



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“Volver a Sentir”: Propuesta de programa de intervención basado en actividades de contacto con la naturaleza en personas con demencia

“Feel Again”: Proposal of an intervention program based on activities of nature contact in people with dementia

Autor/es

Nerea Mur Roche

Director/es

Ginesa Ana López Crespo

Grado en Psicología

Año 2024/2025



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel

Universidad Zaragoza

Resumen

La demencia es una condición neurológica que afecta sobre todo a personas en edad avanzada y que conlleva consecuencias adversas para la salud física y emocional. A su vez, presenta una sintomatología complicada, con un progresivo deterioro cognitivo y síntomas conductuales y psicológicos. Las personas que se encuentran institucionalizadas cada vez tienen más barreras para poder acercarse al mundo natural. Por ello, se potencian las terapias no farmacológicas, utilizadas para reducir o retrasar los efectos de los síntomas y el desarrollo de la enfermedad.

El programa de intervención tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los participantes, así como conseguir una mejora de su estado de ánimo, atención y orientación espacial y temporal, seguida de una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva y mantenimiento de la autonomía y capacidades motoras. Para ello, se combinan diversas terapias como la hortícola y la terapia asistida con animales con actividades de contacto con la naturaleza, potenciando los beneficios de cada una de ellas.

El programa está diseñado para ser realizado en un centro residencial para personas con demencia que dispone de los recursos materiales necesarios. Los participantes serán 20 residentes, que realizarán las actividades facilitadas por los profesionales encargados de implementar el programa que tendrán una duración de tres meses.

Tras la implementación del programa, se espera que los objetivos sean satisfechos, consiguiendo una mejora en la calidad de vida de los participantes, así como en los familiares y trabajadores del centro.

Palabras clave: demencia, deterioro cognitivo, naturaleza, terapia hortícola, terapia asistida con animales.

Abstract

Dementia is a neurological condition that affects mostly older people and has adverse physical and emotional health consequences. In turn, it presents a complicated symptomatology, with progressive cognitive deterioration and behavioral and psychological symptoms. People who are institutionalized have more barriers to be able to approach the natural world. Therefore, non-pharmacological therapies, used to reduce or delay the effects of the symptoms and the development of the disease, are promoted.

The main objective of the intervention programme is to improve the quality of life of the participants, as well as to achieve an improvement in their mood, attention and spatial and temporal orientation, followed by a reduction of anxious and depressive symptoms and maintenance of autonomy and motor skills. To achieve this, various therapies such as horticultural and animal-assisted therapy are combined with activities in contact with nature, enhancing the benefits of each one of them.

The programme is designed to be carried out in a residential center for people with dementia that has the necessary material resources. The participants will be 20 residents, who will carry out the activities facilitated by the professionals in charge of implementing the programme, which will last for three months.

After the implementation of the programme, it is expected that the objectives will be met, achieving an improvement in the quality of life of the participants, as well as that of the relatives and workers of the center.

Keywords: dementia, cognitive impairment, nature, horticultural therapy, animal-assisted therapy.

Justificación teórica

Actualmente, las personas viven más tiempo que antes. La esperanza de vida actual es igual o superior a los 60 años, produciéndose así un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población (Organización Mundial de la Salud, 2024). En concreto, en 2022, la esperanza de vida al nacer en España fue 83,1 años (80,3 en hombres y 85,8 en mujeres) (Ministerio de Sanidad, 2024). En consecuencia, el aumento de población que se encuentra en la etapa de la vejez propicia también un aumento en la aparición de varios estados de salud complejos que son conocidos como síndromes geriátricos. Entre ellos, los más comunes son la pérdida de audición, problemas visuales, dolores musculoesqueléticos, la diabetes, la depresión y la demencia (OMS, 2024).

La demencia es una condición neurológica común que afecta sobre todo a personas en edad avanzada y que se asocia con un deterioro cognitivo progresivo, dependencia funcional, reducción de la calidad de vida y consecuencias adversas para la salud (Chin, 2023).

En el año 2013, se estimó que alrededor de 40 millones de personas en todo el mundo padecían demencia, y se prevé que esa cifra se duplique en los próximos 20 años (Prince et al., 2013). A pesar de que la edad avanzada se considera uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de la demencia, es probable que también esté influenciado por la compleja interacción entre factores de riesgo genéticos, comorbilidades médicas y factores ambientales y de estilo de vida (Chin, 2023).

El principal componente de los síntomas clínicos de las demencias es el deterioro de las funciones cognitivas. Aun así, existen otros síntomas que pueden afectar gravemente a la calidad de vida tanto de las personas que lo sufren como a aquellas responsables de los cuidados. Se trata de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) (Steinberg & Lyketsos, 2010). Estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad, con un patrón muy variable a causa de la importante influencia de factores psicológicos y ambientales (Olazarán et al., 2012). Las personas con demencia deben tener un seguimiento de los SCPD, haciendo énfasis en su detección, diagnóstico y tratamiento, dado que constituyen un motivo muy importante en su malestar emocional (Steinberg & Lyketsos, 2010). Dentro de estos síntomas, los más comunes son la alteración del pensamiento, apatía, ansiedad o depresión, agresividad, desinhibición, alteraciones del sueño, entre otros (Olazarán et al., 2012).

Con el objetivo de prevenir al máximo los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, así como reducir el riesgo de daño, el tratamiento no farmacológico debe priorizarse en la mayoría de los casos dada su eficacia predecible y sustentada (Olazarán et al., 2012). Sin embargo, el uso de fármacos en ciertos casos es imprescindible, sobre todo cuando los síntomas conllevan riesgos o pueden reducir significativamente la calidad de vida de la persona (Deardorff & Grossberg, 2019). En España, cerca del 80% de las personas mayores presenta alguna enfermedad crónica, lo que conlleva a consumir diversos tipos de fármacos y la prevalencia de sobreutilización se encuentra en torno al 34,2%. Además, se estima que más del 30% no sigue el tratamiento médico prescrito (Rodríguez et al., 2011).

Las terapias no farmacológicas (TNFs) constituyen todas aquellas acciones, intervenciones y programas que se realizan con un fin terapéutico sin la utilización de fármacos ni químicos. Aun así, como ya hemos mencionado antes, su función no es sustituir la medicación, sino actuar de manera complementaria a la misma para la obtención de un mayor beneficio. Las TNFs son utilizadas tanto para reducir o retrasar los efectos de los síntomas y el desarrollo de la enfermedad, como para potenciar la calidad de vida de las personas mayores que sufren de demencia. Otros de los beneficios principales son estimular y mantener las capacidades que la persona mayor preserva, evitar la desconexión con el entorno y aumentar su propia autonomía (Losada et al., 2023).

Por analogía al tratamiento farmacológico, podemos hablar de un “principio activo” en las TNFs. Este podría ser el conjunto de interacciones humanas entre el terapeuta y la persona con demencia. En el caso de las intervenciones realizadas sobre el paciente, el principio activo generaría respuestas que desencadenan procesos (psicológicos y biológicos) destinados a mantener o rehabilitar funciones, reducir conductas o estados emocionales no deseables y potenciar conductas o estados afectivos saludables. Las intervenciones multi-componente buscarían sumar o potenciar los efectos de varios principios activos (Olazarán y Muñiz, 2009).

Kaplan y Kaplan (1989), en el desarrollo de la teoría de la restauración, proponen que la habilidad para concentrarse puede ser restaurada a través de la exposición a ambientes naturales (Kaplan, 1995). A su vez, la hipótesis de la biofilia propuesta por Wilson (1984) describe que “los seres humanos buscan realizar, o realizan de forma inconsciente, relaciones con el ambiente que los rodea y otras formas de vida”. Buscan, de forma instintiva, lugares donde sentirse cómodos y protegidos, ya sea de manera

consciente o como un impulso natural que se ha ido formando en sus cerebros a lo largo de miles de años de evolución (Orellana, 2017).

Por ello, dentro de las terapias no farmacológicas, el contacto con la naturaleza ha sido vinculado a la salud en numerosos estudios. El tiempo que se pasa en entornos naturales, se relaciona de manera objetiva con resultados a largo plazo tanto para la salud como la esperanza de vida. Una mayor exposición con ambientes naturales se relaciona con un menor riesgo de morbilidad y mortalidad (Kuo, 2015), sobre todo en personas mayores con enfermedades crónicas (Yuan et al., 2021).

Estudios como los realizados por Detweiler et al. (2008), demuestran que, a mayor exposición al jardín, menor agitación, además de una disminución en el uso de medicamentos antipsicóticos en dosis altas en el grupo de residentes con un uso intensivo del jardín en comparación con un grupo de uso reducido. Las imágenes y sonidos de la naturaleza tienen efectos fisiológicos importantes; las vistas desde la ventana y las imágenes de la naturaleza reducen la actividad del sistema nervioso simpático y aumentan la actividad parasimpática (Brown et al., 2013) y restauran la atención (Berto, 2005).

La investigación realizada por Natural England (2013), demuestra que las personas con niveles más altos de felicidad son aquellas que salen al exterior más de una vez por semana y aquellas que se dedican a la jardinería. Sin embargo, actualmente, sólo se realizan 66 visitas por año al entorno natural y sólo un tercio de la población lo hace una vez por semana (Pretty et al., 2016).

A medida que las personas envejecen, la capacidad de interactuar con el aire libre suele disminuir. La fragilidad y los problemas de movilidad crean barreras para participar en actividades al aire libre o incluso para experimentar la naturaleza. Estas barreras son mayores para las personas con demencia (Bossen, 2010). A pesar de los beneficios evidentes del contacto con la naturaleza, en la práctica, a las personas que viven con demencia a menudo se les niega el acceso al mundo natural (Argyle et al., 2017).

De acuerdo con lo planteado, las personas con diagnóstico de demencia se encuentran cada vez más limitadas en cuanto a las actividades relacionadas con el contacto con la naturaleza a causa del aumento de la institucionalización y las barreras con el entorno natural. A su vez, las diferentes TNFs destacan por su respaldo empírico y la combinación de estas puede llegar a abordar múltiples dimensiones de la persona proporcionando una mejora en su calidad de vida. Por ello, consideramos relevante el desarrollo e implementación de una intervención que combine ambas en los centros residenciales de personas con demencia.

Objetivos

En consonancia a lo planteado en el apartado anterior, nos planteamos el desarrollo de un programa de intervención que presente como *objetivo principal* una mejora de la calidad de vida de los participantes a través de actividades relacionadas con la naturaleza que mejoren su bienestar emocional y social.

Con el objetivo de alcanzar y reforzar el objetivo principal, nos planteamos los siguientes *objetivos específicos*:

- Mejora de la orientación espacial y temporal
- Reducción de sintomatología depresiva y ansiosa
- Mejora del estado de ánimo
- Promoción y mantenimiento de las capacidades motoras/autonomía
- Mejora de la capacidad atencional

Localización y beneficiarios

El presente programa de intervención se llevará a cabo en una residencia ubicada en la localidad de Zaragoza. Se encuentra en el barrio de Valdespartera, a las afueras de la ciudad, donde disponen de un centro con los recursos necesarios. El centro es la residencia Santa Bárbara, que cuenta con habitaciones donde los residentes están alojados y con espacios adaptados para poder llevar a cabo las distintas actividades del programa. Se trata de un edificio de tres plantas, con amplios jardines y una terraza semicubierta que permite realizar las actividades al aire libre.

Los beneficiarios del programa serán 20 residentes, divididos en dos grupos de 10 participantes, escogidos por el personal del centro por su potencial para beneficiarse del programa. Esperamos que todos los participantes consigan los objetivos previos establecidos, así como una satisfacción general con el desarrollo del programa.

Además de los beneficiarios directos, siendo éstos los participantes de la intervención, esperamos que otras personas también se vean beneficiadas del programa. Entre ellas, destacamos a los trabajadores del centro, dado que una reducción en la sintomatología de los participantes generará una mejora y facilitación de las condiciones de trabajo de los mismos. A su vez, esperamos que también se puedan beneficiar los familiares y entorno cercano de los participantes al observar mejoras en el estado emocional y funcional de sus seres queridos.

A largo plazo, esperamos que la comunidad en general se vea beneficiada de este programa consiguiendo una visión más inclusiva hacia las personas con demencia, así

como destacando la importancia de entornos accesibles a la naturaleza en esta etapa de la vida.

Metodología

Participantes

El programa va dirigido a los participantes mencionados anteriormente. Veinte personas con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, que presentan un diagnóstico de demencia en estadio temprano con deterioro leve y dependencia entre moderada y escasa. Las actividades requieren que los usuarios sean capaces de deambular de manera autónoma o con algún dispositivo de asistencia a la marcha, como bastón o andador, así como una comprensión mínima de órdenes y realización de tareas secuenciales.

A pesar de que se espera que los participantes del programa sean 20, se ha considerado que éstos sean divididos en grupos de 10 personas con el objetivo de facilitar la organización de las sesiones y la dinamización del programa. Durante los primeros tres meses, uno de los grupos (Grupo 1) participará en la intervención como grupo experimental, mientras que el otro grupo (Grupo 2) actuará como grupo control. Una vez finalizada la implementación del programa en el Grupo 1, se llevará a cabo el mismo con el Grupo 2, de manera que también se vea beneficiado de la intervención.

Instrumentos

Para evaluar la eficacia del programa, utilizaremos varios instrumentos que serán administrados en diferentes momentos del programa.

Adaptación española del Examen Cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) (Folstein et al., 1975). La escala original es el Mini-Mental State Examination, pero utilizaremos la versión adaptada al castellano en 2001 por Lobo y cols., con la finalidad de realizar una detección rápida del deterioro de funciones cognitivas. Dado que se trata de una medida breve y cuantitativa, puede utilizarse para detectar y evaluar la gravedad en un determinado momento, para seguir el curso a lo largo del tiempo y para evaluar la respuesta al tratamiento. Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones que pueden ser administrados al paciente en 5-15 minutos. Esta escala nos permitirá evaluar las siguientes áreas cognitivas: orientación (temporal y espacial), fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo. El punto de corte más frecuentemente utilizado para el MEC de 30 puntos es 23, por tanto, puntuaciones iguales o menores indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo (López & Martí, 2011).

Adaptación española CAMCOG-R (Roth et al., 2015). Se trata de una subescala cognitiva del instrumento CAMDEX, validada al castellano en 2015 por López-Pousa. Esta subescala contiene 60 elementos asociados a diferentes áreas neuropsicológicas: orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, comprensión lectora, praxis, percepción táctil y visual, cálculo, pensamiento abstracto y curso del tiempo. Se obtienen 8 puntuaciones parciales, cuya puntuación máxima en la opción revisada corresponde a 105 puntos (Domínguez, 2013).

Índice de Barthel (IB) (Baztán et al., 1993). Este cuestionario mide la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD), en concreto, 10 tareas básicas, obteniendo una medida cuantitativa de su grado de independencia. El Índice de Barthel se evalúa al principio y después del tratamiento para poder determinar el estado del paciente y su progreso hacia la independencia. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y la cantidad de ayuda que precisa el paciente para realizar dicha actividad. El rango de posibles valores se encuentra entre 0 y 100, siendo 100 completamente independiente. El resto de las puntuaciones se divide en rangos de 20 puntos, pudiendo presentar dependencia total (entre 0 y 20), dependencia severa (entre 21 y 60), dependencia moderada (entre 61 y 90) y dependencia escasa (entre 91 y 99) (Barrero et al., 2005).

Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) (Sanz, 2001). Instrumento diseñado para evaluar cuatro estados emocionales de carácter situacional: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría. Consiste en 16 ítems, cada uno compuesto por una escala Likert de 11 puntos (de 0 a 10). Todos los ítems dentro de la escala se encuentran formulados en la misma dirección (Peñate, 2011).

Procedimiento

Para la selección de los participantes, se pedirá a los profesionales del centro que realicen una selección de aquellos que cumplan los criterios y que se puedan beneficiar del programa. Se proporcionará material informativo sobre las sesiones que se van a llevar a cabo y la duración de las mismas, así como cuáles son los objetivos y beneficios del programa.

Una vez que los profesionales de la residencia nos hagan llegar el listado de los participantes, realizaremos una sesión informativa en la que explicaremos qué es lo que se va a realizar y en la que pediremos asistencia tanto de los participantes como de sus

familiares para garantizar que todos disponen de la misma información respecto al desarrollo de la intervención.

Sesiones

Las sesiones se llevarán a cabo de lunes a viernes durante un periodo total de seis meses. Cada grupo, compuesto por 10 residentes, se beneficiará de la intervención durante un periodo de 3 meses. Las actividades se realizan entre semana para garantizar una mayor disponibilidad del personal, así como evitar posibles salidas no planeadas de algún usuario con sus familiares los fines de semana.

Las actividades se realizarán de manera programada a lo largo de las semanas, de manera que haya entre 2 o 3 actividades por semana. La duración de todas ellas será de unos 90 minutos aproximadamente salvo aquellas que requieran de un mayor periodo de tiempo, y comenzarán a las 11:00 de la mañana, para evitar interrumpir cualquiera de las comidas y/o actividades rutinarias de los usuarios.

En la Tabla 1 se muestra el cronograma de las sesiones, que será el mismo a lo largo de los tres meses. A estas, se les suma una primera sesión que consistirá en una reunión de información y reminiscencia, mientras que la última sesión será de cierre con el objetivo de que estas sesiones presenten una cierta continuidad y puedan tanto conocer el programa desde el primer momento como finalizar con un cierre de reflexión.

Tabla 1. *Cronograma mensual de las sesiones*

<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
Rincón verde		Gestos y habilidades		Reconociendo nuestro entorno
Elección de nuestro jardín				Paseo por los recuerdos
Plantando juntos		Juegos en compañía		Escuchar y mirar despacio
Recolección de los frutos				Entre aromas y texturas

La Tabla 2 muestra la estructura de cada una de las sesiones. Esta estructura se basa en la “Guía de intervención asistida con perros en personas con demencia” publicada por CRE Alzheimer (Pérez, 2016).

Tabla 2. *Estructura de las sesiones*

Actividad	Duración	Descripción
Bienvenida	10 minutos	El facilitador dará la bienvenida a los participantes y se hará una breve descripción de los objetivos de la sesión
Orientación temporal y espacial	5 minutos	Pequeña actividad inicial con el objetivo de mejorar la orientación temporo-espacial de los participantes (<i>ver Anexo II</i>)
Actividad principal	Aproximadamente 60 minutos	Según los objetivos planteados
Despedida	15 minutos	Se hará una pequeña reflexión de la actividad que se ha realizado. Tras esto, se administrará la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA)

Sesión Inicial. Información y sesión de reminiscencia

Objetivo: Establecer un clima de confianza tanto con los participantes del programa como con los familiares. Explicar los objetivos de todo el programa y la programación del mismo.

En esta primera sesión informativa, se entregará a los familiares un tríptico informativo (*ver Anexo I*) con cada una de las sesiones que se va a realizar, así como la duración del programa, y los objetivos y beneficios que se esperan del mismo. A su vez, se fomentará la participación de los familiares en cualquiera de las actividades programadas, invitando a los mismos a asistir siempre que estén disponibles e interesados en hacerlo. Además, se pedirá respeto y compromiso con los horarios de las actividades, de manera que intenten evitar visitas que impliquen la retirada del participante de la actividad durante el transcurso de la misma.

Tras esta breve explicación del programa y su consiguiente resolución de dudas, se realizarán distintas actividades de reminiscencia. Se preguntará por temas libres como su infancia o juventud, qué actividades les gusta hacer en su tiempo libre, a qué se dedicaban, etc. Estos ejercicios de reminiscencia nos permitirán conocer en profundidad a los participantes además de adaptar las intervenciones en la medida de lo posible a sus gustos y preferencias.

En esta misma sesión se administrarán los instrumentos mencionados previamente: Examen Cognoscitivo Mini-Mental (para evaluar el deterioro de funciones cognoscitivas), CAMCOG-R (para evaluar la orientación y atención/concentración a través de las subescalas del mismo) y el Índice de Barthel (para medir la capacidad de la persona para realizar AVD). El objetivo de estos instrumentos es poder obtener una medida cuantitativa de distintos aspectos de la persona antes de la intervención y poder evaluar la eficacia de la misma al final del programa.

Sesión 1, 11 y 21. *Rincón verde*

Objetivo: Conseguir una mejora en el estado de ánimo, reducir la agitación, estimular sensorialmente y mantener las habilidades motoras.

En estas sesiones, basadas en la terapia hortícola, se llevarán a cabo actividades relacionadas con el cuidado y el cultivo de las plantas.

En esta primera sesión el objetivo principal será obtener un espacio en el huerto que se encuentre adaptado para poder plantar en un futuro. Lo primero que haremos será verter tierra para macetas y arreglar la tierra con paletas. Tras esto, lo que haremos será humedecer la capa superior del suelo con regaderas (Borella et al., 2023).

Sesión 2, 12 y 22. *Gestos y habilidades*

Objetivo: Se pretende conseguir una reducción de la agitación y ansiedad, así como la promoción y mantenimiento de las capacidades motoras y la autonomía a través del contacto con los animales.

La primera sesión consistirá en un contacto amable y tranquilo con el animal. Los facilitadores de la sesión se encargarán de que cada uno de los participantes ofrezca una breve descripción sobre ellos mismos, que irá seguida de una breve descripción de los animales con los que van a estar durante todas las sesiones. Tras esto, los participantes deberán llamar por su nombre al perro de manera que este acuda a saludarlos. En la última parte de la sesión, los participantes podrán aprender los distintos gestos que el facilitador realiza para que el animal realice la acción que quiere. Finalmente, los usuarios irán realizando los mismos gestos de manera que el perro realice las acciones aprendidas.

Sesión 3, 13 y 23. Reconociendo nuestro entorno

Objetivo: Mejora de la orientación temporal y espacial, reducción de la ansiedad y promoción de la actividad física.

Estas sesiones consistirán en un paseo por una ruta cercana y accesible para los participantes, que irá acompañada de una serie de ejercicios relacionados con otras terapias no farmacológicas.

En esta ruta, trabajaremos la orientación a la realidad a través de la focalización en el entorno. Para ello, iremos realizando diversas paradas por la ruta en la que solicitaremos a los participantes que nos vayan indicando dónde nos encontramos. También iremos realizando distintas actividades relacionadas con la búsqueda de determinados objetos, colores, formas, etc. en el entorno (por ejemplo, “vamos a buscar algo que sea de color morado”). Por último, nos centraremos sobre todo en hacer pequeñas pausas en las que nos focalizaremos en determinados sonidos o movimientos generados por la naturaleza, como el sonido de los pájaros o las flores movidas por el viento.

Sesión 4, 14 y 24. Elección de nuestro jardín

Objetivo: Conseguir una mejora en el estado de ánimo, reducir la agitación, estimular sensorial y cognitivamente y mantener las habilidades motoras.

En esta actividad observaremos, a través de pictogramas, distintas flores y plantas que puedan ser plantadas en nuestro jardín y decidiremos qué plantas queremos plantar en la próxima sesión de manera que sirvan de decoración y se adapten bien al entorno. Cada uno de los participantes acordará lo que quiere plantar y se encargará de elaborar un cartel en el que se indique qué tipo de planta es y una foto de esta para poder añadirla en el huerto, de esta manera podremos tener el huerto de manera organizada y limpia.

Sesión 5, 15 y 25. Paseo por los recuerdos

Objetivo: Mejora de la orientación temporal y espacial, reducción de la ansiedad y promoción de la actividad física.

Estas sesiones consistirán en un paseo por una ruta cercana y accesible para los participantes, que irá acompañada de una serie de ejercicios relacionados con otras terapias no farmacológicas.

Esta sesión estará basada en la terapia de reminiscencia. Las calles del barrio donde se encuentra ubicado el barrio tienen nombres de películas, lo que utilizaremos para crear un debate sobre ellas y que los participantes nos cuenten aquello que recuerden sobre la película, si la han visto, cuándo, con quién, etc. Además, diseñaremos otra

actividad en la que mencionaremos diversas actividades que se pueden realizar en contacto con la naturaleza (caminatas por el bosque, paseo en bici por un sendero, pesca, acampadas, etc.), que han podido realizar a lo largo de su vida, fomentando la evocación de recuerdos autobiográficos basada en las preferencias/gustos que hayan sido expresados en la primera sesión.

Sesión 6, 16 y 26. *Plantando juntos*

Objetivo: Conseguir una mejora en el estado de ánimo, reducir la agitación, estimular sensorialmente y mantener las habilidades motoras.

En esta sesión la finalidad de la actividad será obtener un pequeño espacio donde haya flores plantadas por los participantes. Para ello, lo que haremos será transferir las plantas de distintas macetas pequeñas al huerto del centro, así como plantar nuevas semillas. Los participantes serán los encargados de llevar a cabo la transferencia, hacer un agujero en la tierra, sacar la planta de la maceta y ponerla en el hoyo rodeándola con tierra y regando la planta (Borella et al., 2023). Tras esto, se colocarán los carteles realizados en la sesión anterior al lado de cada planta que haya sido plantada por ellos mismos.

Sesión 7, 17 y 27. *Juegos en compañía*

Objetivo: Se pretende conseguir una reducción de la agitación y ansiedad, así como la promoción y mantenimiento de las capacidades motoras/autonomía a través del contacto con animales.

En esta sesión, fomentaremos los ejercicios al aire libre con el animal. La sesión se llevará a cabo en el jardín del centro, y lo primero que se hará es dividir a los participantes en dos grupos. Los participantes realizarán distintos juegos planteados en los que tanto ellos mismos como el animal participarán de manera conjunta para lograr un objetivo. Estas actividades serán realizadas en el jardín del centro y consistirán en pequeños juegos de motricidad como lanzar un saco a una cesta o lanzar una pelota al césped. Además, durante estos juegos, los participantes irán saliendo de manera individual a dar un pequeño paseo con el animal para fortalecer el vínculo con el mismo.

Sesión 8, 18 y 28. *Escuchar y mirar despacio*

Objetivo: Mejora de la orientación temporal y espacial, reducción de la ansiedad y promoción de la actividad física.

Estas sesiones consistirán en un paseo por una ruta cercana y accesible para los participantes, que irá acompañada de una serie de ejercicios relacionados con otras terapias no farmacológicas. En este caso nos enfocaremos en la estimulación visual y

auditiva. El paseo contará con una zona en la que poder sentarse y poder observar distintos estímulos del entorno (árboles, plantas, flores, pájaros, etc.). El facilitador de la sesión se encargará de estimular a los participantes mediante preguntas e indicaciones relacionadas con los sonidos y los movimientos que se den en el entorno.

Sesión 9, 19 y 29. *Recolección de los frutos*

Objetivo: Conseguir una mejora en el estado de ánimo, reducir la agitación, estimular sensorialmente y mantener las habilidades motoras.

En esta sesión nos encargaremos de observar los frutos obtenidos de las plantas sembradas o el pequeño crecimiento que hayan podido tener las mismas. La actividad consistirá en mantener el huerto de manera óptima para el crecimiento de las plantas, por ello, arreglaremos las flores, recolectaremos los frutos sembrados y regaremos el resto de plantación (Borella et al., 2023).

Sesión 10, 20 y 30. *Entre aromas y texturas*

Objetivo: Mejora de la orientación temporal y espacial, reducción de la ansiedad y promoción de la actividad física.

Estas sesiones consistirán en un paseo por una ruta cercana y accesible para los participantes, que irá acompañada de una serie de ejercicios relacionados con otras terapias no farmacológicas. En esta sesión nos enfocaremos en la estimulación olfativa y táctil. Para ello, previamente se hará una selección de diversos materiales de la naturaleza (flores, troncos, plantas, etc.) que los participantes podrán oler y tocar en la sesión. Realizaremos una pequeña muestra de las plantas previamente, que seguirán con un juego de adivinanzas en el que estos tendrán que adivinar de qué planta se trata simplemente a través del olfato y el tacto.

Sesión Final. *Cierre*

Objetivo: Recuerdo de las sesiones llevadas a cabo y finalización del programa.

En esta última sesión, realizada para finalizar la intervención, proporcionaremos a los participantes distintas fotos de las actividades llevadas a cabo durante el transcurso de los meses, fomentando el recuerdo y la expresión emocional a través de las mismas. Tras esto, cada uno de los participantes podrá realizar un pequeño mural con fotos y elementos naturales que puedan conservar como recuerdo.

Mientras los participantes se encuentran realizando el mural, también se irán administrando los instrumentos mencionados al inicio para poder obtener una medida de la eficacia del programa.

La finalidad de esta última sesión es poder proporcionar un cierre de reflexión y recuerdo en el que los participantes también puedan expresar su opinión acerca del programa.

Recursos

Recursos humanos

Para poder llevar a cabo el programa de intervención de manera óptima, se necesitarán una serie de profesionales.

Psicólogo. Será el encargado de coordinar todo el programa, además de administrar los instrumentos de evaluación. Destacamos la importancia de que cuente con experiencia en atención a las demencias y del enfoque centrado en la persona.

Terapeuta hortícola. Será necesaria la presencia de una persona con conocimientos en jardinería para asegurar la correcta ejecución de las actividades y preparación y mantenimiento del huerto.

Técnico especializado en terapia asistida con animales. Se encargará de facilitar las sesiones relacionadas con los animales de manera que esté asegurado el bienestar del animal y la interacción adecuada con el mismo.

Voluntarios/auxiliares. La presencia de éstos proporcionará un gran apoyo en los momentos de movilización, así como en el acompañamiento en las sesiones de paseo.

Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el programa se mencionan a continuación.

Instalaciones/mobiliario. Lo primero imprescindible es un jardín (del que ya dispone el propio centro) que incluya bancos o sillas donde poder descansar, también necesitaremos un huerto accesible y adaptado a las necesidades de los usuarios. En este apartado incluiremos una sala polivalente donde poder realizar las sesiones dentro del centro y el desarrollo de una ruta cercana y accesible para los participantes.

Material técnico. Dentro de este material incluimos aquel necesario para llevar a cabo la terapia asistida con animales (arnés, correa, comida, etc.) y la terapia hortícola (semillas, paletas, regaderas, etc.), que serán proporcionados por el experto en dichas terapias. También incluiremos las copias de los instrumentos que serán administrados por el psicólogo facilitador del programa.

Material fungible. Será necesarias fotografías, recortes y pictogramas, así como tijeras, cartulinas, pegamento, rotuladores, etc.

Evaluación

El objetivo principal del programa es mejorar la calidad de vida de los participantes, mejorando su bienestar emocional y social. Por ello, lo que se pretende evaluar son los beneficios que la intervención planteada tiene en la calidad de vida de las personas con demencia. Además de dicho objetivo principal, también se pretenden evaluar otras variables, entre ellas encontramos: estrés, sintomatología depresiva y ansiosa, autonomía, atención y orientación temporal y espacial.

En el proceso de evaluación se pueden distinguir diversos tipos en función del momento temporal en el que se realice, así como de las personas que la lleven a cabo. En este caso, la evaluación será interna dado que únicamente será realizada por las personas encargadas de llevar a cabo la intervención. En cuanto al momento temporal, para evaluar la eficacia del programa, se realizará en distintos tiempos dependiendo del test que se administre.

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) será utilizado para evaluar si los objetivos orientados a la mejora de la atención y la orientación temporal y espacial son conseguidos. La administración del mismo se realizará en la primera y en la última sesión, con la finalidad de poder observar una mejora en las puntuaciones. Al tratarse de una prueba de cribado, estos resultados serán completados con los obtenidos con la versión española del CAMCOG-R. Se evaluarán las subescalas de orientación (que proporciona una puntuación máxima de 10) y la de atención y cálculo (con puntuación máxima de 9) con el objetivo de comprobar si se ha producido una mejora en dichas puntuaciones y, por tanto, si los resultados esperados se han conseguido.

La escala de Barthel (IB) nos proporciona un índice que muestra la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo distintas actividades de la vida diaria. Lo que se pretende con esta escala es comprobar si el objetivo orientado a promover o mantener la autonomía es satisfecho. De la misma manera que el test anterior, esta escala será administrada al inicio y al final del programa con la finalidad de comprobar si se ha producido el mantenimiento o mejora del índice inicial.

Por último, a través de la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) pretendemos evaluar el efecto que tienen cada una de las distintas intervenciones planteadas en el programa en el estado emocional de los participantes. Evaluaremos los estados emocionales de depresión, ansiedad, hostilidad y alegría, con la finalidad de comprobar los objetivos relacionados con la mejora del estado de ánimo y la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. Por ello, a diferencia de los anteriores, dada su

corta duración, esta escala se administrará al finalizar cada actividad, con el objetivo de obtener una puntuación sobre la sintomatología depresiva y ansiosa, así como la agitación y el estrés percibido de los mismos. La elección de esta escala se ha realizado dadas las facilidades de esta tanto en la comprensión como en la aplicación. La redacción de los enunciados es clara y accesible, y las respuestas se indican mediante una escala tipo Likert de 0 a 10, lo que facilita la interpretación y la emisión de respuesta de los participantes.

Resultados esperados

Tras la implementación del programa de intervención, se espera cumplir con los objetivos específicos planteados en el inicio y, sobre todo, que los participantes hayan alcanzado el objetivo principal, obteniendo una mejora en su calidad de vida. A su vez, se espera que se produzca en los diferentes instrumentos de evaluación una mejora respecto a las puntuaciones obtenidas en la primera evaluación y respecto al grupo control.

Este programa busca, tal y como mencionan Olazarán y Muñiz (2009), que la combinación de diversas intervenciones basadas en TNFs sumen o potencien los efectos de éstas por separado. Por ello, se pretende que los resultados a partir de este programa generen mayor beneficio que las propias intervenciones realizadas de manera aislada.

La jardinería terapéutica o terapia hortícola es una de las intervenciones no farmacológicas a la que se le ha prestado más atención en los últimos años y se define como una actividad facilitada por un terapeuta hortícola con el objetivo de lograr objetivos específicos dentro de un plan de rehabilitación establecido. Existen dos tipos de jardinería terapéutica: la participativa, que involucra cultivar, podar, desherbar y floricultura; y la ornamental, que incluye recorridos por jardines y observación de imágenes naturales (Zhao, 2022). Como terapia cognitiva, esta terapia ayuda a los usuarios a aprender nuevas habilidades y a recuperar algunas pérdidas. Es una técnica restaurativa para mejorar la memoria, la atención, la sensación de responsabilidad y la interacción social, a través de una actividad sin efectos adversos (Detweiler et al., 2012).

La revisión sistemática de Zhao (2022), muestra que estas actividades, en concreto aquellas de jardinería terapéutica participativa, producen beneficios en la función cognitiva, agitación, emoción positiva y compromiso. Por ello, el programa cuenta con sesiones enfocadas a actividades hortícolas con las que se esperan resultados relacionados con una menor agitación, un mejor estado de ánimo y mantenimiento de las habilidades

motoras, en concreto las habilidades psicomotrices finas, que se reflejen en una mejora en la autonomía y en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La terapia con animales consiste en una serie de intervenciones en las que se incorpora un animal como parte integral del tratamiento (Gómez et al., 2017). La intervención será realizada por técnicos especializados en terapia con animales, los cuales guiarán las sesiones acordes a los objetivos establecidos. Las actividades principales consistirán en sostener, acariciar, caminar, hablar y jugar con el animal (Moretti et al., 2011).

Se ha decidido añadir sesiones relacionadas con este tipo de terapia en el programa dados los beneficios encontrados previamente. Existen estudios que han demostrado la eficacia de este tipo de terapias aportando beneficios y mejoras de los síntomas psicológicos y de la demencia tanto a nivel funcional y emocional como en el aumento de la tranquilidad o la disminución de la excitación y la agresividad, mejorando así la calidad de vida (Peluso et al., 2018). Por ello, se espera que esta intervención proporcione a los participantes una mejora en el estado de ánimo y una reducción de la agitación y la ansiedad.

Las actividades enfocadas en la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR) son aquellas en las que se utilizan técnicas mediante las cuales se pretende que el sujeto tome conciencia del tiempo, espacio y de su propia persona, proporcionándole un aumento en la sensación de autocontrol y de la autoestima (Taulbee & Folsom, 1966). Mediante este tipo de actividades, se reduce la confusión y la desconexión del participante con el entorno (Guijarro et al., 2015). Dadas las características de los participantes, consideramos relevante añadir en el inicio de cada sesión una pequeña actividad destinada a que los participantes consigan una mejor orientación tanto espacial como temporal.

Por último, las sesiones destinadas a estar más en contacto con los estímulos de la naturaleza se plantean con el objetivo de proporcionar una mejora en la capacidad de restaurar la atención (Berto, 2005), lo que conlleva a una mejora en la capacidad atencional, y una disminución de la agitación (Detweiler et al., 2008).

Finalmente, se espera que la implementación del programa de intervención también proporcione beneficios en los familiares y trabajadores del centro a través de la observación de una mejora en el estado emocional y funcional.

Conclusiones

La demencia es una de las enfermedades mentales más comunes entre los adultos mayores en los tiempos actuales y, a su vez, el aumento de la esperanza de vida nos lleva a una sociedad en la que más adultos sufren de esta enfermedad. La carga que esto genera tanto en la propia persona como en los cuidadores lleva en muchas ocasiones a tomar la decisión de institucionalizar a las personas que sufren de demencia.

Existen un gran número de programas destinados a los cuidadores, pero no se hace este mismo énfasis en las propias personas con demencia. Siendo evidentes los beneficios que este tipo de terapias generan en estos individuos, se planteó la idea de llevar a cabo un programa de intervención enfocado en personas con demencia.

Este programa destaca la importancia de las actividades relacionadas con el contacto con la naturaleza, así como la combinación de varias técnicas que generan grandes beneficios en la persona. Por ello, con esta intervención lo que principalmente se pretende conseguir es que el individuo adquiera una mejora en su calidad de vida a través de una mejora en el estado de ánimo, con una reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa, así como una mejora de la atención y la orientación espacial y temporal, además de un mantenimiento de las capacidades motoras y autonomía.

Las distintas actividades, destinadas a la consecución de los objetivos, proporcionan diversos beneficios para los participantes como la disminución de la agresividad y agitación, mejora del estado de ánimo, mantenimiento de las capacidades motoras, etc., que, a su vez, generan beneficios en las personas que les rodean, tanto familiares como trabajadores del centro. Esto genera a su vez una mejora en la calidad de vida de los familiares y los trabajadores proporcionando un mejor servicio y atención a los mismos.

A través de este programa, se espera que los participantes se vean beneficiados dado que es el objetivo principal, pero que a su vez se potencie el desarrollo de intervenciones y estudios sobre cómo proporcionar una buena calidad de vida a las personas que se encuentran en esta etapa, generando a su vez beneficios a largo plazo en toda la población.

Referencias

- Argyle, E., Denning, T., & Bartlett, P. (2017). Space, the final frontier: outdoor access for people living with dementia. *Aging & Mental Health, 20*(10), 1055–1062.
- Barrero, C. L., García, S., & Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica, 4*(1-2), 81-85.
- Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., & Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de geriatría y gerontología, 28*(1), 32-40.
- Berto, R. (2005). Exposure to restorative environments helps restore attentional capacity. *Journal of environmental psychology, 25*(3), 249-259.
- Borella, E., Melendugno, A., Meneghetti, C., Murrioni, V., Carbone, E., Goldin, G., Cavalli, R., Basso, A., & Pazzaglia, F. (2023). Effects of an outdoor horticultural activities program on cognitive and behavioral functioning, mood, and perceived quality of life in people with dementia: a pilot study. *Frontiers in psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1182136>
- Bossen, A. (2010). The importance of getting back to nature for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 36*(2), 17-22.
- Brown, D. K., Barton, J. L., & Gladwell, V. F. (2013). Viewing nature scenes positively affects recovery of autonomic function following acute mental stress. *Environmental Science & Technology, 47*(11), 5562–5569. <https://doi.org/10.1021/es305019p>
- Chin K. S. (2023). Pathophysiology of dementia. *Australian journal of general practice, 52*(8), 516–521. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-23-6736>
- Deardorff, W. J., & Grossberg, G. T. (2019). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of clinical neurology, 165*, 5–32. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2>
- Detweiler, M., Sharma, T., Detweiler, J., Murphy, P., Lane, S., Carmen, J., Chudhary, A., Halling, M. & Kim, K. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly?. *Psychiatry Investigation, 9*, 100-110.
- Detweiler, M.B., Murphy, P.F., Myers, L.C. & Kim, K.Y. (2008). ¿Influye un jardín de paseo en conductas inapropiadas en residentes con demencia? *Revista Americana de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, 23*, 31-45.

- Domínguez, M. E. (2013). Aplicación de la Escala CAMCOG en el diagnóstico de demencias: Análisis de casos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 458.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. & Fanjiang, G. (1975, 1998, 2001). *Mini-Mental Status Examination*. Adaptación española: Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el Grupo ZARADEMP (1979, 1999, 2001) – Copyright © 2002 by TEA Ediciones, S.A.U., España.
- Gómez, M.E., Jiménez, M., Rodríguez, J., González, B., González, M. & Garrido, E.M. (2017). Efectividad de la terapia asistida con animales en pacientes con demencias. *Fisioterapia*, 39(6), 242-249.
- Guijarro, V., Calleja, M., & Puyana, J.A. (2015). Manejo y resultados de la terapia de orientación a la realidad. En Gázquez, J.L., Pérez, M.C., Molero, M.M., Mercader, I., Barragán, A.B., & Núñez, A. (Eds.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento: Volumen III*. (pp. 19-24). ASUNIVEP.
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 15 (3), 169-182.
- Kenney, M. J., & Ganta, C. K. (2014). Autonomic nervous system and immune system interactions. *Comprehensive physiology*, 4(3), 1177.
- Kuo, M. (2015). How might contact with nature promote human health? Promising mechanisms and a possible central pathway. *Frontiers in psychology*, 6, 1093. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01093>
- López, J. & Martí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista Española de medicina legal*, 37(3), 122-127. [https://doi.org/10.1016/s0377-4732\(11\)70075-x](https://doi.org/10.1016/s0377-4732(11)70075-x)
- Losada, A., Morago, M., Mur, P. & Pabán, A. (2023). *Guía de tratamientos no farmacológicos para personas con demencia*. Fundación Rey Ardid.
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Esperanzas de vida en España, 2022*. www.sanidad.gob.es
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C. & Atti, A.R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11, 125-129.
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L.F., & Muñoz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608.

- Olazarán, J., y Muñiz, R. (2009). *Mapa de Terapias No Farmacológicas para demencias tipo Alzheimer: Guía de iniciación técnica para profesionales*. Fundación Maria Wolff e International Non Pharmacological Therapies Project.
- Orellana, B., López, A., Maldonado, J. & Vanegas, V. (2017). Fundamentos de la biofilia y neuroarquitectura aplicada a la concepción de la iluminación en espacios físicos. *Revista Científica Maskana*, 8.
- Organización Mundial de la Salud (2024). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Peluso, S., De Rosa, A., De Lucia, N., Antenora, A., Illario, M., Esposito, M., & De Michele, G. (2018). Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(3), 149–157. <https://doi.org/10.1177/0891988718774634>
- Peñate, W. (2011). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154), 19-32. <https://doi.org/10.33776/amc.v36i153-154.1058>
- Pérez, E. (2016). *Intervención asistida con perros en personas con demencia*. Imserso
- Pretty, J., Barton, J., Bharucha, Z.P., Bragg, R., Pencheon, D., Wood, C., & Depledge, M.H. (2016). Mejorar la salud y el bienestar independientemente del PIB: beneficios de las economías más verdes y prosociales. *Revista Internacional de Investigación en Salud Ambiental*, 26 (1), 11–36. <https://doi.org/10.1080/09603123.2015.1007841>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wilmo, A., Riberiro, W., & Ferri CP (2013). La prevalencia global de la demencia: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Alzheimer's Dement*, 9(1), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.22.007>
- Rodríguez, A., Dávila, M.A, Morales, C., & Pedrón, B. (2011). Farmacología e iatrogenia. En P. González, J. Gutiérrez y C. Verdejo (Eds.), *Manual del residente en geriatría* (pp. 75-87). Madrid: ENE life
- Roth, M., Huppert, F.A., Mountjoy, C.Q. & Tym, E. (2015). CAMDEX-R. *Prueba de Exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez* (S. López-Pousa, adaptador). Madrid: TEA Ediciones.

- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: “La Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.
- Steinberg, M., & Lyketsos, C.G. (2010). Trastornos psiquiátricos en personas con demencia. En M.F. Weiner, & A.M. Lipton (Eds.), *Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 263-281). Madrid: Panamericana.
- Taulbee, L. R., & Folsom, J. C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Hospital & community psychiatry*, 17(5), 133–135. <https://doi.org/10.1176/ps.17.5.133>
- Yuan, Y., Huang, F., Lin, F., Zhu, P., & Zhu, P. (2021). Green space exposure on mortality and cardiovascular outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 1783-1797.
- Zhao, Y., Liu, Y. & Wang, Z. (2022) Effectiveness of horticultural therapy in people with dementia: a quantitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31,1983-97. <https://doi.org/10.1111/jocn.15204>

Anexos

Anexo I. Tríptico informativo sobre el programa para familiares y centro



Volver a Sentir

Programa de intervención basado en actividades de contacto con la naturaleza en personas con demencia

Elaborado por: Nerea Mur Roche

CONTACTA CON NOSOTROS

Residencia Santa Bárbara
C/ Un americano en París, 60
50019, Zaragoza

☎ 976 123 654

✉ contactanza@gmail.com

¿A quién va dirigido?

Personas con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, que presentan un diagnóstico de demencia.



Lu	Ma	Mi	Ju	Vi
S		S		S
S				S
S		S		S
S				S

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Las personas con diagnóstico de demencia se encuentran cada vez más limitadas a actividades relacionadas con el contacto con la naturaleza a causa del aumento de la institucionalización y las barreras con el entorno natural. Por ello, consideramos relevante el desarrollo e implementación de una intervención que combine ambas en los centros residenciales de personas con demencia.

Profesionales implicados

Psicólogo
Terapeuta hortícola
Técnico especializado en TAA
Voluntarios / Auxiliares

CRONOGRAMA DE LAS SESIONES

Sesión Inicial
Información y sesión de reminiscencia
Sesión 1, 11 y 21
Rincón verde
Sesión 2, 12 y 22
Gestos y habilidades
Sesión 3, 13 y 23
Reconociendo nuestro entorno
Sesión 4, 14 y 24
Elección de nuestro jardín
Sesión 5, 15 y 25
Paseo por los recuerdos
Sesión 6, 16 y 26
Plantando juntos
Sesión 7, 17 y 27
Juegos en compañía
Sesión 8, 18 y 28
Escuchar y mirar despacio
Sesión 9, 19 y 29
Recolección de frutos
Sesión 10, 20 y 30
Entre aromas y texturas
Sesión final
Cierre

¿Cuáles son los objetivos del programa?

Objetivo principal
Mejora de la calidad de vida

Objetivos específicos
Mejora de la orientación espacial y temporal
Mejora del estado de ánimo
Reducción de sintomatología depresiva y ansiosa
Promoción y mantenimiento de las capacidades motoras/autonomía
Mejora de la capacidad atencional



*Elaboración propia (imágenes generadas por IA)

Actividad Inicial

Orientación temporal y espacial

¿Qué día de la semana es hoy?.....

¿Qué día del mes?.....

¿De qué mes?.....

¿De qué año?.....

¿En qué país estamos?.....

¿En qué provincia?.....

¿Dónde nos encontramos ahora mismo?.....

*Elaboración propia.