Este tipo de terapia busca adecuar la información sensorial que lleva a la persona, modificando y ajustando la combinación de sensaciones de luz, sonidos, olores, sabores y experiencias táctiles, para no generar ni un exceso ni una privación, y proporcionar un ambiente donde la persona no experimente una sensación de temor, inseguridad o desconfianza, sino, un lugar de calma, relajación y comodidad (Aznar-calvo et al., 2019).

La propuesta de una intervención multisensorial también está basada en proporcionar al adulto mayor con demencia grave un refuerzo sensorial no contingente, con el fin de evocar estados de recompensa y respuestas de relajación (Vargas, 2022). Este hecho, sumado a los beneficios mencionados anteriormente, ha hecho que se genere un interés y aumento por la investigación aplica de estas terapias en la reducción de la sintomatología conductual en personas con demencia.

Por ello, el objetivo principal de esta revisión sistemática es conocer la evidencia científica y los aportes realizados por la misma en cuanto al uso de la terapia multisensorial en la reducción, control y disminución de conductas agresivas en personas con un diagnóstico de demencia.

2. MÉTODO

2.1 Diseño

Antes de comenzar con la revisión sistemática, se realizó una primera búsqueda en Cochrane para conocer si existían revisiones sistemáticas sobre el tema a estudio y si esta revisión podía aportar nueva información a la comunidad científica. Para ello, se llevó a cabo una primera investigación con los siguientes términos Mesh: ‘snoezelen therapy’, ‘dementia’ y ‘behavior’, y, en segundo lugar, se realizó una segunda búsqueda con los términos Mesh ‘multisensory’, ‘dementia’ y ‘behavior’. En ninguna de las dos indagaciones realizadas aparecieron resultados sobre revisiones previas acerca de este tema.

Tras la búsqueda en Cochrane, se decidió explorar en PROSPERO, utilizando los Mesh terms mencionados en el párrafo anterior para conocer la existencia de revisiones sistemáticas desarrolladas en esta línea de trabajo. De los 6 resultados obtenidos, 2 de ellos se enfocaban en el uso de fármacos, 1 de ellos estudiaba los beneficios de la terapia multisensorial en pacientes psiquiátricos, y los 3 restantes no estaban enfocados en conductas agresivas. Una vez analizados los resultados y observando que no había líneas de investigación con las características que plantea esta revisión, se decidió seguir adelante para poder aportar información contrastada, de calidad y útil para el desarrollo de nuevas terapias no farmacológicas relacionadas con el uso de la terapia sensorial en demencia y agresividad.

Para llevar a cabo este estudio se siguieron de forma rigurosa las normas recogidas por el protocolo PRISMA 2020, aplicando sus pautas tanto para la recuperación de datos, la realización del cribado de estudios seleccionados en la muestra y la presentación de los resultados finales (Page et al., 2021). Todo este estudio está realizado siguiendo la Guía de la 7ª Edición de las Normas APA (American Psychological Association, 2020), y, además, se realizó la valoración de la calidad de los estudios siguiendo los criterios de la guía ‘*Quality Assessment of Controlled – Intervention Studies*’ del *National Institute for Health Research* del Ministerio de Sanidad y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Cabe mencionar que esta revisión fue autorizada por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández con el código *TFM.MPG.ESM.MTF.240713* que se refleja en el Apéndice 8.5.

2.2. Fuentes de información

Se realizó la búsqueda sistemática en las bases de datos PudMed (Medline), APA PsycInfo, Scopus, y Dialnet entre enero de 2014 y diciembre de 2023. La elección de las bases de datos radica en la rama de investigación en las que se encuadran. La primera base de datos está especializada en estudios de ciencia de la salud, la segunda en aspectos relacionados con la psicología y las dos últimas se enfocan en una rama multidisciplinar. El tema a estudio no es exclusivo de la rama de la psicología, y por ello se ha querido englobar otras fuentes de investigación.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores MeSH y palabras clave: ‘*Snoezelen therapy*’ (MeSH), ‘*Behavior*’ (MeSH), ‘*Dementia*’ (MeSH), ‘*Multisensory*’ (Title/Abstract), ‘Terapia multisensorial’ (Title/Abstract), ‘Terapia snoezelen’ (Title/Abstract), ‘Demencia’ (Title/Abstract), y ‘Alteración’ (Title/Abstract).

En el proceso de cribado se descartaron aquellos estudios que contaban con una óptica del cuidador y no del profesional, aunque no se tuvo en cuenta que el profesional tuviera una formación específica del área de la psicología, ya que la problemática que recoge esta revisión es abordada de forma multidisciplinar entre diferentes áreas de la salud como son la terapia ocupacional, la enfermería, la medicina y la psicología. También fueron descartados aquellos artículos basados en terapias sensoriales con poca evidencia científica o englobados en pseudociencia.

Si fueron incluidos estudios que desarrollaran una intervención sensorial en episodios de agresividad con personas diagnosticadas de demencia, frente a las investigaciones que recogían únicamente datos biomédicos y comportamiento a nivel anímico.

Además, puesto que la lengua de trabajo escogida fue el inglés y el castellano, no se tuvieron en cuenta los estudios que no estuvieran escritos en cualquiera de estos idiomas.

Para las ecuaciones de búsqueda únicamente se incluyó el operador booleano AND. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las bases de datos se detallan a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Cantidad de resultados (N)
PudMed	("Snoezelen therapy" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	41
	("Multisensory" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	119
PsycINFO	("Snoezelen therapy" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	2
	("Multisensory" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	39
Scopus	("Snoezelen therapy" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	36
	("Multisensory" [Title/Abstract] AND (dementia) [Title/Abstract AND (behavior) [Title/Abstract])	85
Dialnet	(Sala multisensorial) y (demencia) y alteración	5
	(Sala snoezelen) y (demencia) y alteración	0

2.3. Criterios de inclusión de los estudios

Respecto a los criterios de inclusión cabe destacar que la muestra debía tener un diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo, con una edad superior a 65 años y se debía haber utilizado únicamente como método de intervención la terapia Snoezelen o multisensorial.

También se incluyeron artículos en los que el profesional que diseñaba dirigía y ejecutaba las sesiones no fuera exclusivamente del área de la psicología, pudiéndose ser de la rama de la terapia ocupacional, de la rama médica, de la rama de la enfermería o de la rama de la psicología.

El idioma de los estudios seleccionados para esta revisión era el inglés y el castellano, quedando fuera todos aquellos publicados en otras lenguas.

2.4. Criterios de exclusión de los estudios

En cuanto a los criterios de exclusión se contaron con todos aquellos documentos que fueran literatura gris (estudios de caso, actas de conferencia, comentarios, vídeos, biografía, papeles de trabajo de ediciones preliminares y editoriales, así como tesinas y tesis doctorales, ponencias, servicios de prensa y actas), y aquellos en los que se utilizaran terapias combinadas entre la terapia Snoezelen y otras como la arteterapia, musicoterapia, aromaterapia, etc.

También se limitó la fecha de selección de la muestra a 10 años (entre 2014 y 2023), ya que ofrece una perspectiva amplia de los estudios realizados hasta el momento sin llegar a la obsolescencia científica.

Sin embargo, no se tuvo en cuenta que los artículos estuvieran o no revisados por pares, los factores demográficos o económicos, la cultura, sexo o religión de los participantes, o si los participantes residían en instituciones como centros de día o residencias o si provenían del domicilio.

Tampoco se tuvo en cuenta el método de recogida de datos y la presencia o no de grupo control.

2.5. Análisis de la Calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó con los criterios de la escala “Quality Assessment Tool – Intervention Studies”, que consta de 14 preguntas que tienen por objetivo la evaluación de la calidad interna de los artículos que los investigadores seleccionan en sus revisiones sistemáticas (NHLBI-NIH, 2021). Los aspectos fundamentales que se evalúan son la aleatorización, la asignación del tratamiento, si el investigador está cegado o no, la similitud de los grupos al inicio, si ha habido abandono de la muestra, la adherencia a la intervención, si se han realizado otras intervenciones no correlacionadas con el estudio principal, la evaluación de las medidas de resultado, y el tamaño de la muestra, entre otros aspectos.

Con la intención de ofrecer una mayor rigurosidad y claridad, se decidió aceptar como respuesta "SÍ" si se cumplía con el ítem, "NO" si no se cumplía, o "NA" cuando el ítem no aparecía reflejado en el estudio, aunque es cierto que los creadores de la guía indican que no se debe considerar de forma dicotómica la respuesta, sino, analizar a través de esta herramienta los aspectos fundamentales que debe tener un estudio científico de calidad. Es por ello, que, en la aplicación de esta escala, se realizó un análisis semicuantitativo, buscando así complementar la valoración numérica de las preguntas con una evaluación cualitativa del riesgo de sesgo, en relación con las respuestas de la escala.

Para llevar a cabo la evaluación semicuantitativa se asignó en un primer lugar el adjetivo “bueno”, “regular” y “deficiente” a cada estudio. En la tabla 2 se detallan los aspectos necesarios para recibir esta calificación.

Tabla 2

Escala de valoración de los estudios según respuestas del Quality Assessment Tool – Intervention Studies

Valoración	Puntuación
Bueno	0 “noes”

Regular	1 “no”
Deficiente	2 o más (noes)

A esta escala, se añade otra creada para evaluar de forma cualitativa el potencial de riesgo de los sesgos presentes en los estudios, dicha información se refleja en la Tabla 3 con los ítems “No presente”, “riesgo bajo”, “riesgo medio” y “riesgo alto”.

Tabla 3

Escala de valoración cualitativa del riesgo de sesgo

Categoría	Riesgo del sesgo
No presente	No hay evidencia de que esté presente el sesgo
Riesgo bajo	El riesgo de sesgo no afecta a la interpretabilidad de los resultados
Riesgo medio	La interpretabilidad de los resultados puede verse limitada por el sesgo
Riesgo alto	La presencia del sesgo hace dudas de las conclusiones del estudio

Por último, se llevó a cabo una clasificación de los estudios según las respuestas obtenidas en la escala “*Quality Assessment Tool – Intervention Studies*” y en el análisis del sesgo identificado. Esta valoración consideraba las tres categorías de “Bueno”, “Regular” y “Deficiente”, junto con “No presente” riesgo de sesgo, “Riesgo bajo”, “Riesgo medio” y “Riesgo alto”. Para ello, se otorgó una puntuación con valores numéricos del 12 al 1, donde se pueden ir organizando los estudios según su calidad.

En la siguiente tabla (Tabla 4), se especifica la relación de las puntuaciones obtenidas en la escala, el riesgo de sesgo y la puntuación que se otorga según la combinación de estas.

Tabla 4.

Escala de valoración ponderada de los estudios

Quality Assessment Tool Intervention Studies	Riesgo de Sesgo	Puntuación combinada
---	------------------------	-----------------------------

Pobre	No presente	1
Pobre	Riesgo bajo	2
Pobre	Riesgo medio	3
Pobre	Riesgo alto	4
Regular	No presente	5
Regular	Riesgo bajo	6
Regular	Riesgo medio	7
Regular	Riesgo alto	8
Bueno	No presente	9
Bueno	Riesgo bajo	10
Bueno	Riesgo medio	11
Bueno	Riesgo alto	12

2.6. Análisis de la information

De cada estudio incluido en la muestra se recolectó la siguiente información: autor, país de publicación y año, número de la muestra, tipo de diseño utilizado, objetivo del estudio, instrumentos de medida utilizados y principales hallazgos. Esta información se puede consultar en el Apéndice 8.1.

3. RESULTADOS

3.1. Selección de los estudios

Como ha sido comentado al inicio del estudio, el proceso que se ha seguido para llevar a cabo esta revisión sistemática está basado en la guía PRISMA, que tiene por objetivo dar claridad en la búsqueda de evidencia y análisis de los resultados (Page et al., 2021).

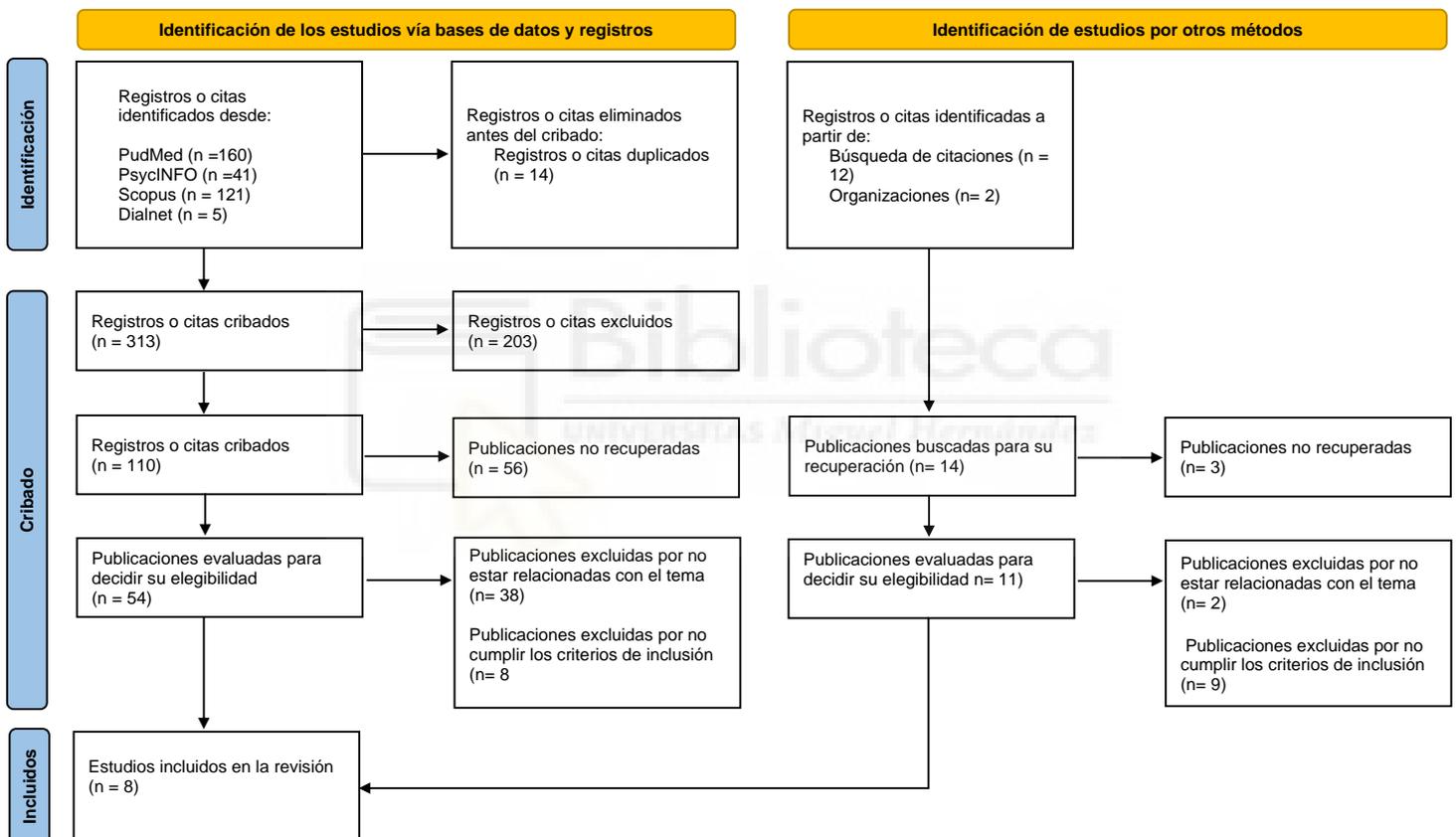
Tras realizar la búsqueda de datos, se obtuvo un total de 327 resultados, que al limitar estos resultados a las fechas establecidas en el estudio (2014-2023), la muestra quedó en 185, eliminándose del mismo 142 trabajos. De estos, se descartaron 5 por presentar un idioma diferente al inglés o castellano. De los 180 resultados, 14 fueron suprimidos por encontrarse duplicados, quedando un total de 166. De los 166, 56 fueron eliminados por englobarse dentro de la literatura gris, ser revisiones sistemáticas,

revisiones bibliográficas, revisiones umbrela o estudios transversales. Partiendo de 110 estudios, 72 fueron descartados tras leer el título y 30 tras leer el resumen, quedando únicamente dentro de la revisión sistemática una muestra total de 8 estudios.

En la figura 1, se refleja la información mencionada anteriormente de una forma gráfica.

Figura 1

Proceso de selección de acuerdo con el protocolo PRISMA, 2020.



3.2. Características de los estudios

De los ocho estudios analizados, 3 de ellos presentaban un estudio longitudinal, 4 de ellos un estudio transversal y solo 1 de estos era un estudio de cohortes, siendo factores de estudio en todos ellos la relación entre la reducción de la sintomatología asociada a la demencia en el área conductual, anímica y funcional.

Cinco de los ocho artículos fueron realizados en España, y el resto en Estados Unidos. Maseda et al., (2014), Maseda et al., (2018) y Sánchez et al., (2016) publicó tres de sus artículos en la revista “American Journal of Alzheimer’s Disease and other Dementias” con un factor de impacto del 2.7, el artículo realizado por Berkheimer y Qian (2017) fue publicado en la revista Journal of the American Medical Directors Association con un factor de impacto del 4.2. El artículo realizado por Mitchell et al., (2015) fue publicado por Journal of Gerontological Nursing, cuyo factor de impacto es de 1.1. Prince et al., (2022) publicaron en la Journal of Long-Term Care, con un factor de impacto del 1.62. Y, por último, Solé et al., (2019) que publicaron en la revista International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD, con un factor de impacto menor a 1.

La muestra de estos estudios provenía de centros residenciales para personas mayores, todos ellos habían recibido un diagnóstico de demencia (leve, moderada o grave) y la edad de la muestra únicamente se especifica en los estudios llevados a cabo por Berkheimer y Qian (2017), Mitchell et al., (2015), Prince et al., (2022), Solé et al., (2019) siendo la persona más joven de 61 años y la más mayor de 97. Aunque no especifica una horquilla concreta en cuanto a la edad de los participantes, Sánchez et al., (2016) aclara que la muestra es mayor de 65 años.

Únicamente en los trabajos realizados por Mitchell et al., (2015), Prince et al., (2022) y el de Solé et al., (2019) se contempla el sexo de los participantes, siendo en las tres investigaciones mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. Es también en estos tres estudios donde se especifica el tipo de demencia que padece la muestra, siendo predominante la enfermedad de Alzheimer, mientras que en el resto no se realizan especificaciones.

Todos los estudios, a excepción del realizado por Prince et al., (2022), están ejecutados antes de la pandemia mundial sufrida por el SARS-CoV-2.

En cuanto a los instrumentos de medida que han utilizado, se observa en cuatro de los artículos (Maseda et al., 2014; Maseda et al., 2018; y Sánchez et al., 2015) la escala *GDS* (Global Deterioration Scale) de Reisberg, que muestra en forma de 7 ítems el deterioro progresivo asociado a una demencia (Reisberg et al., 1982). Mientras que únicamente en uno de ellos (Berkheimer y Qian, 2017) se utiliza la escala *SLUMS*, que es un examen del estado mental desarrollado por la universidad de San Louis. En dos de

los estudios (Sánchez et al., 2015 y Maseda et al., 2014) se ha empleado la escala *CMAI* de Cohen-Mansfield, la cual mide la agitación y deterioro cognitivo de la persona mayor (Cervilla et al., 2002). En los estudios que miden el área biomédica, se han empleado como variables de medida la cantidad de latidos por minuto y el oxígeno en sangre, controlados a través de un pulsímetro.

El resto de las escalas utilizadas son diferentes según cada estudio y buscan ajustarse a las necesidades idiosincrásicas de cada trabajo, como por ejemplo la escala *NPI* (Inventario Neuropsiquiátrico), o la *escala de ansiedad de Hamilton*, o la escala *Interact Short y During*. Solo en el estudio llevado por Prince et al., 2022 se realiza una valoración observacional y no se especifican escalas ni inventarios.

3. 3. Análisis de la calidad de los estudios

El análisis de la calidad de los estudios se llevó a cabo según lo descrito en la sección de metodología. Los apéndices 8.2, 8.3 y 8.4 contienen el detalle del procedimiento de evaluación y la explicación del riesgo de sesgo en cada caso.

A continuación, en la tabla 8, se muestra la puntuación ponderada basada en la valoración semicuantitativa realizada para los distintos estudios.

Tabla 8

Resumen de la valoración de la calidad según los criterios de la Quality Assessment Tool

Estudio	Autor principal	Puntuación QATool	Riesgo de sesgo	Puntuación ponderada
Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People with Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial	(Maseda, A. 2014)	Regular	Medio	7
Snoezelen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients with Dementia: A Pilot Study	Berkheimer, S. (2017)	Pobre	Medio	3

Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters	Maseda, A. (2018)	Pobre	Medio	3
Nonpharmacological Therapeutic Techniques to Decrease Agitation in Geriatric psychiatric patients with dementia	Mitchell, A. (2015)	Pobre	Alto	4
Multisensory Stimulation on Mood Behavior, and Biomedical Parameters in People with Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?	Maseda, A. (2014)	Regular	Medio	7
Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial	Sánchez, A. (2015)	Bueno	Medio	11
Using an Accessible Room Multisensory Stimulation Environment to Reduce Dementia Associated Behaviors	Prince, D. M. (2022)	Pobre	Alto	4
Contribuciones de la estimulación multisensorial (Snoezelen) en personas mayores con demencia	Solé, C. (2019)	Pobre	Alto	4

3.4. Características de los instrumentos

De los instrumentos que aparecen en los estudios incluidos en la revisión sistemática, se considera que todos ellos son adecuados para evaluar el grado de demencia, así como la agitación conductual y los valores biomédicos. Todos los instrumentos han sido administrados por personal entrenado para ello y con experiencia en el manejo de estas escalas.

Por un lado, se ha empleado la escala *GDS*, que es el instrumento principal para clasificar los grados de deterioro. Está formada por 7 ítems que van desde “ausencia de

alteración cognitiva” que corresponde a un GDS 1, a “deterioro cognitivo muy grave” que se asocia a GDS 7, pasando por “disminución cognitiva muy leve”, “defecto cognitivo leve”, “defecto cognitivo moderado”, “defecto cognitivo moderado-grave” y “defecto cognitivo grave”. De forma orientativa esta escala se relaciona con las puntuaciones del MEC (Mini-Examen Cognoscitivo) y el SMMSE (Severe Mini-Mental State Examination), los cuales son instrumentos de screening que sirven para detectar si una persona tiene o no demencia (Buiza et al., 2011).

Por otro lado, la escala *SLUMS*, mide de forma superficial si hay o no presencia de deterioro cognitivo. Este instrumento está formado por 11 ítems, y las puntuaciones varían de 27 a 30 puntos, lo que corresponde a un deterioro normal, de 21 a 26, que significa una alteración cognitiva mínima y de 1 a 20 puntos, que se relaciona directamente con un diagnóstico de demencia Spencer et al., 2022).

También se ha utilizado la escala CMAI, instrumento que mide la agitación asociada a la presencia de deterioro cognitivo. Esta herramienta consta de 30 ítems que se evalúan de 1 a 7 puntos, y en los que se recogen las siguientes áreas: comportamiento agitado, comportamiento físico no agresivo y comportamiento agitado verbal (Cervilla et al., 2002).

Las propiedades psicométricas de las escalas reflejadas son óptimas y aportan fiabilidad y validez interna a los instrumentos empleados. Por ejemplo, la escala CMAI presenta un grado de fiabilidad de entre el 0.88 y el 0.92, mientras que el MEC presentaba una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1% (Lobo et al., 1999).

3. 5. Análisis de las limitaciones de los estudios.

Se han observado múltiples limitaciones por parte de los estudios incluidos en la muestra. Entre estas, destaca que en la mayoría de los artículos no especifica el tipo de demencia que padece la población seleccionada para el estudio, además, solo en 3 de ellos se especifica el sexo de los participantes, así como otras variables como el nivel de escolaridad, tiempo que llevan viviendo en la residencia, si el evaluador era conocido por los pacientes o la nacionalidad de la muestra en caso de no ser nativa del lugar de estudio.

Si bien es cierto que todos los estudios están enfocados a que la persona incluida en la muestra tenga un diagnóstico de demencia, solo en 5 de ellos se refleja la escala

utilizada para evaluar el grado de deterioro, reflejando en los dos restantes que este diagnóstico se ha realizado por un médico, pero sin especificar las pruebas diagnósticas.

En ninguno de los estudios se especifica la medicación que están tomando los participantes en el momento del estudio, así como si puede o no haber interferencia. Otro factor que destacar es que tres de los estudios no incluían grupo control, y solo dos de ellos seguían el mismo diseño de investigación.

4. DISCUSIÓN

Esta Revisión Sistemática cuenta con un total de ocho artículos sobre el uso de la estimulación multisensorial en personas con sintomatología conductual y diagnóstico de demencia.

La terapia multisensorial es un tipo de intervención no farmacológica que busca a través de la estimulación de los sentidos, promover un estado de bienestar y de relajación en personas que sufren diferentes patologías, en este caso concreto, en personas con demencia y agitación (Lotan y Gold, 2009). La evidencia científica está de acuerdo en que el uso de la terapia multisensorial ayuda a reducir los estados de agitación en población mayor con diagnóstico de demencia. Así se refleja en el estudio llevado a cabo por Sánchez et al., (2015), en el que los autores explican que los beneficios encontrados en el uso de la estimulación sensorial frente a las actividades individualizadas como jugar a cartas, pintar o realizar fichas de estimulación cognitiva son mayores en cuanto a la reducción de sintomatología asociada a la demencia, sin embargo, refieren que una vez se dejan de realizar las sesiones, las alteraciones pueden volver a aparecer, por lo que el efecto no sería a largo plazo.

Así mismo, Maseda et al., (2014), explican en su trabajo, aunque no indica el número de semanas, que, tras los resultados obtenidos, en los que se reflejaba que la terapia multisensorial había ayudado a mejorar la agitación, estos beneficios se habían mantenido tiempo después de haber finalizado el tratamiento. Esta misma afirmación la realiza Mitchell et al., (2015) en su estudio, en el cual expresan que se han encontrado beneficios a largo plazo en cuanto a la reducción de la agitación tras el uso de la estimulación multisensorial. Además, de acuerdo con Sánchez et al., (2015), en el trabajo reflejan que los beneficios encontrados en el uso de la terapia multisensorial frente al uso

de la terapia individualizada con juego de cartas, pintura y estimulación cognitiva es mayor sobre todo a la hora de reducir la alteración verbal.

Sin embargo, el estudio llevado a cabo por Berkheimer y Qian (2017) refleja que se encontró la misma evidencia en cuanto a la efectividad de la reducción de la agitación en personas con demencia, indiferentemente de si se utilizaba el ejercicio físico o la estimulación sensorial. Así lo reflejan también Maseda et al., (2018) en su artículo, en el cual explican que, tras el análisis de los resultados, no encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de música frente al uso de estimulación sensorial en relación con la disminución de conductas alteradas en personas con demencia. Por otra parte, Maseda et al., (2014) explican en su estudio que no se encontró una diferencia significativa en cuanto al uso de estimulación multisensorial y actividades como jugar a las cartas, pintar, hacer puzles o ver imágenes, en ambos hubo una reducción de la agitación y la sintomatología conductual.

En cuanto al estudio llevado a cabo por Prince et al., (2022), han encontrado una mejora tras el uso de la terapia multisensorial, pero hacen referencia a la importancia de que el paciente sea capaz de deambular y poder entrar y salir de la sala sin la necesidad de encontrarse en ella una persona interviniente.

Respecto a los parámetros biométricos, en los estudios llevados a cabo por Maseda et al., (2018), Maseda et al., (2014), encontraron que con el uso de la terapia multisensorial se observaba una disminución de los latidos por minuto y un aumento del oxígeno en sangre. Aunque, cabe destacar, que estos beneficios también fueron encontrados cuando se realizan otras actividades como jugar a las cartas, realizar puzles y ejercicios de estimulación cognitiva.

Estos resultados, sumados a los obtenidos por Maseda et al., (2014) y Sánchez et al., (2015) en lo que respecta a la mejora cognitiva a través del uso de la estimulación sensorial, relatan que no se evidencia una mejora significativa en las funciones cognitivas tras el uso de la estimulación sensorial, mientras que, por otra parte, Mitchell et al., (2015) argumentan que cuando la persona se encontraba en un estado relajado sin la presencia de un estado de agitación, se percibió un mejor rendimiento cognitivo, pero éste no podía asociarse únicamente al uso de la estimulación sensorial, puesto que también se observaba un estado de calma cuando se utilizaban otras terapias no farmacológicas.

Como puede observarse, el uso de la terapia multisensorial proporciona beneficios en la reducción de la agitación en personas con demencia, pero no es exclusiva para ello, pudiendo utilizarse otras terapias no farmacológicas como la musicoterapia, el ejercicio físico o actividades de ocio.

4.1. Limitaciones

En la realización de esta revisión sistemática se pueden identificar tres limitaciones principales.

En primer lugar, la ejecución de esta revisión, incluyendo el diseño, búsqueda, investigación y análisis de resultados, ha sido llevada a cabo por una sola investigadora, lo que podría implicar un cierto riesgo de sesgo. Para mitigar este riesgo, el estudio se ha respaldado con herramientas como la “Quality Assessment Tool” y la escala de valoración cualitativa del riesgo de sesgo, lo que ha permitido una evaluación ponderada del riesgo de sesgo en los estudios.

En segundo lugar, y aunque se considera que las bases de datos empleadas y las fechas que delimitan los estudios incluidos en el estudio son acordes a las necesidades de esta revisión, podría valorarse que, en parte, la muestra final, es pequeña debido a estos factores.

Por último, y, en tercer lugar, no se ha encontrado un número muy elevado de estudios después del año 2020, fecha que correlaciona con la aparición del virus SARS-Cov-2 y la pandemia experimentada a nivel mundial, con gran impacto en las residencias de ancianos, siendo el 88% de las muertes personas mayores residentes de residencias de ancianos. El hecho de no encontrar evidencia científica sobre el tema investigado después del año 2020 se cree que puede deberse en parte a que la comunidad científica se volcó en el estudio del Coronavirus y las implicaciones que este tenía en la salud, dejando de lado otros temas de interés por la urgencia que presentaba la situación sociosanitaria del momento.

5. CONCLUSIONES

En primer lugar, destacar que la terapia multisensorial aporta beneficios tanto en el estado físico, como cognitivo como conductual de la persona con diagnóstico de demencia, y se ha observado que ayuda a reducir el estado de agitación e incluso, ciertos artículos afirman que este tipo de beneficios puede mantenerse en el tiempo.

En segundo lugar, la evidencia científica señala que este tipo de terapias no son las únicas que reducen la sintomatología conductual, pudiendo complementarse con otras como el ejercicio físico, la musicoterapia o actividades relacionadas con ocio.

En tercer lugar, en todos los artículos incluidos en este trabajo aclaran la importancia de seguir investigando y aportando luz a esta cuestión mediante nuevas líneas de investigación y con muestras más grandes y parámetros de búsqueda que recojan información demográfica e instrumentos de medida estandarizados.

6. CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora de esta revisión declara no tener conflictos de interés con la realización y publicación de esta revisión sistemática.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayala, S. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *Revista Ene de enfermería*, 14 (3). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1049>

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

Berkheimer, S., y Qian, C. (2017). Snoezelen therapy as an intervention to reduce agitation in nursing home patients with dementia: a pilot study. *JAMDA*, 18, 1087-1095 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.009>

Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M., Álaba, J., Arriola, E., Hernández, C., Zulaica, A., y Yanguas, J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la

demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006>

Cervilla, J., González, E., y Rodríguez, A. (2002). Agitación y deterioro cognitivo usando la versión española del inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield. *Anales de Psiquiatría*, 18 (5). ISSN 0213-0599

Cohen-Mansfield, J. (2008). Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 64-69. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2008.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.02.003)

Dementia, World Health Organization, consultado el 31 de julio de 2023, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.

Eggert, J., Dye, C., Vincent, E., Parker, V., Daily, S., Pham, H., Turner, A., Summey, H., y Roy, T., (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE Open Medicine*,

Garamendi, F., Delgado, D., y Amaya, A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22 (1), 26-31

Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., ... & Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270.

Gitlin, L.N., Kales, H.C., & Lyketsos, C.G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Journal of the American Medical Association*, 308, 2020-2029

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.

Lobo, A. Saz, P., Dia, J. L., Marcos, G., Cámara, C., Ventura, T., Asín, F., Pascual L., Montañés, J., Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Anales de psiquiatría*, 112, 767-774. ID: 70606454

López-Almela, A., y Gómez-Conesa, A. (2011). Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial (snoezelen). *Fisioterapia*, 33 (2), 79-88
<https://doi.org/10.1016/j.ft.2011.02.004>

López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., Garre-Olmo, J., Pons, S., Cucurella, M. (2007). Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Revista de Neurología*, 45 (11), 683-688

Lotan, M., & Gold, C. (2009). Meta-analysis of the effectiveness of multisensory stimulation for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(3), 207-215 DOI: [10.1080/13668250903080106](https://doi.org/10.1080/13668250903080106)

Maseda, A., Cibeira, N., Lorenzo-López, L., González-Abrales, I., Buján, A., de Labra, C., Millán-Calenti, J. C. (2018). Multisensory stimulation and individualized music sessions on older adults with severe dementia: effects on mood, behaviour, and biomedical parameters. *Journal of Alzheimer's Disease* 63 (4): 1415-1425 DOI: [10.3233/JAD-180109](https://doi.org/10.3233/JAD-180109)

Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M.P., González-Abrales, I., Buján, A., y Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of multisensory stimulation on a sample of institutionalized elderly people with dementia diagnosis: A controlled longitudinal trial. *American Journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 29(5) 463-473 DOI: [10.1177/1533317514522540](https://doi.org/10.1177/1533317514522540)

Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M.P., González-Abrales, I., Buján, A., y Millán-Calenti, J. C. (2014). Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *American Journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 29 (7) 637-647 DOI: [10.1177/1533317514532823](https://doi.org/10.1177/1533317514532823)

Mitchell, A., Chiappetta, L., Boucek, L., Cain, M., Patterson, G., Owens, K., Herisko, C., y Hetager, K. (2014). Nonpharmacological therapeutic techniques to decrease agitation in geriatric psychiatric patients with dementia. *Journal of Gerontological nursing*, 41 (2): 53-9

Mongil, R. (2017). Deterioro cognitivo/demencia: valoración y seguimiento. Aspectos funcionales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52 (1): 28-33

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *In The BMJ* (Vol. 372). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Prince, D., Fogarty, K., Vangeest, J., Eberth, S. (2022). Using accessible room multisensory stimulation environment to reduce dementia associated behaviors. *Journal of long-term care*, 289-297 DOI: [10.31389/jltc.151](https://doi.org/10.31389/jltc.151)

Reisberg B, Ferris S. H, de Leon M. J, Crook T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 139 (9), 1136-1139. Doi: [10.1176/ajp.139.9.1136](https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136)

Remacha, L., Cabetas, C., Piñel, A., Beaumont, N., Gregorio, L., y Barea, A. M. (2023). Revisión sistemática: evidencia de prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en hogares de ancianos. *Revisión Sanitaria de Investigación*, 4 (3), ISSN-e 2660-7085

Rodríguez, D., Formiga, F., Fort, I., Robles, M. J., Barranco, E., y Cubí, D. (2012). Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 47 (5), 228-233 DOI: [10.1016/j.regg.2012.02.008](https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.008)

Sánchez, A., Marante-Moar, M. P., Sarabia, C., de Labra, C., Lonerzo, T., Maseda, A., y Millán-Calenti, J. C. (2015). Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 31 (4): 341-350 DOI: [10.1177/1533317515618801](https://doi.org/10.1177/1533317515618801)

Solé, C., Cifré, I., Celdrán, M., Gaspar, M., Rodríguez, L. (2019). Contribuciones de la estimulación multisensorial (Snoezelen) en personas mayores con demencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 311-320 ISSN: 0214-9877

Spencer, R., Noyes, E., Bair, J., y Ransom, M. (2022). Systematic Review of the Psychometric Properties of the Saint Louis University Mental Status (SLUMS)

Examination. *Clinical Gerontologist* 46 (4), 454-466
<https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2032523>

Vargas, C. (2022). Estimulación multisensorial y musicoterapia individual: tratamiento de la agitación y estado afectivo en demencia grave. *Revistas electrónicas de metodología aplicada*, 25 (1), 1-12 <https://doi.org/10.17811/rema.25.1.2023.1-12>



8. APÉNDICES

8.1. Características de los estudios seleccionados

Artículo	Primer autor	País de publicación y año	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Instrumentos	Principales hallazgos
Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People with Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial	Maseda, A.	España, (2014)	Estudio longitudinal	N = 30	Evaluar la efectividad a largo plazo de la estimulación multisensorial en el comportamiento, humor, estado cognitivo y funcional en las ABVD en personas con diagnóstico de demencia.	1) GDS 2) CMAI 3) NPI-NH 4) CSDD 5) MMSE	El uso de la terapia multisensorial a largo plazo reduce la sintomatología asociada al diagnóstico de demencia, en concreto disminuye la agresividad física.
Snoezelen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients with Dementia: A Pilot Study	Berkheimer, S.	Estados Unidos, (2017)	Estudio transversal	N=8	Comparar el efecto del uso de la terapia Snoezelen frente al uso de un programa de ejercicio físico en la presencia	1) SLUMS	No hay una diferencia significativa en el uso del ejercicio físico y la terapia snoezelen en cuanto a la

					de agitación en personas con diagnóstico de demencia.		reducción de la agitación en personas con demencia, pero ambos reducen esta sintomatología.
Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters	Maseda, A.	España, (2018)	Estudio longitudinal	N=21	Valorar si la estimulación en salas multisensoriales es más efectiva que sesiones individualizadas de música, y ver su implicación en el comportamiento, humor, y parámetros biomédicos de pacientes con diagnóstico de demencia severa.	1) GDS 2) APMPQ 3) Interact scale (Interact short y Interact during)	Tanto las sesiones en la sala multisensorial como el uso de sesiones de música han reportado ser eficaces en el manejo de los síntomas a nivel comportamental, anímico y en parámetros médicos en pacientes con diagnóstico de demencia severa.
Nonpharmacological Therapeutic Techniques to	Mitchell, A. M.	Estados Unidos, (2015)	Estudio transversal	N=13	Observar si las intervenciones no	1) PAS	Se observaron un decremento en el número de

**Decrease Agitation
in Geriatric
Psychiatric Patients
with Dementia**

farmacológicas mediante la sala multisensorial ayudan a disminuir la presencia de agitación en personas con diagnóstico de demencia en lugar de recurrir a tratamientos farmacológicos

agresiones verbales, físicas y a nivel conductual tras el uso de la sala multisensorial, sobre todo pasada 1 hora de su uso.

**Multisensory
Stimulation on
Mood Behavior, and
Biomedical
Parameters in
People with
Dementia: Is it
More Effective Than
Conventional One-
to-One Stimulation?**

Maseda, A. (España), (2014)

Estudio Longitudinal N=30

Evaluar si el uso de las salas multisensoriales es más efectivo que las intervenciones individualizadas con respecto al humor, comportamiento y parámetros biomédicos de personas con diagnóstico de demencia

1) GDS
2) Interact Scale (Interact during y Interact short)

No se han encontrado diferencias significativas en el humor, comportamiento y en parámetros biomédicos indiferentemente del uso de salas multisensoriales e intervenciones individuales.

Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial	Sánchez, A.	España, (2015)	Estudio transversal	N= 32	Comparar la eficacia del uso de las salas multisensoriales frente al uso de intervenciones individualizadas en el humor, comportamiento, estado cognitivo y la severidad de la demencia en personas con diagnóstico de demencia.	1) GDS 2) CMAI 3) NPI 4) CSDD 5) SMMSE 6) BANS-S	Se observó una mejora, tras el uso de salas multisensoriales frente a actividades individualizadas, en la reducción de la sintomatología asociada a la demencia, excepto en la agitación, en la que los resultados eran similares en ambas intervenciones.
Using an Accessible Room Multisensory Stimulation Environment to Reduce Dementia Associated Behaviors	Prince, D. M.	Estados Unidos, (2022)	Estudio de cohortes	N=24	Examinar si el uso de la sala multisensorial repercute en la sintomatología psicológica y comportamental de las personas con diagnóstico de demencia.	Medias mediante observación	

Contribuciones de la estimulación multisensorial (Snoezelen) en personas mayores con demencia	Solé, C.	España, (2019)	Estudio transversal	N=84	Conocer las contribuciones de la estimulación multisensorial en personas con un diagnóstico de demencia leve, moderado y grave.	1) BLESSED 2) CORNELL 3) HAMILTON 4) COHEN 5) QoL-AD 6) Hojas de registro de conducta	Se ha observado una mejora en los niveles de ansiedad en personas con diagnóstico de demencia leve, en personas con demencia avanzada no se observa mejoría.
--	----------	----------------	---------------------	------	---	--	--



8. 2. Valoración de la calidad de los estudios con Quality Assessment Tool

Quality Assessment Tool	Maseda, A. (2014)	Berkheimer, S. (2017)	Maseda, A. (2018)	Mitchell, A. (2015)	Maseda, A. (2014)	Sánchez, A. (2015)	Prince, D. M. (2022)	Solé, C. (2019)
Was the study described as randomized, a randomized trial, a randomized clinical trial, or an RCT?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
Was the method of randomization adequate (i.e., use of randomly generated assignment)?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
Was the treatment allocation concealed (so that assignments could not be predicted)?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Were study participants and providers blinded to treatment group assignment?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO
Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' group assignments?	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	NO
Were the groups similar at baseline on important	NA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

characteristics that could affect outcomes (e.g., demographics, risk factors, co-morbid conditions)?								
Was the overall drop-out rate from the study at endpoint 20% or lower of the number allocated to treatment?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Was the differential drop-out rate (between treatment groups) at endpoint 15 percentage points or lower?	SÍ							
Was there high adherence to the intervention protocols for each treatment group?	SÍ							
Were other interventions avoided or similar in the groups (e.g., similar background treatments)?	SÍ							
Were outcomes assessed using valid and reliable measures, implemented consistently across all study participants?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NA	SÍ

Did the authors report that the sample size was sufficiently large to be able to detect a difference in the main outcome between groups with at least 80% power?	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Were outcomes reported or subgroups analyzed prespecified (i.e., identified before analyses were conducted)?	SÍ							
Were all randomized participants analyzed in the group to which they were originally assigned, i.e., did they use an intention-to-treat analysis?	SÍ	SÍ	NA	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ

8. 3. Valoración semicuantitativa de acuerdo con el Quality Assessment Tool

	Maseda, A. (2014)	Berkheimer, S. (2017)	Maseda, A. (2018)	Mitchell, A. (2015)	Maseda, A. (2014)	Sánchez, A. (2015)	Prince, D. M. (2022)	Solé, D. (2019)	C.
Valoración general	Regular	Pobre	Pobre	Pobre	Regular	Bueno	Pobre	Pobre	
Importancia del riesgo de sesgo	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	
Explicación del sesgo	No incluye información demográfica ni diferencia a los participantes por sexo. Tampoco da información del tipo de demencia con el que está diagnosticada la muestra.	No incluye información demográfica ni diferencia a los participantes por sexo. Tampoco da información del tipo de demencia con el que está diagnosticada la muestra. No tiene grupo control y la muestra es pequeña.	No incluye información demográfica ni diferencia a los participantes por sexo. No aporta información sobre el tipo de demencia con el que está diagnosticada la muestra.	No hay un grupo control.	No incluye información demográfica ni diferencia a los participantes por sexo. Tampoco da información del tipo de demencia con el que está diagnosticada la muestra.	No incluye información demográfica ni diferencia a los participantes por sexo. Tampoco da información del tipo de demencia con el que está diagnosticada la muestra.	La valoración se realiza de forma observacional	Los investigadores no están cegados	

8. 4. Clasificación de la calidad de los estudios según Quality Assessment Tool

Estudio	Puntuación QATool	Riesgo de sesgo	Puntuación ponderada
Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People with Dementia Diagnosis: A Controlled Longitudinal Trial	Regular	Medio	7
Snorezen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients with Dementia: A Pilot Study	Pobre	Medio	3
Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior, and Biomedical Parameters	Pobre	Medio	3
Nonpharmacological Therapeutic Techniques to Decrease Agitation in Geriatric psychiatric patients with dementia	Pobre	Alto	4
Multisensory Stimulation on Mood Behavior, and Biomedical Parameters in People with Dementia: Is it More Effective Than Conventional One-to-One Stimulation?	Regular	Medio	7
Multisensory Stimulation as an Intervention Strategy for Elderly Patients with Severe Dementia: A Pilot Randomized Controlled Trial	Bueno	Medio	11
Using an Accessible Room Multisensory Stimulation Environment to Reduce Dementia Associated Behaviors	Pobre	Alto	4
Contribuciones de la estimulación multisensorial (Snorezen) en personas mayores con demencia	Pobre	Alto	4

8. 5. Informe de evaluación de investigación responsable



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 17/07/2024

Nombre del tutor/a	Esther Sitges Maciá
Nombre del alumno/a	MARIA TAUSTE FRANCÉS
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Efectos del uso de la terapia multisensorial en conductas agresivas en personas con demencia. Una revisión sistemática.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240713025527
Código de autorización COIR	TFM.MPG.ESM.MTF.240713
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Efectos del uso de la terapia multisensorial en conductas agresivas en personas con demencia. Una revisión sistemática.** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



COMITE DE ETICA E INTEGRIDAD EN LA
INVESTIGACIÓN

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
TRANSFERENCIA UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNÁNDEZ DE ELCHE

Página 2 de 2