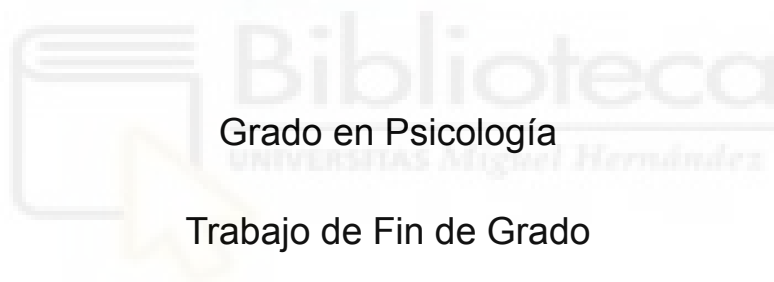




UNIVERSITAS
Miguel Hernández



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria extraordinaria

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Plan de intervención emocional para personas con demencia y sus familiares en los primeros 6 meses de estancia en residencia

Autora: Inés Hurtado Hernández

Tutora: Nieves Erades Pérez

Elche, julio de 2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. <i>Demencia</i>	7
2.2. <i>Consecuencias emocionales de la demencia</i>	8
2.3. <i>Duelo y carga del cuidador</i>	8
2.4. <i>Intervenciones de Atención Centrada en la Persona (ACP) en la demencia</i>	8
2.5. <i>Intervenciones para los familiares</i>	9
3. OBJETIVOS.....	9
4. MÉTODO.....	10
4.1. <i>Población diana</i>	10
4.2. <i>Tipo de propuesta</i>	11
4.3. <i>Instrumentos de evaluación</i>	13
4.4. <i>Recursos necesarios</i>	14
5. INTERVENCIÓN PROPUESTA.....	15
5.1. <i>Técnicas terapéuticas incluidas en la intervención</i>	15
5.2. <i>Descripción de las sesiones</i>	16
5.2.1 <i>Sesión de evaluación pre-intervención</i>	16
5.2.2 <i>Sesión 1: “No estoy solo/a.”</i>	16
5.2.3 <i>Sesión 2: “Cuidarlos también es cuidarme.”</i>	17
5.2.4 <i>Sesión 3: “Un paseo juntos a través de nuestros recuerdos.”</i>	19
5.2.5 <i>Sesión 4: “Mi vida en canciones”</i>	20
5.2.6 <i>Sesión 5: “Vivir la pérdida para honrar el vínculo.”</i>	20
5.2.7 <i>Sesión 6: “¿Te acuerdas de...?”</i>	21
5.2.8 <i>Sesión de evaluación post intervención</i>	22
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	22
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
8. ANEXOS.....	29
Anexo 8.1 <i>Sesión 1. Tarjetas con pensamientos sobre el abandono</i>	29
Anexo 8.2 <i>Sesión 2. Kahoot “Mitos y Realidades sobre demencia”</i>	30
Anexo 8.3. <i>Sesión 2. “Tarjetas de compromiso”</i>	32
Anexo 8.4. <i>Sesión 6. “Tarjetas objeto favorito”</i>	33
Anexo 8.5 <i>Certificado COIR</i>	34
Anexo 8.6 <i>Certificado IRIU</i>	35

Resumen

En los últimos años se ha producido un descenso en la tasa de mortalidad y un aumento de la esperanza de vida, lo que ha ocasionado un incremento de la población envejecida y por ende, los trastornos neurodegenerativos han tomado gran relevancia en las últimas décadas. En concreto, la demencia se considera la séptima causa de muerte y una de las principales causas de dependencia y se origina por alteraciones en las células nerviosas que dañan el cerebro, afectando al comportamiento, estado de ánimo y motivación de la persona. Debido a la incierta proyección de la enfermedad y alta dependencia, los familiares desarrollan una sobrecarga del rol del cuidador y un duelo anticipado que genera sentimientos negativos (tristeza, culpa, miedo, impotencia). Es por ello que se realiza una propuesta de programa de intervención centrado en emociones en pacientes con demencia leve a moderada que hayan ingresado en un centro de ancianos recientemente y sus familiares con el objetivo de mejorar su bienestar psicológico y la calidad de vida utilizando un modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), incluyendo técnicas de Reminiscencia y Musicoterapia. Los resultados esperados para este programa son un aumento de la calidad de vida y bienestar emocional para pacientes y familiares y una disminución de la sobrecarga, duelo anticipado y sentimientos de culpa.

Palabras clave: propuesta de intervención, demencia, Terapia de Reminiscencia, Musicoterapia, Terapia de Aceptación y Compromiso



Abstract

In recent years, there has been a decrease in mortality rates and an increase in life expectancy, leading to a growth in the aging population, as a result, neurodegenerative disorders have gained great relevance in recent decades. Specifically, dementia is considered the seventh leading cause of death and one of the main causes of dependency. It is caused by damage to nerve cells that harm the brain, affecting a person's behavior, mood, and motivation. Due to the uncertain progression of the disease and the high level of dependency it entails, family members often experience caregiver burden and anticipatory grief, leading to negative emotions such as sadness, guilt, fear, and helplessness.

For this reason, an emotional intervention program is proposed for individuals with mild to moderate dementia who have recently been admitted to a nursing home, as well as for their family members. The goal is to improve their psychological well-being and quality of life through a Person-Centered Care (PCC) approach, incorporating techniques such as Reminiscence Therapy and Music Therapy. The expected outcomes of the program include an improvement in quality of life and emotional well-being for both patients and caregivers, along with a reduction in caregiver burden, anticipatory grief, and feelings of guilt.

Keywords: intervention proposal, dementia, emotional well-being, Reminiscence Therapy, Music Therapy



1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una acumulación de daños musculares y celulares que conlleva un declive de las capacidades físicas y cognitivas y constituye un mayor riesgo de enfermedad (WHO, 2024). En los últimos años se ha observado, a nivel mundial, un descenso en la tasa de mortalidad y un aumento de la esperanza de vida. Esto es debido a mejoras en la calidad de vida, relacionadas con el aumento del nivel socioeconómico y los avances tecnológicos y sanitarios, como por ejemplo, el desarrollo de la medicina preventiva, que ha permitido realizar diagnósticos tempranos y tratamientos efectivos de enfermedades (Ocampo-Chaparro et al., 2021).

Diversos estudios han demostrado que un envejecimiento saludable se relaciona con una disminución de ciertas capacidades funcionales y cognitivas como la memoria, la capacidad visoespacial, velocidad de procesamiento, entre otras. Sin embargo, cuando el anciano comienza a desarrollar enfermedades mayormente relacionadas con la edad, como puede ser la demencia, se considera un envejecimiento patológico ya que el mantenimiento de su calidad de vida comienza a centrarse en recuperar o ralentizar la progresión de la enfermedad y el daño de sus funciones, manteniendo la independencia del individuo (Díaz-Guerra, y Hernández-Lugo, 2023).

Aunque las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, Parkinson y Huntington tienen una naturaleza muy diversa, estudios recientes las relacionan entre ellas por presentar un origen multifactorial, un desarrollo progresivo y una relación estrecha con el envejecimiento. La etiología de estas enfermedades neurodegenerativas se ha relacionado, causa-efecto en estudios in vitro o in vivo, con factores ambientales como la exposición a metales, disolventes, pesticidas y contaminantes ambientales. Asimismo, a nivel fisiopatológico, el estrés oxidativo, alteración de la proteostasis y neuroinflamación afectan al funcionamiento de las neuronas provocando un fracaso funcional y fisiológico que concluye en sus casos más avanzados en una muerte celular (Louzado y Martín-Cámara, 2023). En concreto, los trastornos que afectan al cerebro obtienen una repercusión considerable, como es el caso de la demencia (Outeiro, 2024), considerada la séptima causa de muerte y una de las primeras causas de discapacidad y dependencia en el mundo, lo que la convierte en un trastorno neurológico susceptible de recibir Cuidados Paliativos (CP) (WHO, 2025).

La enfermedad del Alzheimer (EA) se reconoce como una de las formas más comunes de demencia y aunque su etiología es incierta se relaciona con alteraciones de la proteína tau y del péptido A β . Las dos principales hipótesis sobre el desarrollo de la EA son por un lado, la hiperfosforilación de la proteína tau que de normal se encuentra en los axones de las neuronas y su malformación conlleva ovillos neurofibrilares y muerte celular y, por otro lado, la hipótesis amiloide que consiste en una acumulación de placas A β , responsables del desequilibrio de la producción y eliminación del péptido A β , que en caso negativo de tratamiento produce una evolución acelerada de la enfermedad (Suárez y Ordóñez., 2023).

En este contexto, la sintomatología y el deterioro funcional propios de personas con demencia se empieza a manifestar en los primeros estadios de la enfermedad, sin embargo, pronosticar la esperanza de vida en estos casos suele ser complejo por la heterogeneidad de las causas y la variabilidad entre cada paciente. Además, cabe destacar que en estos casos no suele ser el factor determinante de la muerte, aunque sí del deterioro; en la mayoría de casos el detonante son infecciones o procesos intercurrentes que son difíciles de predecir y son determinantes en el fallecimiento del adulto mayor (Ocampo-Chaparro et al., 2021).

En la misma línea, al no ser la demencia la causa directa de la muerte, se pueden desencadenar faltas de atención especializadas ya que, resulta difícil identificarla como una causa limitante de la vida en la práctica clínica. Teniendo en cuenta los factores anteriormente expuestos, esta se convierte en un problema de interés con el fin de mejorar la calidad de vida de los que lo sufren y sus acompañantes. Para ello, es necesario identificar cuando un paciente está muriendo de forma activa, para así comenzar las intervenciones pertinentes que incluyen cuidados paliativos. Por ello, se realizan evaluaciones tempranas para localizar y detectar las necesidades físicas, psicosociales y espirituales (Browne et al., 2021).

Los CP fueron creados por Cicely Saunders en los años 60 bajo una nueva filosofía sobre los cuidados al final de la vida, estos se caracterizaban por un buen control de los síntomas que padeciera el paciente, su acompañamiento a nivel emocional, social y espiritual y una adecuada comunicación, todo esto para garantizar que se mantuviera, en la medida de lo posible, una calidad de vida adecuada y en un nivel óptimo tanto para la persona que se encuentra en CP como para sus familiares (Rodríguez et al., 2017).

Estos se extienden desde personas que tienen un pronóstico avanzado de un límite de 6 meses, hasta pacientes en los que no se estima una muerte cercana pero sí un mal pronóstico. En ellos se presentan medidas bio-psico-sociales donde su función más importante es la prevención y alivio del sufrimiento y no tanto la curación de dicha enfermedad (Rodríguez et al., 2017; Ocampo-Chaparro et al., 2021).

Según la evidencia científica, las personas que presentan un diagnóstico de demencia comienzan con inquietudes emocionales y espirituales relacionadas con el estigma de la enfermedad, pérdida de estatus social, incertidumbre sobre el futuro y el deterioro de sus funciones cognitivas y físicas, lo que genera un sentimiento de angustia y tristeza en el paciente. Si bien esta área se caracteriza por el control de los síntomas físicos y psicológicos, no se pueden pasar por alto las necesidades emocionales y espirituales que presenta el anciano conforme la demencia avanza. Además, se debe tener en cuenta la importancia del apoyo y atención a los cuidadores y/o familiares de la persona, que pueden experimentar un duelo anticipado sumado a sentimientos contradictorios de alivio y culpa (Timmons et al., 2022).

De ahí la importancia de intervenir emocionalmente en los pacientes con demencia que han ingresado recientemente en residencias y sus familiares, con la intención de mejorar su bienestar emocional y calidad de vida. Por lo tanto, el objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es desarrollar un plan de intervención, basado en la gestión emocional, dentro de

residencias de personas adultas mayores y orientados tanto al paciente con demencia como a su familia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Demencia

Según la OMS (2025) la demencia es un síndrome que se debe a una serie de enfermedades que comienzan a destruir las células nerviosas y dañar el cerebro, lo que ocasiona un deterioro cognitivo, habitualmente acompañado de alteraciones en el estado de ánimo, el control emocional, comportamiento o la motivación. Asimismo, la enfermedad tiene diferentes consecuencias físicas, psicosociales y económicas tanto para ellos como sus familiares/cuidadores.

En 2021 se registraron 57 millones de personas en el mundo que vivían con demencia, siendo más del 60% provenientes de países de ingreso mediano y bajo. Esta enfermedad se sitúa como la séptima causa de muerte y una de las principales causas de dependencia, constituyen 1,8 millones de muertes a nivel mundial y afecta de manera desproporcionada a mujeres, siendo el 68% de las defunciones por Alzheimer y otras demencias. Se estima que la prevalencia de la demencia va desde 4,6% en Europa Central al 8,7% en África del Norte y el Medio Este (OMS, 2025; Remacha, 2023).

Existen diferentes tipos de demencia, el más conocido por la mayoría de las personas es el Alzheimer pero, también hay otras formas comunes como pueden ser la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal, demencia por un accidente cerebrovascular o por infecciones como el VIH, el consumo nocivo de alcohol, traumatismos cerebrales repetidos (encefalopatía traumática crónica), o déficits nutricionales (OMS, 2025).

La demencia tiene un carácter crónico y progresivo que en la mayoría de sus casos es irreversible, aunque bien es progresivo, la trayectoria se considera impredecible ya que la etapa avanzada puede durar varios años lo que la hace susceptible de no recibir cuidados paliativos (Browne et al.,2021).

2.2. Consecuencias emocionales de la demencia

El impacto emocional que pueden experimentar los pacientes de demencia al ser informados del diagnóstico suele incluir emociones negativas, sentimientos de depresión y ansiedad o nerviosismo, tristeza, shock, entre otras ya que, suele ser un acontecimiento con mucha carga emocional, caracterizada por una redefinición de la identidad tanto suya como de sus cuidadores. Además, los pacientes experimentan, en la mayoría de los casos, una conciencia del declive de sus funciones cognitivas (resolver problemas, tomar decisiones, seguir conversaciones) y funcionales (dificultades para realizar tareas que antes hacían, comer, vestirse) (Huang, 2023).

En el área social, las relaciones interpersonales pueden verse afectadas ya que en muchas ocasiones difieren con los demás en la visión de los acontecimientos, temen el estigma asociado al diagnóstico o pueden sentir frustración por las decisiones que se tomen por él, como dejar de conducir o tener que delegar responsabilidades a los demás (De Boer et al.,

2007) y en casos más avanzados, el deterioro progresivo puede derivar en aislamiento social, lo que agrava el sentimiento de incapacidad y limitación (Huang, 2023).

Por otro lado, en la evaluación y atención del paciente, muchos expresan que prefieren que se les informe al completo sobre su diagnóstico, aunque pueda ser devastador, muchos pacientes disfrutan de la atención en los centros de día y las actividades que se realizan pero algunos las pueden sentir como poco estimulantes o por el contrario, que siempre se les expone a lo que no pueden hacer.

En términos generales, se asocia la capacidad de participar en actividades, una fuerte red social, mantener un sentimiento de pertenencia, sentirse útiles y maximizar su autonomía como objetivos claves para conservar una calidad de vida adecuada (De Boer et al., 2007).

2.3. Duelo y carga del cuidador

Por otro lado, se debe tener en cuenta la carga y el duelo anticipatorio que soporta el cuidador de la persona con demencia, que usualmente es el hijo/a o cónyuge, éste asume la responsabilidad sobre el familiar para atender y cuidar de sus necesidades hasta el fin de sus días. Es por ello, que conforme avanza la enfermedad, se refiere una carga tanto física, emocional y económica creciente para el cuidador. Debido a que la demencia es una de las enfermedades que más dependencia sufren, en muchas ocasiones el cuidado provoca sentimientos de tristeza, frustración, culpa y ansiedad, lo que empeora gravemente la calidad de vida del cuidador (Byeon, 2020).

Revisiones sistemáticas relacionadas con el duelo de cuidadores familiares (Crawley, 2023) y el efecto de la intervención centrada en el duelo (Byeon, 2020) concluyen que factores como el apoyo social y la reducción de la carga del cuidador mejoran la calidad de vida, sin embargo, en ambos estudios determinan la evidencia de los resultados muy incierta y poco significativa debido a la falta de estudios que cumplan los criterios de inclusión.

En contraposición, otros estudios más actualizados sobre el duelo anticipatorio o duelo previo a la muerte indican que existe una relación positiva entre la carga del cuidador y el duelo anticipatorio (Perez-González, 2024), los componentes que destacan en dicha carga son los cambios en la vida personal del cuidador, la relación familiar con el enfermo y su propia percepción de competencia. En relación a las estrategias de afrontamiento, utilizar estrategias centradas en el problema y en las emociones disminuyen los niveles de padecer un duelo prolongado en el cuidador, excepto la evitación, la negación o el abuso de sustancias (Wangliu, 2025). Ambos destacan la importancia de una intervención centrada en el duelo y en estrategias de afrontamiento, red de apoyo positiva, expresión emocional y autoeficacia.

2.4. Intervenciones de Atención Centrada en la Persona (ACP) en la demencia

En lo que respecta a las intervenciones en la demencia, destaca el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP) ya que se centra en comprender los valores y preferencias del individuo para guiar la atención proporcionada. Según Brooker (2013) define la ACP en cuatro áreas imprescindibles, en primer lugar un conjunto de valores de toda vida humana; segundo, un enfoque individualizado para cada persona; tercero, interpretar el mundo desde

la perspectiva del usuario y la última área, proporcionar un entorno social que satisfaga las necesidades psicológicas. Solamente se proporciona la ACP cuando estos cuatro factores se encuentran presentes para el cuidado de la persona.

Algunas intervenciones han mostrado resultados positivos en la mejora de la ACP. La Terapia de Reminiscencia (TR), como se puede observar en el estudio experimental realizado por Cano et al. (2023), demostró un incremento en la calidad de vida y una mejora de la fluidez verbal de los participantes con demencia en etapa temprana y deterioro cognitivo leve (DCL) en entorno residencial.

También, Reschke-Hernández et al. (2023) realizaron un ensayo cruzado aleatorizado donde comparaban el canto con la discusión verbal, en sus resultados se observa cómo los pacientes que recibieron musicoterapia obtuvieron efectos positivos en sus sentimientos, emociones e interacción social especialmente con las personas que padecían una demencia moderada.

Por otro lado, Tonga et al. (2021) evaluó la eficacia y viabilidad del programa CORDIAL que constaba de intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), rehabilitación cognitiva y reminiscencia para pacientes con demencia, se pudo observar una reducción significativa de los síntomas depresivos en comparación con los del grupo control.

2.5. Intervenciones para los familiares

En relación a las intervenciones para cuidadores Han et al. (2025) realizó un ensayo piloto de un programa de terapia de aceptación y comprensión (ACT) por videoconferencia el cual mostró resultados significativos en la disminución de síntomas depresivos, carga del cuidador, duelo previo a la muerte y una mejora de la calidad de vida psicológica.

Otro estudio (Gomez, 2024), realizó un diseño cuasiexperimental para evaluar la eficacia de un programa de ACT para cuidadores informales en un entorno rural, el cual obtuvo una reducción significativa del sentimiento de culpa, evitación experiencial, sobrecarga y depresión, entre otras.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de intervención basado en la Atención Centrada en la Persona (ACP), añadiendo elementos de diferentes técnicas, como la Terapia de Reminiscencia o la Musicoterapia para mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas con demencia en fase temprana, con un ingreso reciente en residencias, y de sus familiares.

Objetivos específicos - pacientes

- Promover el bienestar emocional y la calidad de vida a través de intervenciones terapéuticas personalizadas, incluyendo elementos de Terapia de Reminiscencia, Musicoterapia, estimulación cognitiva y técnicas cognitivo conductuales.

- Reforzar la identidad personal, la autoestima y la percepción de autonomía mediante el trabajo con la memoria autobiográfica y la participación activa en actividades significativas.
- Facilitar la adquisición de estrategias de afrontamiento que ayuden a gestionar el impacto emocional asociado a la progresión de la enfermedad

Objetivos específicos - cuidadores.

- Reducir la sobrecarga emocional y los sentimientos de culpa en los cuidadores mediante la aplicación de estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).
- Ofrecer herramientas psicológicas para la gestión de duelo anticipado y la adaptación emocional al proceso de la enfermedad del familiar con demencia y su ingreso en residencia.

4. MÉTODO

4.1 Población diana

Este programa está dirigido a personas que se encuentran en una fase temprana o intermedia de demencia y que, tras haber sido cuidadas por un familiar en el hogar, han ingresado en una residencia en los últimos seis meses. Se ha elegido dicha población debido a diversos factores, uno de ellos se debe a que realizar un programa dirigido a personas que aún conservan ciertas capacidades cognitivas y comunicativas facilita la implementación de intervenciones que sean beneficiosas y tengan un efecto significativo en los receptores del programa.

Por otro lado, se considera beneficioso tanto para las personas con demencia como para sus familiares que se enfrentan a un evento vulnerable como es la decisión de ingresar a un centro residencial, actuar de forma preventiva en sentimientos de abandono, duelo, culpa, tristeza, con tal de acompañar de forma activa en este periodo de cambio para ambos.

Los criterios de inclusión para este programa son los siguientes:

Paciente:

- Edad igual o mayor de 65 años.
- Diagnóstico de demencia en etapa temprana o intermedia y que presente una puntuación entre 16-24 puntos en Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo) y una puntuación en la Escala GDS (Global Deterioration Scale) de 3 a 4.
- Residir en una residencia para ancianos desde hace 6 meses o menos.
- Disponibilidad de al menos un familiar que haya sido su cuidador previamente y que pueda participar en el programa.

Cuidador:

- Haber sido cuidador de la persona con demencia previamente al ingreso en la residencia.
- Ser mayor de 18 años.

Por otro lado, los criterios de exclusión serían:

Paciente:

- Que presente un deterioro sensorial severo visual o auditivo que le impida realizar las actividades del programa de forma autónoma.
- Tener un trastorno mental diferente a la demencia que ocasione una distorsión cognitiva grave que no le permita participar en el estudio.

4.2 Tipo de propuesta

Se trata de un programa de intervención basado en ACP para personas con demencia que hayan ingresado recientemente en residencias para ancianos y sus familiares que consta de 8 sesiones. Las sesiones centradas en el paciente tendrán un máximo de 8 participantes por cada sesión grupal y en las sesiones centradas en los familiares podrán participar hasta 2 familiares por paciente (con un máximo de 8 participantes), con una duración comprendida entre una hora y 90 minutos, y comenzando estas a las 10:00h. Estas sesiones incluyen dos sesiones de evaluación, pre y post intervención. El programa se llevará a cabo en la residencia de para mayores DomusVi en Elche, ubicado en el barrio de Carrús. El cronograma de las sesiones que se va a seguir es el siguiente:

	L	M	X	J	V	S	D
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

	Sesiones de intervención
	Sesiones de evaluación

La siguiente tabla detalla el contenido principal de cada una de las sesiones que se llevarán a cabo:

Sesión	Actividad principal	Objetivo	Materiales	Receptor de la sesión

Sesión pre	Pasar las pruebas para realizar la evaluación y firmar el consentimiento para participar en el programa.	Registrar las puntuaciones de los participantes para poder realizar una evaluación de los resultados del programa.	Todos los cuestionarios impresos en papel y bolígrafo	Paciente y familiar
Sesión 1: "No estoy solo/a"	Exponer pensamientos y emociones negativas escritas en tarjetas en relación con el abandono, buscar reinterpretación y reformular tarjetas con oraciones más realistas?	Reducir el sentimiento de abandono utilizando Reestructuración Cognitiva y Validación Emocional	Cartulina (para hacer tarjetas) rotulador, tijeras	Paciente
Sesión 2: "Cuidarlos también es cuidarme."	Actividad introductoria para explicar la demencia, actividad "Mitos y Realidades sobre demencia" y exposición de sentimientos comunes y recurrentes de carácter negativo para trabajar la aceptación y validación del malestar.	Aumentar el conocimiento sobre la demencia a través de la psicoeducación y reducir la carga del cuidador mediante una ACT.	Bolígrafo o lápiz, goma de borrar, folios, proyector, móvil con acceso a internet.	Familiar
Sesión 3: "Un paseo juntos por nuestros recuerdos."	Realizar un álbum de fotos con fotos antiguas y actuales para evocar recuerdos positivos.	Reforzar el vínculo familiar - paciente mediante un ejercicio de reminiscencia sobre experiencias pasadas que se hayan vivido en familia.	Álbum de fotos vacío, fotos antiguas y actuales, rotulador permanente.	Paciente y familiar
Sesión 4: "Mi vida en canciones."	Con un equipo de música reproducir canciones de su época y analizar los recuerdos que evocan.	Reducir la ansiedad y estimular la memoria autobiográfica mejorando su identidad y autoestima mediante una sesión de musicoterapia.	Reproductor de música,	Paciente

Sesión 5: "Vivir la pérdida para honrar el vínculo."	Introducir información sobre el duelo anticipatorio y realizar ejercicio para identificar sentimientos y dejar espacio para la expresión emocional (carta de despedida?)	Identificar sentimientos negativos de culpa, tristeza, ira relacionados con el duelo anticipatorio a la muerte y aportar herramientas de afrontamiento.	Bolígrafo o lápiz, goma de borrar y papel.	Familiar
Sesión 6: "¿Te acuerdas de..?"	Traer objetos u olores que evoquen recuerdos y qué pensamientos o emociones nos producen recordar dichas experiencias pasadas.	Facilitar la expresión emocional y comunicación intrafamiliar a través de un ejercicio de estimulación multisensorial y reminiscencia.	Objeto significativo para la familia (arena de la playa, prenda de vestir, colonia antigua, especias con las que cocinaba, etc.), bandeja, lápiz, papel, goma de borrar.	Paciente y familiar
Sesión post	Volver a pasar las mismas pruebas que se pasaron en la sesión pre.	Evaluar y comparar los resultados tras realizar el programa.	Todos los cuestionarios impresos a papel y bolígrafo.	Paciente y familiar

4.3 Instrumentos de evaluación

Para garantizar una evaluación rigurosa de la eficacia del plan de intervención, se emplearán diferentes instrumentos de medida validados que permitirán valorar los cambios en el bienestar emocional, la calidad de vida y otros aspectos relevantes tanto en las personas con demencia como en sus cuidadores. A continuación, se detallan los instrumentos seleccionados para la recogida de datos antes y después de la intervención:

Persona con diagnóstico de demencia:

- Medición de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con demencia (DEMQOL) (Smith et al., 2005): Se trata de un cuestionario de 28 ítems para medir la calidad de vida de las personas con demencia, se recomienda en pacientes con demencia leve a moderada.
- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC de Lobo): Se trata de una adaptación al español del Mini Mental State Examination (MMSE), esta prueba cuenta con una

puntuación final de 30 puntos; nos aporta información sobre la orientación temporal (año, estación, mes...) y espacial (país, provincia, población...), memoria inmediata y retención de la información, concentración y cálculo, lenguaje y construcción (nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo). El punto de corte establecido que determina un deterioro cognitivo leve se sitúa en 24 (Lobo et al., 1999).

- Escala GDS (Global Deterioration Scale): La escala GDS determina el deterioro de las funciones cognitivas y consta de 7 estadios en el que el estadio 1 indica una ausencia de alteración cognitiva y la 7 un defecto cognitivo muy grande (Reisberg et al., 1982).

Familiares:

- Medición de la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con demencia (C-DEMQOL) (Brown et al, 2019): Es un cuestionario para evaluar la calidad de vida del cuidador de la persona con demencia, consta de 30 ítems con 5 opciones de respuesta variables en el continuo de la calidad de vida.
- Cuestionario de culpabilidad del cuidador (CGQ): Es un cuestionario que se utiliza para evaluar el sentimiento de culpa en los cuidadores, consta de 22 ítems que se dividen en 5 factores: sentimientos de culpa por haber hecho algún mal a los receptores de los cuidados, el autocuidado, por haber descuidado a otros familiares, por no estar a la altura del cuidado y por experimentar sentimientos negativos hacia los demás (Losada et al., 2010).
- Escala de duelo del cuidador (CGS): La Escala CGS se compone de 11 ítems en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) donde se evalúa el duelo anticipatorio de los cuidadores a la muerte de su familiar mayor. Esta escala identifica 4 factores que son dolor emocional, pérdida absoluta, pérdida relacional y aceptación de la pérdida (Meichsner et al., 2016).

4.4 Recursos necesarios

- Recursos humanos. Para la implementación de este programa se requeriría la participación de diversos profesionales: dos profesionales de la psicología para llevar a cabo las intervenciones psicológicas y emocionales; una persona terapeuta ocupacional para coordinar los talleres de musicoterapia y estimulación multisensorial; y una persona animadora sociocultural encargada de dinamizar los talleres grupales.
- Recursos materiales. Para poder realizar el programa se necesitarán las pruebas que se van a pasar a cada usuario impresas en papel, sillas, mesas, bolígrafo, lápices, rotuladores, goma de borrar, folios, tarjetas de cartulina, ordenador con conexión a internet, altavoces (o un reproductor musical), álbum de fotos, objetos significativos para la persona (arena de la playa, colonia, prendas de vestir, objeto de decoración).

- Recursos espaciales. Salas privadas dentro del centro que se encuentren en un entorno relajado, sin distracciones, que sean de fácil acceso para la persona mayor y que presente una buena iluminación.

5. INTERVENCIÓN PROPUESTA

5.1 Técnicas terapéuticas incluidas en la intervención

- Terapia de reminiscencia

La terapia de reminiscencia fue iniciada por Butler (1974) como una terapia no farmacológica que se centra en el recuerdo y recuperación de experiencias vividas en el pasado ya sean positivas o negativas. Esta técnica tiene un carácter terapéutico que permite dar un nuevo significado a experiencias que no hayan sido resueltas en el pasado. Ayuda a trabajar la memoria lejana, recuperación y búsqueda de la información.

- Estimulación multisensorial

Aunque la Estimulación Multisensorial se ha asociado tradicionalmente al uso de salas especialmente diseñadas para ello (Salas de Relajación o Salas SNOEZELEN), los beneficios terapéuticos de este enfoque no dependen exclusivamente del entorno físico, sino de la calidad de los estímulos sensoriales, su adecuación a la persona y el contexto en el que se aplican. En este programa, la estimulación multisensorial se llevará a cabo en espacios adaptados, utilizando materiales sencillos pero significativos, seleccionados en función de las preferencias, recuerdos y necesidades individuales de cada persona. El objetivo es activar diferentes canales sensoriales (vista, olfato, gusto, tacto y oído) en un ambiente tranquilo, seguro y emocionalmente positivo, favoreciendo así la relajación, la comunicación y el bienestar emocional, sin necesidad de contar con una sala multisensorial especializada.

- TCC (reestructuración cognitiva, validación emocional y psicoeducación)

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), desarrollada por Beck (1976), se basa en la reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales y en la modificación de los procesos de pensamiento que generan malestar psicológico. A través de técnicas como la reestructuración cognitiva, la validación emocional y la psicoeducación, se busca aliviar la carga emocional de las personas y mejorar su adaptación a las circunstancias que enfrentan.

- Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) forma parte de las terapias de tercera generación y se basa en un marco global sobre ventajas y desventajas sobre la condición humana. Parte de un modelo funcional conocido como la Teoría del Marco Relacional. Utiliza técnicas como las metáforas, paradojas, clarificación de valores, mindfulness, técnicas de defusión que ayudan a que la persona conecte y acepte sus emociones, pensamientos y sentimientos aunque estas generen malestar (Luciano y Valdivia, 2006).

- Musicoterapia

La musicoterapia es una terapia no farmacológica que ha obtenido resultados significativos de mejora en la cognición y conducta. Esta técnica se caracteriza por utilizar la música ya sea crearla, seguir ritmos, bailar o simplemente escucharla para mejorar aspectos del aprendizaje, comunicación, condición física y mental (Gallego y García, 2016).

5.2 Descripción de las sesiones

5.2.1 Sesión de evaluación pre-intervención

Una vez obtenidos los consentimientos informados y firmados de todas las personas participantes, se procederá a la administración de las pruebas necesarias para llevar a cabo la evaluación inicial del programa. Para esta sesión se habilitarán dos salas diferenciadas, equipadas con sillas y mesas individuales para cada participante. Una de las salas estará destinada a las personas residentes y la otra a los familiares. La duración estimada de la sesión será de 90 minutos, aunque este tiempo podrá ampliarse en función de las necesidades individuales de cada persona, garantizando que todas las pruebas puedan completarse de manera cómoda y sin presión de tiempo.

5.2.2 Sesión 1: “No estoy solo/a.”

Esta sesión se realiza de forma individual y tendrá una duración de 60 minutos. En primer lugar se acompañará al sujeto a una sala habilitada para realizar la actividad, con un ambiente relajado y buena iluminación, también dispondrá de una mesa y las sillas correspondientes para las personas que van a intervenir en la sesión. Seguidamente nos presentamos a la persona con nuestro nombre y profesión: “Buenos días José, me presento, mi nombre es María y soy psicóloga.” y dejaremos que el receptor de la sesión se presente también. A continuación, explicaremos de forma breve en lo que va a consistir la sesión: “El taller que vamos a realizar hoy consiste en comentar momentos o situaciones en las que nos hemos podido sentir solos.”

Para la actividad se va a necesitar tarjetas hechas con cartulinas con frases sobre pensamientos catastróficos sobre el sentimiento de abandono con las que se puedan sentir identificados como, por ejemplo: “Se han olvidado de mí.” “Me han traído aquí porque no les importo.” “Soy una molestia.” “Me han abandonado.”. (Anexo 1). Estas cartas se disponen en la mesa de forma que el sujeto pueda leerlas todas y le pedimos que se quede con las que más se sienta identificado.

Una vez tengamos las frases con las que trabajar, realizaremos una pregunta de respuesta abierta para dar lugar al sujeto para expresarse emocionalmente. Validar las respuestas que nos aporte el sujeto sin juzgar.

- ¿Alguna vez te has sentido así? ¿Qué te hace pensar que eres una molestia?

Una vez la persona se haya expresado, debe escribir en una tarjeta la razón expresada de una forma breve (si necesita ayuda para formularla nosotros debemos ayudarlos). Seguidamente, cuando estén todas las respuestas escritas, comenzaremos con la técnica de Reestructuración Cognitiva, en la que el sujeto debe escribir alternativas más realistas a estos pensamientos catastróficos, por ejemplo, si la persona escribe en el papel: “Me tienen que ayudar a hacer algunas tareas y eso hace que siempre estén pendientes de mí.” una alternativa para ese pensamiento sería: “Aceptar ayuda de los demás no quiere decir que sea una molestia, todos necesitamos ayuda en alguna etapa de la vida, estoy aquí porque me merezco tener una atención de calidad y recibir compañía diaria.”

Por último, le pediremos al usuario recordar un momento en el que se haya sentido acompañado, puede ser por ejemplo, un paseo con un familiar, una visita de un familiar, una partida de dominó en el bar, etc.

Con este último ejercicio, agradeceremos la participación del sujeto en la sesión y seguidamente, realizaremos un acompañamiento al usuario al lugar de origen.

5.2.3 Sesión 2: *“Cuidarlos también es cuidarme.”*

Esta sesión está orientada para los familiares, tendrá carácter grupal y una duración de 90 minutos. En primer lugar, se acompañará a los familiares a la sala donde se va a llevar a cabo la sesión, está tendrá sillas dispuestas en círculo en caso de ser grupal y una enfrente de la otra con separación de una mesa en caso de ser individual, el número de sillas será correspondiente al número de personas que se encuentren en la sala.

Nos presentaremos como en la anterior sesión con nuestro nombre y profesión y dejaremos que se presente también y explicaremos en qué va a consistir la sesión de hoy: “Esta sesión está orientada a cuidar a los vuestros sin dejarlos de lado. No se trata de ignorar y reprimir las emociones que sentís, sino de reconocerlas y tratarlos a nosotros mismos con un poco más de cariño y compasión. Pero antes me gustaría ofreceros una breve explicación sobre la demencia y un juego de mitos y realidades.” A continuación, preguntaremos al grupo: “¿Qué sabéis sobre la demencia?”

Dejaremos que los participantes respondan libremente con la información que ya conozcan, después nosotros intervendremos: “La demencia no es una parte normal del envejecimiento y es considerada un trastorno neurodegenerativo que tiene un carácter progresivo e incierto. Esta enfermedad afecta a las células nerviosas y daña el cerebro, ocasionando un deterioro cognitivo, además de afectar al cerebro, también causa alteraciones en el estado de ánimo, el control emocional, en su comportamiento o su motivación. Es por eso que en muchas ocasiones pensamos que la persona “no quiere” pero en muchas ocasiones esa persona “no puede” debido al avance de este trastorno.”

Después, se realizará un kahoot con el ejercicio de mitos y verdades (Anexo 2) con las siguientes afirmaciones:

- La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento

Mito. La demencia está producida por daños en las células nerviosas y daña el cerebro, por lo tanto no es un proceso normal del envejecimiento.

- Las personas con demencia no se dan cuenta de que la tienen.

Mito. En etapas leves e intermedias las personas con demencia todavía se dan cuenta de su deterioro cognitivo, lo que en la mayoría de los casos genera frustración y malestar.

- La demencia es un trastorno neurodegenerativo que no tiene cura.

Realidad.

- Los cambios en el comportamiento y estado de ánimo forman parte de la demencia.

Realidad. Las alteraciones en el comportamiento y estado de ánimo se ven influidas por la enfermedad, al ser dañadas partes del cerebro.

- Si mi familiar se acuerda de cosas que han pasado hace 50 años, es imposible que tenga demencia.

Mito. En algunos casos de demencia, la persona puede no recordar lo que ha hecho recientemente pero sí recuerdos de hace tiempo, esto es debido a que son recuerdos consolidados que forman parte de la memoria lejana y no se pierden hasta etapas avanzadas de la enfermedad.

Una vez se hayan explicado los mitos y realidades, seguiremos con el ejercicio centrado en ACT.

A continuación, lanzaremos una pregunta al aire: “¿Qué emociones sentís de forma recurrente como cuidadores de vuestro familiar con demencia?”

Después de realizar la pregunta, cada persona debe mencionar una emoción diferente (tristeza, culpa, rabia, impotencia...) la intención de este ejercicio es escuchar y validar estas emociones, no se debe crear ningún debate a partir de estas respuestas.

Seguidamente, realizamos una psicoeducación breve sobre el principio de aceptación: “Todas las emociones que acabáis de mencionar son válidas, forman parte de la situación que estáis viviendo como cuidadores. A veces, sentimos que no está bien experimentar enfado, tristeza, impotencia porque son familiares a los que queremos, que se encuentran en una situación de dependencia y necesitan nuestra atención. Sin embargo, estas emociones no son el problema. El problema es tratar de evitarlas o huir de ellas o sentirnos culpables por tenerlas. Es cierto que cada uno no elige cómo se siente, pero sí que podemos elegir cómo respondemos a lo que sentimos. Luchar contra una emoción o pensamiento como “no debería sentir esto”, “soy mal hijo/a por pensar así” solo nos genera más sufrimiento y culpabilidad. La aceptación busca abrirse a la experiencia emocional que genera dicho pensamiento o emoción y simplemente “dejarla estar”.”

A continuación, realizaremos un pequeño ejercicio de defusión cognitiva en el que le pediremos a los participantes que escriban estos pensamientos que han tenido

anteriormente y se imaginen estos pensamientos como si fueran hojas de un árbol que son arrastradas por la corriente del río, donde simplemente, las dejamos ir y observamos cómo cada vez se distancian más y se hacen más pequeñas hasta que las perdemos de vista. La intención de este ejercicio es que sean capaces de desprenderse de estos pensamientos y actuar de una forma más objetiva, consciente y analítica.

Después, se reorientará la sesión hacia una clarificación de valores con preguntas como:

- “¿Qué recuerdos o vivencias con dicha persona valoras más?”
- “¿Qué es lo que destacarías en ti como cuidador/a?”
- “¿Qué valores personales destacarías de tu forma de cuidar?”

Estas preguntas se realizan al grupo de forma verbal para que respondan por turno de palabra y expongan su respuesta.

Por último, se repartirán unas tarjetas dónde cada participante debe de elegir una de las opciones de oraciones que se presentan y completarla (Anexo 3).

- “Hoy me comprometo a...”
- “Me permito sentir... sin juzgarme.”

Una vez terminada la actividad, se pone fin a la sesión, agradeciendo la asistencia y participación de cada uno de ellos.

5.2.4 Sesión 3: *“Un paseo juntos a través de nuestros recuerdos.”*

Esta sesión está orientada para realizarla de forma individual cada paciente con su familiar y tendrá una duración de 60 minutos. Recibiremos a la familia y los acompañaremos a la sala donde se realizará la sesión, deberá disponer de una mesa y de sillas suficientes para los participantes y profesionales que vayan a participar en la sesión. Para poder realizar esta actividad se necesita comunicar a las familias, con tiempo, que deben traer fotografías antiguas y recientes que se tengan con el familiar y que les traigan buenos recuerdos. Si es necesario, volveremos a recordar nuestro nombre y profesión. A continuación, explicaremos en qué va a consistir la actividad: “Hoy recordaremos momentos bonitos e importantes que hayáis vivido juntos y los pondremos en este álbum que os hemos traído para vosotros.”

Seguidamente, comenzaremos a comentar las fotografías y realizaremos preguntas abiertas para dar pie a un diálogo entre paciente y familiar como “¿Quién aparece en esta foto?”, “¿Qué recuerdas de ese día?”, “¿Qué sentimiento te produce esta foto?”. Únicamente se comentarán las fotos que le parezcan más significativas a las familias.

Después, se realizará una conversación guiada en la que deben resaltar aspectos positivos del otro con preguntas como “¿Qué aspecto admiras de tu familiar?”, “¿Qué momento que haya aparecido o no en las imágenes recuerdas con más cariño?” A continuación, se comenzarán a ordenar y pegar en el álbum las fotos por orden cronológico (realizarlo de forma intuitiva y orientativa, no es importante si no concuerda alguna foto con la línea temporal ya que el objetivo de esta actividad es reforzar el vínculo y trabajar la recuperación de recuerdos, no se busca crear frustración en la persona con demencia). Con el rotulador permanente se puede escribir alguna frase conmemorativa como “Nuestro primer viaje en familia”, “Las Bodas de oro de papá y mamá”, “La graduación de nuestro hijo/a”, etc.

Una vez terminado el álbum, se dejará un tiempo de unos 10 minutos para que las personas participantes puedan compartir cómo se han sentido durante la actividad y expresar, si lo desean, su gratitud o emociones.

Después, se les explicará:

“Este álbum que habéis creado, lleno de recuerdos y momentos importantes de vuestra vida, os acompañará a partir de ahora en esta nueva etapa. Queremos que cada vez que lo miréis, os recuerde todo lo vivido, lo compartido y los momentos felices con las personas que han formado parte de vuestra historia.”

Finalmente, se dará por finalizada la sesión y se agradecerá la participación de cada persona.

5.2.5 Sesión 4: “Mi vida en canciones”

Esta sesión se realizará de forma grupal y está orientada para el familiar con demencia, tendrá una duración de 90 minutos. Acompañaremos a los residentes a la sala donde se va a realizar la sesión, que tendrá las sillas correspondientes al número de participantes que se presentan, en caso de actividad grupal, se dispondrán en forma de “U”. A continuación, si es necesario nos presentaremos como en las sesiones anteriores y daremos espacio a los participantes para que se presenten unos con otros. Asimismo, comenzaremos la sesión con una breve introducción de la actividad que se va a realizar: “Bienvenidos en esta sesión recordaremos la música que escuchábamos cuando éramos jóvenes y los recuerdos a los que nos transportan a cada una de ellas. Lanzo una pregunta al aire, ¿cuál es vuestro cantante favorito?”

En ese momento, se realizará una ronda de respuestas en la que cada participante deberá de contestar a la pregunta. Seguidamente, se reproducirán canciones de los artistas que hayan mencionado animando a cantar y recordar la letra y ritmo de esas canciones. Tras cada canción, pediremos a los participantes que expresen las emociones que les transmiten esas canciones (nostalgia, alegría, entusiasmo...) y a qué momento de su vida le transmite esa canción, puede ser un viaje en coche, una salida con amigos, pareja, familia, un concierto, etc. (ofrecer estos ejemplos).

Cuando cada participante haya tenido su espacio para expresar sus sentimientos y recuerdos evocados, daremos la opción de repetir una canción que tenga un ritmo relajado para seguir con el cierre de la sesión, recomendaremos cerrar los ojos o bajar la mirada con la intención de que los participantes se relajen. Una vez la canción haya terminado, daremos por terminada la sesión y agradeceremos la asistencia y participación de cada uno de los sujetos.

5.2.6 Sesión 5: “Vivir la pérdida para honrar el vínculo.”

Esta sesión está orientada a los familiares y tendrá un carácter grupal, consta de los mismos recursos materiales y espaciales que la “Sesión 2”.

A continuación, explicaremos en que va a consistir la sesión e introduciremos una breve psicoeducación sobre el concepto de duelo anticipatorio: “Esta sesión se realiza con la intención de aprender una forma más benevolente de llevar los pensamientos y emociones que os acompañan en el duelo que estáis atravesando. Y quizás os preguntaréis: ¿si mi familiar sigue con vida, es posible que ya esté sufriendo su muerte? Es cierto que el duelo no comienza con la muerte, si no que comienza cuando intuimos o sentimos que estamos perdiendo a la persona que queremos. A esto, le sumamos la incertidumbre que provoca la progresión de la demencia y la frustración que causa en los familiares esa pérdida de sus capacidades, tanto funcionales como cognitivas. Este concepto tiene el nombre de duelo anticipatorio y en muchos casos despierta emociones contradictorias de alivio y culpa, debido a que en ocasiones, pensamientos como “Ojalá este sufrimiento termine”, “Necesito descansar”, “Me sentiré más tranquilo cuando esto pase” van seguidos de un gran sentimiento de culpa ya que asocia al alivio el pensar en la muerte del ser querido, cuando realmente se desea el fin de su sufrimiento.”

A continuación, se realizará una sesión de mindfulness con el objetivo de reconocer y aceptar estas emociones contradictorias. En primer lugar se pedirá a los participantes que cierren los ojos y se relajen centrándose en la respiración, como entra y sale el aire del cuerpo y les pediremos que se imaginen una escena que les transmita tranquilidad (la playa, un bosque, la montaña).

La intención de esta sesión es que la persona pueda “permitirse convivir con la emoción” sin intentar evadirla ni reprimirla. “¿Qué emoción os suscita cuando pensáis en la falta de vuestro familiar?” Una vez la persona tenga presente dicha emoción, guiaremos la intervención con: “Vamos a intentar convivir con la emoción, no la evitamos ni intentamos que desaparezca, solo permanecemos con ella. Los pensamientos van y vienen y no debemos juzgarlos ni intentar cambiarlos.

A continuación, volveremos a centrarnos en la respiración y conduciremos al cierre de la sesión comunicando que ya pueden abrir los ojos. Seguidamente, realizaremos una pregunta sobre sus sensaciones hacia la sesión, si les ha gustado, aportaciones, opiniones, etc. Por último, agradecemos su participación y asistencia y realizaremos acompañamiento si es necesario.

5.2.7 Sesión 6: “¿Te acuerdas de...?”

Esta sesión está orientada para cada paciente con su familiar de forma individual, tendrá una duración de 60 minutos. Recibiremos a la familia y los acompañaremos a la sala donde se realizará la sesión, esta deberá tener los mismos recursos materiales y espaciales de la Sesión 3. Para la realización de esta se debe haber avisado previamente a la familia de traer objetos que activen los sentidos y que sean significativos, es decir, que les recuerden a momentos o situaciones agradables y positivas vividas en familia. Una vez sentados en las sillas y dispuestos a comenzar, explicaremos la dinámica de la actividad “Hoy vamos a despertar recuerdos juntos, con los objetos que habéis traído iremos uno a uno despertando los sentidos a través de texturas, olores o sabores que pueda tener cada uno de ellos.”

Pondremos todos los objetos sobre la bandeja que dejaremos encima de la mesa y pediremos a los participantes que cierren los ojos mientras nosotros cambiamos de posición los objetos para que no puedan memorizar su lugar. Seguidamente, le concederemos uno

de los objetos a uno de los participantes para que lo pueda tocar/oler/saborear. A continuación ofrezco ejemplos de preguntas que se pueden hacer en relación a cada sentido (no se ofrecen ejemplos de vista porque se busca estimulación multisensorial con el resto de sentidos):

- Olfato:
 - ¿A qué te recuerda este olor?
 - ¿Quién utilizaba ese perfume/colonia?
- Tacto:
 - ¿Te recuerda a alguna prenda o lugar?
 - ¿A donde te transporta este objeto (arena de la playa, una planta, algodón...)?
- Oído:
 - ¿A que te recuerda este sonido (olas del mar, corriente del río, pájaros piando, batucada, orquesta...)?
 - ¿Qué te hace sentir?
- Gusto:
 - ¿Cuando disfrutabas más de esta comida?
 - ¿Te recuerda a algún momento?

Después de que hayan podido expresar emociones, pensamientos y recuerdos evocados gracias a esta estimulación, se repartirán una tarjeta a cada uno donde cada uno deberá elegir su objeto favorito y anotar en la tarjeta qué sentimiento le produce y que recuerdo se encuentra anclado en ese objeto (Anexo 4).

Una vez terminado este ejercicio, se llevará a cabo un cierre de la sesión, en ella se comentará que el programa ha llegado a su fin, agradeciendo la asistencia, participación, esfuerzo e interés que han aportado cada uno de ellos. Por último, daremos espacio por si la familia o el paciente quiere hacer alguna puntualización, expresar su opinión sobre el programa, sugerencia, recomendación, crítica o aportación. Una vez terminado, se realizará acompañamiento si es necesario a su lugar de origen.

5.2.8 Sesión de evaluación post intervención

Después de realizar todas las sesiones, se vuelven a administrar de la misma forma todas las pruebas para los participantes del programa, en salas separadas y con 90 minutos de tiempo aproximado.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados esperados de este programa de intervención, basado en la Atención Centrada en la Persona (ACP) e integrado por diversas técnicas terapéuticas (Terapia de Reminiscencia, Musicoterapia, estimulación multisensorial, estimulación cognitiva, Terapia Cognitivo-Conductual, ACT y psicoeducación), apuntan a una mejora significativa tanto en las personas con demencia en fase temprana como en sus familiares cuidadores/as.

En primer lugar, se espera que las personas residentes experimenten una mejora en su bienestar emocional y calidad de vida como resultado de la participación en actividades significativas, emocionalmente gratificantes y adaptadas a sus capacidades e intereses. La evidencia disponible sugiere que tanto la Terapia de Reminiscencia como la Musicoterapia contribuyen a la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, así como a un aumento de la expresión emocional positiva y la interacción social (Cano, 2023; Reschke et al., 2023). Se prevé, por tanto, que los participantes muestren mayor disfrute, satisfacción y una percepción subjetiva más positiva de su día a día.

Así mismo, se espera que el trabajo sobre la memoria autobiográfica y la implicación en actividades personalizadas favorezcan la autoestima, el autoconcepto y la percepción de autonomía. La Atención Centrada en la Persona enfatiza la importancia de reconocer y preservar la identidad personal incluso en situaciones de deterioro cognitivo (Cano, 2023). Al fortalecer el sentido de identidad, se anticipa una mejora en la confianza y la participación activa en la vida cotidiana, aspectos estrechamente relacionados con la calidad de vida percibida. De la misma forma, se espera que la incorporación de estrategias emocionales y cognitivas ayude a las personas con demencia a afrontar de manera más adaptativa los cambios asociados a la evolución de la enfermedad. El uso de técnicas de validación emocional, reestructuración cognitiva y el fomento de la aceptación emocional contribuirían a reducir el malestar psicológico y a favorecer una actitud de mayor serenidad y adaptación.

En segundo lugar, en relación con los familiares que habían desempeñado el papel de cuidadores/as previamente, se espera que la intervención permita reducir la sobrecarga emocional y los sentimientos de culpa. La literatura demuestra que el uso de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y psicoeducación mejora significativamente la capacidad de los cuidadores/as para gestionar el estrés y el malestar emocional (Han et al., 2025; Gómez, 2024). Se anticipa, por tanto, que los participantes experimenten una mayor sensación de control emocional, menos reactividad emocional negativa y una percepción más positiva de su rol como cuidadores. Además, se prevé que la inclusión de herramientas para la gestión del duelo anticipado ayude a los cuidadores/as a afrontar mejor las pérdidas simbólicas y progresivas asociadas a la demencia, reduciendo los niveles de malestar y favoreciendo una actitud de aceptación y resiliencia. Estudios previos han demostrado que abordar el duelo anticipado de forma estructurada tiene un impacto positivo en el bienestar emocional de los cuidadores (Han et al. 2025).

Por tanto, se espera que este programa de intervención tenga un impacto positivo en el bienestar psicológico, emocional y relacional tanto de las personas con demencia como de sus familiares, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida, la autoestima, la adaptación emocional y la reducción de la sobrecarga. La aplicación de técnicas validadas en un marco de Atención Centrada en la Persona permite promover la dignidad, la participación y el bienestar en un momento vital de especial vulnerabilidad. Se considera que este enfoque puede ser replicable y adaptable a otros contextos residenciales, siempre garantizando el respeto por la individualidad y la historia personal de cada participante.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck AT. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Brooker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia: mejorando los recursos*.
- Browne, B., Kupeli, N., Moore, K. J., Sampson, E. L., & Davies, N. (2021). Defining end of life in dementia: A systematic review. *Palliative medicine*, 35(10), 1733–1746.
<https://doi.org/10.1177/02692163211025457>
- Brown, A., Page, T. E., Daley, S., Farina, N., Basset, T., Livingston, G., Budgett, J., Gallaher, L., Feeney, Y., Murray, J., Bowling, A., Knapp, M., y Banerjee, S. (2019). Measuring the quality of life of family carers of people with dementia: development and validation of C-DEMQOL. *Quality Of Life Research*, 28(8), 2299-2310.
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02186-w>
- Butler, Robert N. (1974). "Successful Aging and the Role of the Life Review." *Journal of the American Geriatrics Society* 22:529-35.
- Byeon, H. (2020). *Effects of Grief Focused Intervention on the Mental Health of Dementia Caregivers: Systematic Review and Meta-Analysis*. Iranian Journal Of Public Health.
<https://doi.org/10.18502/ijph.v49i12.4808>
- Cano García, C. (2023). *Análisis del efecto de un programa de reminiscencia en personas mayores basado en un modelo residencial de Atención centrado en la persona*. Universidad de Zaragoza Repository. <https://zaguan.unizar.es/record/127170>
- Crawley, S., Sampson, E.L., Moore, K.J., Kupeli, N., y West, E. (2023). *Duelo en cuidadores familiares de personas con demencia: Una revisión sistemática*. *International Psychogeriatrics*, 35(9), 477–508. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002787>
- De Boer, M. E., Hertogh, C. M. P. M., Dröes, R., Riphagen, I. I., Jonker, C., y Eefsting, J. A. (2007). *Suffering from dementia – the patient's perspective: a review of the literature*. *International Psychogeriatrics*, 19(06). <https://doi.org/10.1017/s1041610207005765>
- Díaz-Guerra, D. D., y Hernández-Lugo, M. de la C. (2023). Neuropsicología del envejecimiento: intervención con enfoque preventivo y rehabilitatorio. *Revista científica Estudiantil 2 De Diciembre*, 6(4), e440. Recuperado a partir de <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/440>
- Gallego, M. G., y García, J. G. (2016). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>

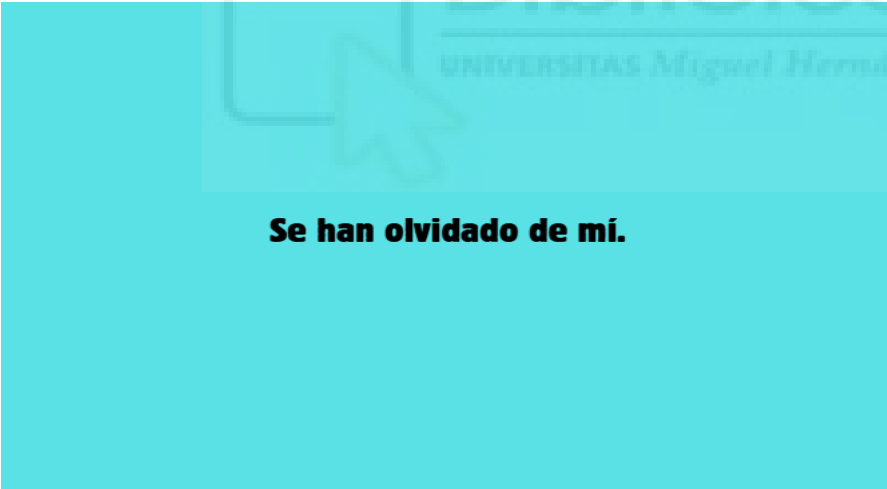
- Gómez, C. (2024). *Eficacia de un programa de intervención psicológica basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso para cuidadores informales de personas con demencia en el entorno rural*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=336289>
- Han, A., Oster, R., Yuen, H., Jenkins, J., Hawkins, J., y Edwards, L. (2025). *Videoconference-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Family Caregivers of People With Dementia: Pilot Randomized Controlled Trial*. *JMIR Formative Research*, 9, e67545. <https://doi.org/10.2196/67545>
- Huang, J. (2023, febrero 9). *Demencia. Manual MSD Versión Para Profesionales*. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/demencia>
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J. A., y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Medicina clínica*, 112(20), 767–774.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650-660. <https://doi.org/10.1017/s1041610210000074>
- Louzado, J. C., y Martín-Cámara, O. (2023). *A holistic insight into neurodegeneration*. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 89(03), 327–364. <https://doi.org/10.53519/analesranf.2023.89.03.07>
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Meichsner, F., Schinköthe, D., y Wilz, G. (2016). The Caregiver Grief Scale: Development, Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, and Validation. *Clinical Gerontologist*, 39(4), 342-361. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1121947>
- Ocampo-Chaparro, J. M., Reyes-Ortiz, C., y Etayo-Ruiz, E. (2021). *Valoración geriátrica integral en cuidados paliativos: Revisión bibliográfica*. *j.medipa*. <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1163/2020>

- Outeiro, T. F., Brocardo, P. S., y Gelain, D. P. (2024). *Aging and neurodegeneration: From molecular mechanisms to therapeutic interventions*. *Journal of Neurochemistry*, 168(8), 1423–1425. <https://doi.org/10.1111/jnc.16163>
- Pérez-González, A., Vilajoana-Celaya, J., y Guàrdia-Olmos, J. (2024). *Burden and anticipatory grief in caregivers of family members with Alzheimer's disease and other dementias*. *Palliative and Supportive Care*, 22(5), 1158–1168. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001360>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal Of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Remacha, L., Cabetas, C., Beaumont, N., Ibañez, L. G., y Barea, A. M. (2023, marzo 28). *Revisión sistemática: Evidencia de prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en hogares de ancianos*. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-evidencia-de-prevalencia-de-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-personas-mayores-de-65-anos-en-hogares-de-ancianos/>
- Rodríguez, J. R. R., Tabares, V. Z., Díaz, C. M. G., y Quijano, Y. C. (2017). *Cuidados paliativos y envejecimiento*. *Geroinfo*, 10(3), 1–21. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70752&id2=>
- Reschke-Hernández, A. E., Gfeller, K., Oleson, J., y Tranel, D. (2023). Music Therapy Increases Social and Emotional Well-Being in Persons With Dementia: A Randomized Clinical Crossover Trial Comparing Singing to Verbal Discussion. *Journal of music therapy*, 60(3), 314–342. <https://doi.org/10.1093/jmt/thad015>
- Smith, S., Lamping, D., Banerjee, S., Harwood, R., Foley, B., Smith, P., Cook, J., Murray, J., Prince, M., Levin, E., Mann, A., y Knapp, M. (2005). Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technology Assessment*, 9(10). <https://doi.org/10.3310/hta9100>
- Suárez, L. A., y Ordóñez, M. del C. (2023). *Enfermedad de Alzheimer: Etiología y principales factores de riesgo*. *E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), 44–53. <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/mj/article/view/260>
- Timmons, S., Fox, S., Drennan, J., Guerin, S., y Kernohan, W. G. (2022). Palliative care for older people with dementia—we need a paradigm shift in our approach. *Age And Ageing*, 51(3). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac066>

- Tonga, J. B., Benth, J. Š., Arnevik, E. A., Werheid, K., Korsnes, M. S., y Ulstein, I. D. (2020). Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 217-231. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000216>
- Wangliu, Y.-Q., y Che, R.-P. (2025). *Una revisión sistemática del afrontamiento y el duelo previo a la muerte entre cuidadores familiares de personas con demencia*. *Cuidados Paliativos y de Apoyo*, 23, e86. <https://doi.org/10.1017/S1478951525000082>
- World Health Organization: WHO. (2020, agosto 5). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization: WHO. (2024, agosto 7). *Las diez causas principales de defunción*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization: WHO. (2024, octubre 1). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2025, marzo 31). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

8. ANEXOS

Anexo 8.1 Sesión 1. Tarjetas con pensamientos sobre el abandono.



Se han olvidado de mí.

Soy una molestia.

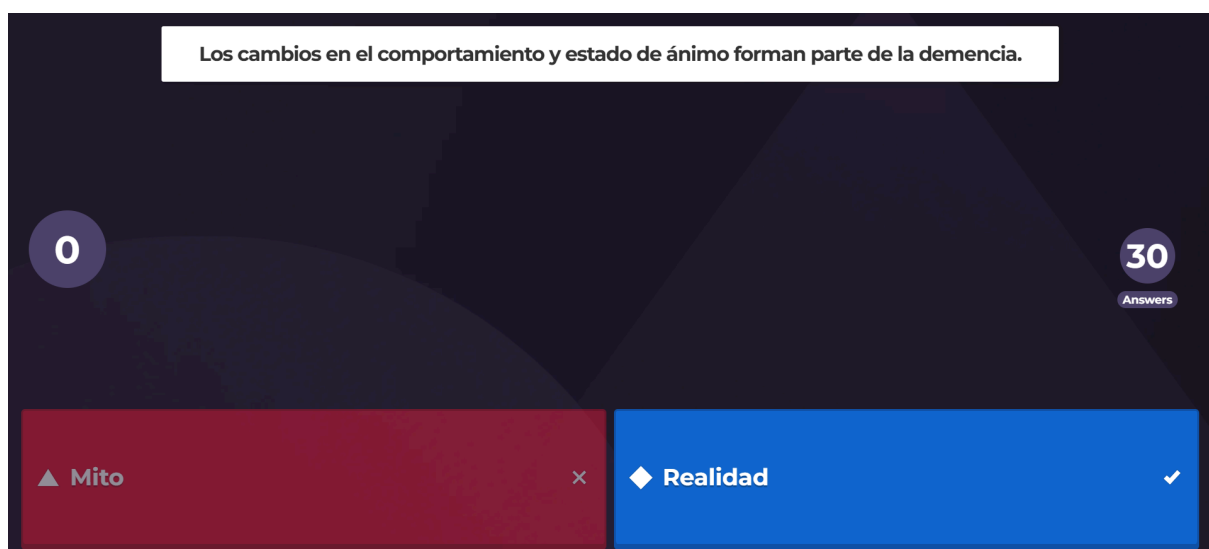
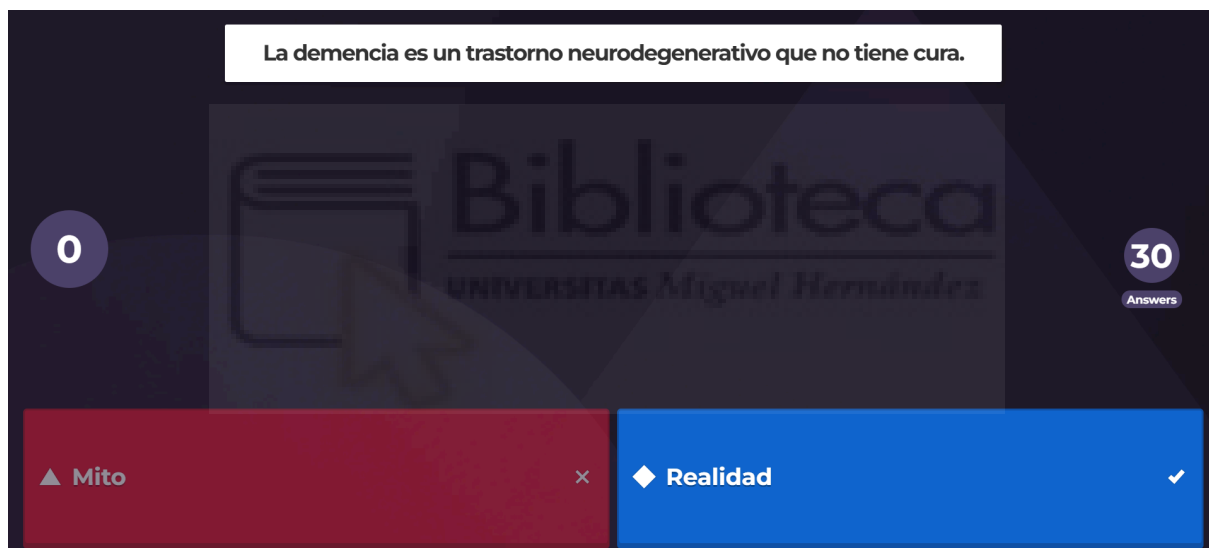
Me han traído aquí porque no les importo.



Me han abandonado

Me tienen que ayudar a hacer algunas tareas y eso hace que siempre estén pendientes de mí.

Anexo 8.2 Sesión 2. Kahoot “Mitos y Realidades sobre demencia”



Si mi familiar se acuerda de cosas que han pasado hace 50 años, es imposible que tenga demencia.

0 30
Answers

▲ Mito ✓ ◆ Realidad ✕

Las personas con demencia no se dan cuenta de que la tienen.

0 30
Answers

▲ Mito ✓ ◆ Realidad ✕

La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento.

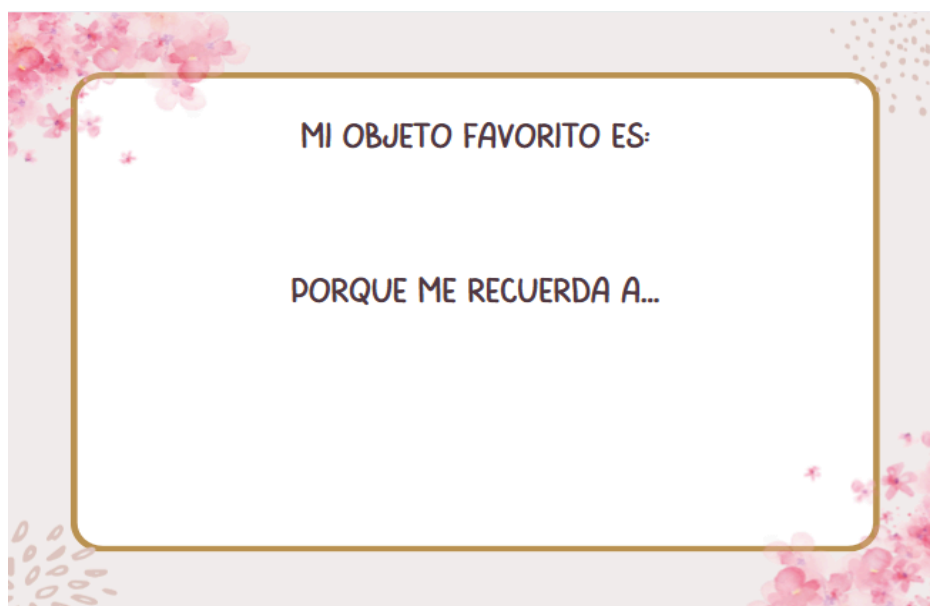
0 30
Answers

▲ Mito ✓ ◆ Realidad ✕

Anexo 8.3. Sesión 2. "Tarjetas de compromiso"



Anexo 8.4. Sesión 6. "Tarjetas objeto favorito"



MI OBJETO FAVORITO ES:

PORQUE ME RECUERDA A...

Anexo 8. 5. Certificado COIR





INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 21/05/2025

Nombre del tutor/a	Nieves Erades Pérez
Nombre del alumno/a	Inés Hurtado Hernández
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Programa de intervención en residencias centrado en emociones para pacientes con demencia en cuidados paliativos y sus familiares.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	250516082048
Código de autorización COIR	TFG.GPS.NEP.IHH.250516
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: **Programa de intervención en residencias centrado en emociones para pacientes con demencia en cuidados paliativos y sus familiares**, 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,



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

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/>





Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia
Universidad Miguel Hernández de Elche



**Tu Índice de Responsabilidad en
Investigación Universitaria (IRIU)
ha sido de 39,5**

Título de la actividad:

Programa de intervención en residencias centrado en emociones para pacientes con demencia en cuidados paliativos y sus familiares.

Nombre: Inés Hurtado Hernández

El **Índice de Responsabilidad en Investigación Universitaria (IRIU)** puntúa los aspectos recogidos en el [Código de Buenas Prácticas Científicas \(CBPC\)](#) sobre investigación e innovación responsable, concretamente: el compromiso público y participación ciudadana, el acceso abierto, la igualdad de género, la ética e integridad, la educación científica y la gobernanza. La consideración de perspectivas más inclusivas, sostenibles y participativas, como las que se sugieren a continuación, le permitirán mejorar su IRIU en futuros proyectos.

Le indicamos a continuación los enlaces donde encontrará la información de los ítems contenidos en la pregunta **D.1 Integridad y buen gobierno** del cuestionario IRIU. Conocer todos estos ítems le permitirán mejorar su puntuación IRIU en actividades futuras:

1. He leído el Código de Buenas Prácticas Científicas y tengo en cuenta sus indicaciones en mi actividad investigadora: [CBPC](#)
2. Conozco cómo debe ser la relación entre supervisor/a y estudiante en formación en investigación y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
3. He valorado los riesgos potenciales de mi investigación para la organización, la investigación y/o la seguridad y salud de las personas, animales y medio ambiente y seguiré las normas y procedimientos definidos para minimizar dichos riesgos: [CBPC](#) y [Web de Prevención de Riesgos Laborales](#)
4. Conozco la importancia de la buena gestión de los datos de investigación y las implicaciones legales del uso de datos personales y actúo con respeto a las consideraciones sobre seguridad, ética y legalidad: [CBPC](#) y [Web OIR](#)

5. Conozco el Plan de Medidas Antifraude de la UMH y actúo conforme a su Código de Conducta: [Web Antifraude UMH](#)
6. Conozco cómo identificar, declarar y actuar en caso de tener conflicto de intereses: [CBPC](#) y [Web Antifraude UMH](#)
7. Conozco cómo gestionar los derechos de la propiedad industrial e intelectual, así como de autoría científica y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
8. Tengo en cuenta los requerimientos normativos y éticos para investigar con personas y/o animales y gestionar adecuadamente los riesgos: [Web OIR](#)
9. En mi investigación tengo en cuenta el concepto de Investigación e Innovación Responsable: [CBPC](#)
10. Rechazo cualquier conducta indeseable en investigación y sé cómo denunciar y proceder en caso de detectarla: [CBPC](#)

Cuando los resultados de su investigación pueden mejorar la vida de las personas se dice que existe D.3 Compromiso público. El compromiso público en investigación e innovación responsable consiste en crear el futuro de manera conjunta con ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil, y también en incorporar la mayor diversidad posible de actores sociales en asuntos de ciencia y tecnología. En definitiva, diseñar los proyectos pensando en mejorar la vida de las personas. Cuanto mayor sea el alcance de los resultados de su investigación, mayor será el compromiso público. No obstante, también es positivo que se lleven a cabo proyectos locales que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos del área de influencia de la Universidad Miguel Hernández.

En la evaluación de la investigación e innovación responsable la sostenibilidad ambiental cada día es más importante, como ya observamos en el programa Horizonte Europa, donde nos piden actividades de evaluación y seguimiento específicas (principio DNHS). En ocasiones nuestra actividad mejora, aunque sea de manera indirecta, el desarrollo ambiental sostenible. Si así es, y lo hemos indicado en el formulario, veremos reflejado el ODS correspondiente al final del presente informe.

En lo relativo a la D.6 Perspectiva de sexo/género, y siempre que sea posible, debe identificarse e incluirse como una variable más del proyecto de investigación el sexo y/o género, para así garantizar un enfoque más integrado de investigación e innovación y poder detectar, si las hay, diferencias entre sexos/géneros. Tener en cuenta estas consideraciones en el proyecto se puntúa positivamente en el IRIU.

Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación
oir.umh.es

La D.7 Educación científica es un área de acción clave cuyo objetivo es que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.

El desarrollo de las capacidades y el desarrollo de formas innovadoras de conectar la ciencia con la sociedad debe ser una prioridad. Esto ayudará a hacer que la ciencia sea más atractiva para los jóvenes, aumentar el apetito de la sociedad por la innovación y abrir más actividades de investigación e innovación. Promover la educación científica formal e informal, de manera que llegue al mayor número de personas, forma parte de una conducta científicamente responsable.

Uno de los valores fundamentales de la UMH es la responsabilidad social, y la sostenibilidad económica, ambiental y social. Este valor está directamente relacionado con los **D.8 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de Naciones Unidas. Además, los 17 ODS quedan perfectamente integrados con las 6 áreas de acción clave que la Comisión Europea describe como Investigación e Innovación Responsable (IIR):

- **Compromiso público y participación ciudadana** para mejorar la vida de las personas.
- **Acceso abierto e igualdad de género** para reducir las desigualdades.
- **Ética e integridad** para respetar a otras personas, a la universidad, a la sociedad y a nosotros mismos.
- **Educación científica** para que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.
- **Buen gobierno** para establecer políticas y procedimientos adecuados que promuevan y faciliten la investigación responsable.

Desde el curso académico 2022/23, además de la puntuación de IRIU (1-100), y puesto que es uno de los objetivos del plan de acción del sello de calidad europeo [HRS4R de la UMH](#), comenzamos a medir el impacto de la investigación realizada en la UMH en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en una escala de 1 a 5 estrellas (insignia RRI ODS). Verá, además, que para obtener esta puntuación, los ODS se ponderan en función de las respuestas obtenidas en el presente formulario en 4 grados de implicación.

Cuanto mayor sea el impacto de nuestra investigación en los Objetivos de Desarrollo Sostenible mayor será la responsabilidad en nuestra actividad de investigación y/o innovación (RRI).

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE, AGENDA 2030



IMPACTO DE SU INVESTIGACIÓN EN LOS ODS

GRADO DE IMPLICACIÓN IV: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

GRADO DE IMPLICACIÓN III: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

GRADO DE IMPLICACIÓN II: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



GRADO DE IMPLICACIÓN I: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación
oir.umh.es