

MÁSTER UNIVERSITARIO EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN CONTEXTOS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TEORÍA DE LA
EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA SOCIAL

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Prueba piloto: Mantener la estimulación cognitiva de
adultos y mayores dependientes, en su hogar,
mediante actividades adaptadas y con apoyo de sus
cuidadores

María de la Cinta Sánchez Prades

DNI:47824533-N

Tutor: Don Tiberio Feliz Murias

Fecha de la defensa: A Concretar

Lugar de la defensa: Centro Asociado UNED Tortosa

Videoconferencia

AGRADECIMIENTOS

Dedico este Trabajo Fin de Máster, con todo mi afecto, a las personas que han intervenido y participado en su realización, de manera voluntaria y con mucha ilusión. Sin ellas este proyecto no hubiera seguido adelante.

Gracias de corazón a Don Tiberio por tutorizarme y supervisar mi desarrollo del trabajo, así como a Doña Carme no solamente por tutorizarme, sino también para apoyarme en estos momentos tan importantes de mi vida.

Gracias al cura Andreu, por escucharme y darme el empuje que me hacía falta para continuar adelante, encarándome hacia la luz del final del túnel; mi futuro.

Gracias de nuevo a la María, Raquel, Rosa (educadoras) y a todos los profesionales del Hospital que han ido preocupándose por el desarrollo de mi trabajo. Es satisfactorio ver como tanta gente se interesa por tu avance.

Gracias a mi prometido (Jordi), a mi familia y amigos por estar siempre al pie del cañón, ayudándome emocionalmente a seguir adelante, e intentando que el ingreso y la definitiva pérdida familiar que tuve recientemente (mi segunda madre), en el área de paliativos del mismo hospital donde he realizado el proyecto, no me afectara durante el desarrollo de éste.

Sin todas las personas nombradas anteriormente, es probable que mi Trabajo Fin de Máster no hubiera tenido el final que tantas personas esperábamos y deseábamos, y por el que tanto he trabajado y luchado con ilusión y motivación hasta el final.

Por lo tanto, a todas ellas, ¡muchas gracias!

Allá donde estés, va por ti...

*“Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo”*

Benjamin Franklyn

RESUMEN

Actualmente las personas mayores suelen ser seres muy activos, que viven varias experiencias día a día, como es el hecho de cuidar a los nietos, cuidar la casa, hacer la compra..., en definitiva, están motivadas y hacen lo posible para tener una buena calidad de vida.

Pero, ¿qué pasa cuando estas personas por problemas de salud, deben ingresar en un centro hospitalario? No importa la edad que se tenga. Cuando una persona se ve ingresada en un centro (aunque sea por un corto período de tiempo), o se le dé el alta pero se vuelve dependiente, ella misma se ve frágil, sus ilusiones decaen, su autoestima baja, y si a todo eso se le suma la edad, empieza a tener un visible deterioro cognitivo.

Es necesario saber, sobretodo como familiar o cuidador de la persona enferma, qué es la estimulación cognitiva, qué beneficios da a la persona que los trabaja y qué tipo de actividades existen para que pueda realizar el usuario.

En la mayoría de centros hospitalarios, este concepto es sagrado. Por este motivo se encuentran servicios de terapia de estimulación cognitiva los cuales, con la ayuda de grandes profesionales (educadores sociales y pedagogos), ayudan diariamente a las personas ingresadas a mejorar, mantener o recuperar su estimulación cognitiva mediante actividades didácticas.

Dichas actividades pueden ser realizadas de mil maneras, pero las más conocidas son con materiales convencionales (por ejemplo, tal y como se trabaja en este proyecto, fichas de actividades), materiales audiovisuales (películas, series, etc.), o Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (actividades informáticas, con tablet, etc.).

Pero, ¿qué pasa realmente cuando la persona mayor dependiente vuelve a su hogar? En la mayoría de casos no continua realizando actividades de estimulación cognitiva, y todo aquello que había recuperado, mejorado o simplemente había mantenido, con el tiempo lo perderá.

Entonces, con este proyecto se quiere concienciar de la importancia de realizar actividades de estimulación cognitiva en el hogar. Esta tarea debe estar en boca de todos, tanto de los cuidadores o familiares más próximos de la persona mayor, así como de todos los profesionales de los centros.

Esperamos poder realmente concienciar a todas estas personas que están involucradas en el proceso, mediante el proyecto que se expone a continuación. En él, podremos observar qué desventajas tiene el no trabajar la estimulación cognitiva diariamente en el hogar, y conoceremos (o reciclaremos), conceptos antes nunca escuchados y de verdad importancia.

Palabras clave: estimulación cognitiva – vejez – adultos – calidad de vida – cuidadores.

ABSTRACT

Nowadays seniors used to be active, living daily several experiences such taking care of grandchilds or home, go shooping... definitely, they are motivated and ready to have a good quality of life.

But, what happened when this people have to be entered in a hospital because health problems? Age doesn't matter. When somebody is entered in a center (even for a short time), is feeling fragile, the happiness decays, the steem goes down, and adding the age, the cognitive spoilage begin to be visible.

It's important to know, specially as the sick family or carer, what is the cognitive stimulation talking about, what are the benefits for the one who is working in it and what type of activities could the user do.

In main hospitals, it is a sacred concept. That's the reason to find cognitive stimulation services. Having help of professionals (social educators or pedagogues), this programs helps daily entered people to get better, to keep on or recover their cognitive stimulation using didactical activities.

Those activities can be performed in many different ways, but the best known are those with conventional materials. For example, as in this project, with flash cards, audiovisual materials (films, series, etc.), or information and communication technologies (computers lab, tablets, etc.)

But, what happend when the senior go back home? Normally, they refuse to continue doing cognitive stimulation activities, so they will lose, over time, all they have recovered, improved or even maintained.

Perhaps, with this project wanted to conscience about the importance of doing cognitive stimulation activities at home. Everybody have to know about it, mostly the career or the family of the senior, as all the professionals who are working at the center.

We expect, with the project is exposed, to make conscience about it to everybody who is involved in the process. Through this project we can observe the disadvantages of refuse to continue with the cognitive stimulation daily at home, and we will know about new important concepts.

Key words: cognitive stimulation – seniors – adults – quality of life – caregivers

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Contextualización.....	8
1.2. Problema de investigación	9
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	10
2.1. Estimulación cognitiva.....	10
2.2. Materiales didácticos.....	11
2.3. Personas adultas	13
2.4. Personas que viven actualmente la etapa de la vejez	19
2.5. Cuidadores.....	25
2.6. Calidad de vida.....	28
2.7. Proyectos similares al propuesto	32
3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD	35
3.1. Unidad de Convalecencia.....	36
3.2. Muestra de los participantes	36
4. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO	38
4.1. Objetivos de la innovación del proyecto	38
4.2. Recursos de la innovación del proyecto	38
4.3. Descripción del proceso de innovación del proyecto.....	39
4.4. Tipo de actividades propuestas	42
5. DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	46
5.1. Preguntas de investigación	46
5.2. Descripción del proceso de investigación	46
5.3. Diseño del proceso de evaluación	48
5.3.1. Ficha de observación participante	48
5.3.2. Entrevista.....	49
5.3.3. Cuestionario	50
5.4. Rigor científico.....	51

6. RESULTADOS	54
6.1. Resultados de las técnicas de recogida de información	54
6.1.1. Entrevista Carme Franch	54
6.1.2. Fichas de observación	55
6.1.3. Cuestionarios de las usuarias	55
6.1.4. Primer cuestionario de los cuidadores	59
6.1.5. Segundo cuestionario de los cuidadores	62
7. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	64
7.1. Discusión	64
7.2. Conclusiones	64
7.3. Propuestas futuras	65
7. REFERENCIAS.....	67
8. ANEXOS	
8.1. Ejemplo Cuestionario de Pfeiffer	
8.2. Ficha de observación diaria para el cuidador	
8.3. Entrevista transcrita a Carme Franch	
8.4. Cuestionario destinado a las usuarias participantes de la intervención	
8.6. Dossier de las actividades propuestas para las usuarias	
SIN DETERIORO (D0)	
DETERIORO LEVE (D1)	
DETERIORO MODERADO(D2)	
DETERIORO GRAVE (D3)	

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización

La investigación realizada está contextualizada en el Complejo Asistencial de la Santa Cruz de Jesús (Tortosa), conocido también como Hospital de Jesús. En dicho centro, la autora de este proyecto realizó sus doscientas horas de prácticas del máster (Intervención Educativa en Contextos Sociales), durante el primer trimestre del año 2015.

El Complejo asistencial de la Santa Cruz se encuentra en la población de Jesús, antigua pedanía de Tortosa (Tarragona), la cual se constituyó en 1994 como entidad municipal descentralizada. Este municipio está cerca del río Ebro y tiene actualmente unos 4.100 habitantes.

El Hospital nació en 1.156 D.C. y primeramente era conocido como Hospital de los pobres de Cristo en San Juan del Campo. A lo largo de los nueve siglos de historia, pero, ha obtenido varios nombres y ha estado situado en varios barrios de Tortosa, empezando por Remolinos, Rastre, Plaza del estudios y finalmente Jesús (Casaus, 1997).

Según la información extraída de la página web del Grupo Sagesa (2014), el centro tiene como misión: *“procurar a los ciudadanos de la Región Sanitaria de las Tierras del Ebro una atención de calidad basada en las necesidades de la población, centrada en las personas, e impulsar las fuentes de conocimiento de nuestros profesionales, haciendo un uso adecuado de los recursos asignados a esta atención”*.

Además, el objetivo principal del centro es ofrecer todas las líneas de atención sociosanitarias y toda la atención integral a las personas mayores y/o en situación de final de vida. (Sagesa, 2014).

Durante las prácticas del máster, la autora conoció a muchos de los profesionales que se convertirían en su mano derecha durante el desarrollo del proyecto fin de máster. Una de esas personas es Carme Franch, pedagoga que lleva más de veintitrés años trabajando en el complejo, concretamente en el servicio de terapia de estimulación cognitiva para pacientes ingresados en la unidad de convalecencia¹.

Haciendo las prácticas del máster fue como la autora descubrió, mediante las conversaciones con diversos profesionales, la necesidad que existe actualmente, relacionado con los ingresados y la estimulación cognitiva.

En esta investigación, pero, nos centraremos en la realización de una investigación de orientación profesional, en el servicio de terapia de estimulación cognitiva de la primera planta del Hospital de Jesús, donde acuden los ingresados de la unidad de convalecencia.

¹ Concepto explicado en el apartado 3.1

1.2. Problema de investigación

Los usuarios que ingresan en el área de convalecencia, son personas que mayormente han sufrido algún tipo de fractura de músculo o hueso, caídas, problemas de corazón, han padecido algún ictus o derrame, entre otras dolencias. Estas personas suelen estar ingresadas en el centro durante un período mínimo de dos semanas y un período máximo de tres meses (por normativa del centro no pueden estar más de tres meses. Si lo precisara, se le tendría que trasladar al área del hospital conocida como larga estada), y una vez dado el alta, vuelven a su hogar con el acompañamiento de un cuidador/a.

El problema del cual se habla, entonces, hace referencia a un alto por ciento de los usuarios nombrados anteriormente los cuales han ido diariamente a terapia de estimulación cognitiva. Estos usuarios, al darles el alta médica y volver a su hogar, poco tiempo después (mínimo dos semanas y máximo cinco meses) y por circunstancias de su salud (empeorar o padecer otra dolencia diferente), han vuelto a ser ingresados en la misma área.

Dichos usuarios, en su vuelta demuestran en el servicio de terapia de estimulación cognitiva cómo todo el mantenimiento realizado en el anterior ingreso así como la mejora cognitiva, después de estar un tiempo en su hogar, lo han perdido en su totalidad.

A muchas de las profesionales les indigna observar cómo estas personas pierden todo lo recuperado, al volver a su hogar y no realizar actividades para su mantenimiento cognitivo. Como es lógico no se puede culpar a nadie del deterioro del usuario, puesto que nadie tiene total conocimiento de la importancia del mantenimiento cognitivo en el hogar.

Por este motivo se ha decidido realizar este proyecto. Primeramente, para intentar que todas esas personas que ingresan en el hospital, concretamente en el área de convalecencia, vuelvan a su hogar y puedan continuar, con la ayuda de sus cuidadores, mantener su estimulación cognitiva mediante una pequeña formación básica que se le ofrecerá a su cuidador, así como varias actividades de estimulación cognitiva. Y, segundamente, para hacer conciencia a los cuidadores y familiares próximos de la importancia de hacer un mantenimiento cognitivo en el hogar de la persona a cuidar.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1. Estimulación cognitiva

Alfaro y Castro (2002) señalan que *“la persona con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primero resultado una mejora en la calidad de vida. Pretendiendo que la estimulación cognitiva estimule las áreas en las cuales presentan déficit, favoreciendo al hecho que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada”*.

Soria (2013), Doctor geriátrico del Hospital Universitario Niña Elena de Valdemoro (Madrid), y jefe del equipo de Geriatria y apoyo médico quirúrgico del Hospital Sur de Alorcón (Madrid), explica que los servicios de Terapia de estimulación cognitiva están ubicados dentro de las instalaciones de la mayoría de Instituciones Socioeducativas que hay en España y que tienen como objetivo común: *“trabajar la estimulación cognitiva englobando todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo, mediante varias actividades y materiales didácticos”*. Este servicio consiste en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, con la intención de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia del usuario.

Hay que tener en cuenta que los usuarios son el verdadero centro del trabajo diario y, por tanto, son atendidos por un equipo profesional desde una visión interdisciplinar teniendo en cuenta sus necesidades personales desde el enfoque de que el ser humano es un todo biológico, psicológico, social, ético y espiritual. Con estas directrices, a la hora de plantear y planificar actividades terapéuticas para los usuarios siempre aparece una idea: actividades que sean motivadoras y que reduzcan ese grado de apatía que generalmente les caracteriza.

Lo más importante, es que si se trabaja sobre las capacidades residuales (las que todavía conservan) y de la persona (y no las que ya ha perdido), se conseguirá evitar la frustración del usuario. Todo esto contribuirá a mejorar globalmente la conducta y el estado de ánimo, consiguiendo una mejora de autoestima y calidad de vida por parte del usuario.

Las áreas cognitivas que se quieren mantener y estimular, son:

- ✓ **Orientación y atención:** Ambas funciones son fundamentales para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas, sin embargo definir sus características específicas resulta ciertamente dificultoso. En casos de alteración de la atención aparece falta de persistencia, facilidad de distracción, gran vulnerabilidad a la interferencia y dificultad para inhibir respuestas inmediatas inadecuadas. En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad de atención, aparece desorientación primero temporal y después espacial.

- ✓ **Memoria:** Existen diferentes modelos teóricos sobre la memoria los cuales afirman que la memoria consta de diferentes procesos, y que la memoria está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.
- ✓ **Funciones ejecutivas frontales:** Son las funciones que se le atribuyen al lóbulo frontal o también conocidas como funciones frontales, se podrían denominar como ejecutivas o conducta adaptativa, es decir, una conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas impulsivas disruptivas.
Estas conductas tienen que controlar los cambios en el ambiente y, si es posible, prevenirlos. También está ligada al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de autocuidado, por este motivo las personas con deterioro de esta área cerebral (por ejemplo, demencias) sufren un importante deterioro en este tipo de conductas y que en muchos casos es una de los deterioros fácilmente observables, especialmente en personas que tenían muy desarrolladas las habilidades y capacidad de autocuidado.
- ✓ **Lenguaje:** Se hace entender el lenguaje no solamente al hablado, sino al habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.
- ✓ **Cálculo:** Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.
- ✓ **Praxis:** Se consideran praxis a la capacidad de realizar ciertos movimientos, en diferentes regiones del cuerpo: bucofacial y extremidades.

López, López y Ariño (2002:19) argumentan que *“no existe en estos momentos mejor fórmula que el entrenamiento cognitivo, puesto que este proporciona una ayuda para afrontar el deterioro multifuncional y entrena las capacidades que se encuentran preservadas o menos afectadas. La estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el periodo de autonomía de la persona dependiente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad”*.

Además, López, López y Ariño (ibid:21) también señalan que *“la mejora del estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma”*.

2.2. Materiales didácticos

Tratar de presentar una definición de material didáctico no es una tarea fácil puesto que se trata de un concepto polisémico, considerado diferente según quién lo defina o utilice.

En el transcurso de la investigación, tanto desde la teoría como desde las técnicas para la recolección de información, se evidencia que los materiales didácticos no son otra cosa que los recursos que utilizan los educadores para cumplir con significación el proceso de aprendizaje, en el que domina una metodología lúdica adecuada, lo que incide directamente en la adquisición de conocimientos y destrezas que le permitan al aprendiz un aprendizaje significativo.

García (2007), los considera como *“apoyos de carácter técnico que facilitan de forma directa la comunicación y la transmisión del saber, encaminados a la consecución de los objetivos de aprendizaje”*.

Una definición interesante que nos ofrece Mena (2006), es que el material didáctico es: *“un conjunto de informaciones, orientaciones, actividades y propuestas para guiar a las personas su proceso de aprendizaje y que está en un determinado apoyo (imprimido, tangible, audiovisual, informático, etc.)”*.

Los materiales cumplen una función muy importante, pues tienen una finalidad de enseñanza y expresan una propuesta pedagógica. Enseñan y guían el aprendizaje de los alumnos y/o usuarios, presentando y graduando los contenidos y las actividades, transmitiendo información actualizada sobre la temática del curso, planteando problemas, alentando la formulación de preguntas y el debate del grupo.

Además, la manera de presentar la información de los materiales didácticos es fundamental para la asimilación del receptor. Los materiales didácticos constituyen la serie de recursos utilizados para favorecer el proceso de Enseñanza - Aprendizaje.

Por lo tanto, es importante como educador/cuidador, *“mantener contacto con materiales reales, llamativos, palpables y variados, lleva a vivenciar lo que quiere aprender, dinamizando su proceso de interiorizar contenidos y a la vez sentir el goce y el disfrute por lo que se aprende”* (Manrique y Gallego, 2013).

Clasificación de los materiales didácticos

A partir de la consideración de la plataforma tecnológica en la cual se sustentan los materiales didácticos y los recursos educativos en general, éstos se suelen clasificar en tres grandes grupos, cada uno de los cuales incluye varios subgrupos (Fernández 2014):

- **Materiales Convencionales:**

- Impresos: libros, fotocopias, fichas (las cual utilizaremos en este proyecto), periódicos, documentos, etc.
- Tableros didácticos: Pizarra.
- Materiales manipulativos: Recortables, cartulinas, etc.
- Juegos: Juegos de sobremesa.

- **Materiales Audiovisuales:**

- Imágenes fijas proyectables: diapositivas, fotografías, etc.
- Materiales sonoros: casetes, CD, programas de radio, etc.
- Materiales audiovisuales: montajes audiovisuales, películas, vídeos programas de televisión, etc.

- **Nuevas Tecnologías:**

- Programas informáticos.
- Servicios telemáticos: páginas web, correo electrónico, chats, fórums, etc.
- TV y video interactivos.

2.3. Personas adultas

Las personas adultas es uno de los dos colectivos que podemos encontrar como pacientes dentro del Complejo Asistencial, aunque cabe destacar que es un porcentaje muy bajo en comparación con el colectivo de la vejez. Además, dentro del centro estas personas solamente las podemos encontrar ingresadas en la unidad de convalecencia (más probable), unidad de paliativos, en el centro de día o en la unidad de subagudos. En este proyecto, pero, no se ha podido contar con ninguna persona adulta puesto que no ha surgido dicha posibilidad.

Uno de los criterios que podemos emplear para definir la edad adulta es el de edad cronológica. En nuestra cultura definiríamos la edad adulta como un periodo extenso de la vida del individuo que englobaría de los veinte-veinticinco años a los sesenta-sesenta y cinco años, aunque estos límites no son fijos y pueden variar según las culturas.

Grandes autores como Smelser y Erikson (1983), vienen a confirmar la idea de que *“existe un movimiento de interés entre psicólogos, sociólogos, pedagogos, etc. hacia el estudio de los años del ciclo vital que siguen a la adolescencia y preceden a la vejez. La idea general que mueve todos los estudios realizados es que a la adultez no se le puede seguir considerando un período estable y tranquilo, puesto que, al contrario de los que se pensaba, se producen cambios y procesos evolutivos tan importantes como en períodos anteriores”*.

El concepto de adultez aporta tres criterios determinantes para él: la aceptación de responsabilidades, el predominio de la razón y el equilibrio de la persona. Además en esta etapa, entendida como estado de madurez, se tiene claro que el cuerpo ya no crece más y se puede afirmar que un adulto puede que no esté ni emocional ni moralmente maduro, pero la sociedad espera de él que lo esté; por ello, es un adulto en tanto es objeto de esas expectativas.

Tanto la edad como el tiempo tienen, además de su carácter cronológico, un significado sociocultural. Cada sociedad articula y secuencia todo un conjunto de prácticas y actividades dependiente de la manera en que gradúa la edad de los sujetos. A las personas, según su estatus de edad, se les otorga unos derechos y obligaciones, a la vez que se genera una expectativa respecto al rol que éstas tienen que llevar a cabo.

La noción de adultez adopta una dimensión fundamentalmente social. Así, y siguiendo una larga tradición en psicología social vinculada a las teorías de la identidad social, podemos postular que somos adultos en la medida que somos percibidos como tales.

El hecho de afrontar de manera exitosa determinados acontecimientos, transiciones o crisis fomentaría el crecimiento personal de algunos aspectos. En este contexto, las tareas de desarrollo, en sí mismas constituyen una ocasión para el proceso de madurez personal.

Desarrollo cognitivo en la edad adulta

El desarrollo o declive de las capacidades intelectuales de las personas a medida que van haciendo mayores, es un aspecto bastante debatido.

Algunos investigadores defienden que en la adultez tardía empieza a producir una disminución de la velocidad de procesamiento de la información y una pérdida de flexibilidad del pensamiento. Esto provoca una reducción en la rapidez y eficacia a la hora de resolver problemas. Otros investigadores dicen que durante la adultez surgen nuevas formas de pensamiento, como es el pensamiento dialéctico.

Durante la etapa de la adultez, la memoria se caracteriza más por la estabilidad que por el cambio. Igualmente, en los adultos más mayores, se observa un declive en algunos aspectos de la memoria.

Son muchas las investigaciones que se han hecho para abordar esta cuestión, las cuales al analizar el patrón de evolución de las puntuaciones en diferentes escaleras de inteligencia según la edad de las personas, observan que algunos resultados de éstas escaleras, defienden que no se puede hablar de un declive en las capacidades intelectuales durante la adultez.

En general, durante la juventud o en la edad adulta, las capacidades relacionadas con la inteligencia fluida suelen llegar a su cota máxima, se estabilizan o empiezan un leve declive. En cambio, las capacidades relacionadas con la inteligencia cristalizada siguen aumentando hasta edades muy avanzadas.

Morales (2011), explica que es durante la adolescencia cuando una persona logra su punto máximo de inteligencia y que a partir de aquí, ésta va disminuyendo progresivamente durante la edad adulta. Para contrarrestar esta hipótesis, se puede evaluar las habilidades intelectuales de las personas y se puede comparar con la edad de estas. Los resultados, pero, pueden ser muy variados, teniendo en cuenta las medidas de inteligencia utilizadas y el tipo de diseño.

Según Strassen-Berger y Thompson (2001), la comparación entre la evolución de la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada ha sido bastante estudiada:

- ✓ La inteligencia fluida está relacionada con las habilidades que utilizamos para aplicar nuevos aprendizajes y con la capacidad de razonar en términos abstractos ante situaciones originales.

- ✓ La inteligencia cristalizada está relacionada con la experiencia y con los conocimientos adquiridos culturalmente.

Para entender los motivos o significados de algunos sucesos es importante conocer el contexto. Los adultos toman conciencia de que el conocimiento y el sistema de valores son constituidos socialmente. El pensamiento de la vida adulta también se ve caracterizado por la capacidad de aceptar las contradicciones. Ante algunos problemas, el adulto es capaz de entender y valorar opiniones contrarias a las suyas, a pesar de que no le resulte fácil.

Aquellos adultos que logran el pensamiento dialéctico, asumen que gran parte de los problemas cotidianos tienen más de una solución. Por otro lado, este pensamiento implica también la capacidad para asumir los estados de incertidumbre y convivir, puesto que el adulto piensa que muchas de las situaciones a las que se enfrenta, comportan tomar una decisión de riesgo o pensar en las probabilidades de acierto.

Otro punto importante a destacar en los adultos es la memoria, la cual entendemos como un conjunto de sistemas que permiten adquirir, retener y recuperar información.

Existen varios sistemas de memoria diferentes entre sí, teniendo en cuenta la función que desarrollan. Una de las diferencias entre estos sistemas de memoria está relacionada con la manera en la cual se accede y se recupera la información, así como si se hace de manera consciente o inconsciente.

Estas diferencias reciben el nombre de memoria explícita y memoria implícita. La memoria explícita empieza su desarrollo en la niñez y continúa hasta la adultez. Una vez la persona entra en la etapa de la vejez, este tipo de memoria inicia un declive.

En cuanto a la memoria implícita, no sufre ningún declive ni deterioro a lo largo del ciclo vital. Hay que decir, que no todos los sistemas a los cuales se puede acceder de forma intencionada sufren un deterioro. Surgen algunas alteraciones en la memoria, como la pérdida gradual de la memoria episódica a partir de los 35/40 años o la memoria semántica a partir de los 55/60 años.

Durante la edad adulta, las personas son capaces de organizar y elaborar la información formando trazos significativos y distintivos que posibilitarán la recuperación posterior. A pesar de que pueden existir varias variables del contexto interno y externo de la persona que pueden modificar la utilización de estas estrategias.

En la codificación superficial no hay diferencias pero en la profunda se aprecia un menor rendimiento a medida que la persona se acerca a la vejez. En la recuperación, hay más deterioro en el recuerdo que en el reconocimiento.

Desarrollo psicosocial en la adultez

Durante la edad adulta, el desarrollo psicosocial se caracteriza por sufrir numerosos cambios. En esta etapa las personas toman conciencia del paso del tiempo, hacen una valoración de todo aquello que han conseguido hasta el momento y piensan en todo aquello que todavía les queda por hacer, los retos futuros, las metas que aún no han sido logradas, etc. Esto hace que la vida de estas personas sea cada vez más, una cursa contra reloj.

En esta etapa, los acontecimientos significativos (como por ejemplo, el hecho de ser padre), puede ser muy variable de una persona a otra. Algunos hombres y mujeres desean ser padres en la edad adulta joven y otros en cambio algo más tarde, por lo tanto habrá algunas diferencias en la crianza de estos hijos.

Otro de los cambios que acontecen durante esta etapa de desarrollo tiene lugar en las relaciones familiares. Las personas adultas se encuentran en una etapa intermedia de la vida, experimentando la sensación de haber llegado a la mitad de su vida. En este momento se les presentan varios retos; por un lado, hace falta que colaboren al ayudar a los hijos a iniciar una vida independiente y autónoma, y por la otra hace falta que presten atención a las generaciones de gente que ya se encuentran en la etapa de la vejez (padres, suegros, tíos, etc.).

Estas situaciones hay quién las afronta de manera eficaz y hay quien se agobia. Cuando los hijos se van de casa a los padres les suele costar acostumbrarse a tener la casa vacía y seguir el día a día sin ellos. Este hecho recibe el nombre de síndrome del nido vacío. Este síndrome se acentúa más en las mujeres que en los hombres, puesto que éstas han dedicado buena parte de su actividad a la crianza de los hijos. Hay que decir que este síndrome ya no es tan frecuente como antes, puesto que actualmente la incorporación de las mujeres al mundo laboral ha conducido a disminuirlo. Por lo tanto, las mujeres que más lo sufren ahora son las que no trabajan y se ocupan de sus hogares.

Actualmente, se ha dado un nuevo síndrome llamado nido relleno. Este puede volver a ser un momento de estrés y una fuente de conflicto. El nido relleno surge cuando el hijo adulto vuelve a casa (mayoritariamente por divorcios). La parte negativa es que éste vuelve a casa con una sensación de frustración, de fracaso, puesto que la ilusión que tenía se ha visto derrotada. Además los padres también sienten un momento de frustración, porque pueden pensar que ellos no lo han hecho bien, porque sus hijos no han sido capaces de independizarse y/o tirar adelante una familia.

Otro tema importante es el hecho de ocuparse de los padres envejecidos, puesto que puede suponer una oportunidad para crecer personalmente o, por el contrario, puede suponer una situación de estrés al tener la sensación de estar atado y no tener tiempo para uno mismo.

Morales (2011) afirma que normalmente el hecho de ocuparse de los padres *“es un trabajo que hace la mujer y esta lo asume de dos maneras diferentes, puede sentir que no recibe suficiente apoyo y que tiene que abarcar demasiado trabajo, o bien puede sentirse bastante valorada por la gente a la que está prestando la ayuda y esto hacer que realizar esta tarea le resulte menos estresante”*.

En el contexto interpersonal las personas en la edad adulta empiezan a salir con la pareja, a partir del cual se pone en práctica la teoría de los filtros. Esta teoría explica que las personas, cuando empiezan a salir con alguien, van superando una serie de filtros antes de llegar al matrimonio, los cuales sirven para saber la compatibilidad de la persona que se escoge como pareja con un mismo, la proximidad, la afinidad, etc. (Morales, 2011).

Actualmente, estos filtros se llevan a cabo en las parejas jóvenes pero en los matrimonios que hoy ya se encuentran en la vejez no se ha llegado a contemplar nunca. Antes no era tan importante que en una pareja hubiera amor (un ejemplo de esto sería los matrimonios concertados por la familia), sino que había otras prioridades como tener hijos, casarse y formar una familia. Además, tiempo atrás justificar un divorcio por carencia de amor no tenía mucho sentido. Ahora, en cambio, esto ha dejado de ser primordial y es estrictamente necesario que haya amor, complicidad, respeto, etc.

Las relaciones entre los cónyuges a veces se deterioran y estas deciden separarse. Estas separaciones se producen más en la edad adulta joven que no más adelante. Estas situaciones producen varias reacciones en las personas; por un lado es posible que uno de los dos no se haya dado cuenta de los problemas conyugales o no se haya querido dar cuenta, y entonces recibe con sorpresa y desconcierto la decisión de su pareja. Esto hace que la persona sorprendida afronte con incertidumbre su futuro y le cueste asumir esta ruptura. Otros, en cambio, ya prevén que las cosas no van bien y lo hablan amistosamente para acabar con la relación, se cuestionan si podían haber hecho algo más para salvar la relación y al no encontrar respuesta por su pareja, a menudo, llegan a sentir frustración.

La separación o divorcio en la edad adulta, sea por el motivo que sea, puede suponer algunas dificultades por los dos conyugues, a pesar de que la mujer a menudo se ve con situación desfavorable en cuanto a los motivos económicos. Generalmente, desde hace poco tiempo la mujer no ingresaba tanto dinero como su marido en el hogar, cosa que provocaba que al separarse de la pareja su poder adquisitivo menguara notablemente, y ésta se tuviera que adaptar al nuevo nivel de vida.

A pesar de que un divorcio puede ser una experiencia traumática para la persona, hay que decir que a menudo resulta una oportunidad para la persona para hacer lo que quizás hasta ahora no había podido hacer, para dedicarse a ella misma, valorarse o bien para empezar una nueva relación.

Algunos de los factores que favorecen que el divorcio tenga un impacto menos negativo son: el adecuado apoyo financiero puesto que ahora la mujer también trabaja; el apoyo social, puesto que las personas se pueden apoyar en la familia y amigos; la adecuada paridad en la custodia de los hijos y finalmente el apoyo emocional del padre ausente.

En cuanto al ámbito laboral en la edad adulta, hay que decir que actualmente la estructura de la economía ha sufrido varios cambios, los cuales obligan a los adultos jóvenes a tener paciencia antes no puedan encontrar un trabajo estable que les permita marchar de casa e iniciar una vida totalmente independiente y autónoma.

Los adultos jóvenes que están estudiando se encuentran a menudo con situaciones largas de paro o con trabajos que les despierta muy poco interés. Esto provoca que la satisfacción personal se vea notablemente perjudicada.

Es importante para las personas que tienen muchas obligaciones, disponer de tiempos de ocio personal. Separar el tiempo de ocio con la familia o con las actividades laborales del tiempo propio personal, puesto que esto ayuda a la persona a no sufrir tanto estrés y obtener una mejor calidad de vida.

Desarrollo de la identidad y la personalidad en la adultez

Los factores que determinan el comienzo de la edad adulta son básicamente de carácter social, llega la edad de tener el primer puesto de trabajo, se acaba de estudiar, edad de casarse y tener hijos, emancipación de los padres, etc. Estos acontecimientos, claro, no suceden a todas las personas en la misma edad, sino que hay mucha variabilidad.

La personalidad se define aproximadamente sobre los 18 o 20 años. A partir de aquí la entrada en la etapa adulta supone a menudo una reestructuración de las relaciones con los compañeros y con los padres. En esta etapa la persona aprende a decidir y tomar las propias decisiones de manera autónoma, cosa que hay que mantener a pesar de que los padres o amigos no lo aprueben. Este hecho va consolidando la personalidad e identidad de la persona.

Otra teoría importante es la teoría del desarrollo de la personalidad la cual se denominó “Teoría psicosocial”. En esta teoría se describe ocho etapas o estadios del ciclo vital donde se explica los conflictos o crisis a los que se tienen que enfrentar las personas a lo largo de la vida, pero los cuales no se detallaran en esta investigación.

Aun así, haremos un breve hincapié al estadio denominado Intimidad verso el aislamiento. Éste abarca desde los 21 años hasta los 40 aproximadamente. Además, explica que la intimidad de las personas supone la posibilidad de estar cerca otros, puesto que se tiene el sentimiento de saber quién eres y de tener un gran dominio y conocimiento sobre sí mismo. Si la persona no supera con éxito esta etapa puede quedarse en aislamiento.

Si una persona no ha sido capaz de dar sentido a las relaciones con los otros durante sus años de juventud, posiblemente esto le comporte importantes trastornos de la personalidad. Esto puede hacer que esta persona acabe por rechazar, ignorar o atacar aquellos que le hacen sentir frustrado.

Es en esta primera etapa de la adultez en que las personas desarrollan normalmente una relación de intimidad con otros individuos, a pesar de que también es aquí donde muestran un gran interés por su independencia y libertad. Esto hace que la persona tenga que hacer un balance y aprenda a llegar a un equilibrio entre la intimidad y el compromiso con los otros, y la libertad y la independencia de un mismo.

Desarrollo moral en la adultez

La psicología es muy importante para la ética, puesto que esta muestra que el hombre aprende, mejora moralmente, estudia la conducta o el comportamiento humano y los procesos mentales de forma que nos ayuda a comprender mejor nuestro funcionamiento.

Una de las funciones de la conciencia moral es la de formular juicios sobre el que tenemos que hacer o aquello que tenemos que rechazar. No todas las personas, pero, respondemos igual ante varias situaciones o circunstancias.

El desarrollo moral de una persona pasa por tres grandes niveles, el Preconvencional, el Convencional y la Tabla convencional, cada uno de los cuales contiene dos estadios. A medida que las personas van superando estas etapas, no es posible volver atrás a etapas inferiores. Se trata de un aprendizaje unidireccional. (Morales 2011).

El ser humano necesita elaborar y construir criterios morales, normas sociales y valores que le permitan tener una convivencia respetuosa. Para la convivencia social, es necesario establecer acuerdos entre las personas para que los mismos principios se valoren como prioritarios. Es en este sentido en el que se puede hablar de moralidad.

La moralidad está compuesta, por un lado, para adquirir una serie de valores los cuales son universales y se refieren a conceptos como el altruismo, el respeto a la vida, la libertad, la solidaridad, etc., y que obligan a la persona a actuar de una manera determinada. Hay que decir que cada persona tiene unos valores determinados.

Y por otro lado, la moralidad está compuesta también para adquirir una serie de normas, es decir, las reglas que hay que seguir, las cuales vienen determinadas normalmente por las culturas y las costumbres y que pueden hacer referencia a varios aspectos o comportamientos, como por ejemplo, la manera de saludarse, de actuar en los diferentes ámbitos, de vestir, etc. Las normas rigen el pensamiento o la conducta.

2.4. Personas que viven actualmente la etapa de la vejez

El envejecimiento de la población en nuestro país es, sin duda, y como en los demás países desarrollados, uno de los fenómenos claves que van a condicionar el futuro de nuestras sociedades y del Estado de Bienestar.

No estamos ante un hecho coyuntural vinculado a un ciclo demográfico que puede cambiar a corto plazo. Las sociedades desarrolladas han conseguido el gran logro de que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones. Este hecho, unido a las bajas tasas de natalidad, da como resultado que las personas mayores tengan cada vez una mayor relevancia en nuestras sociedades.

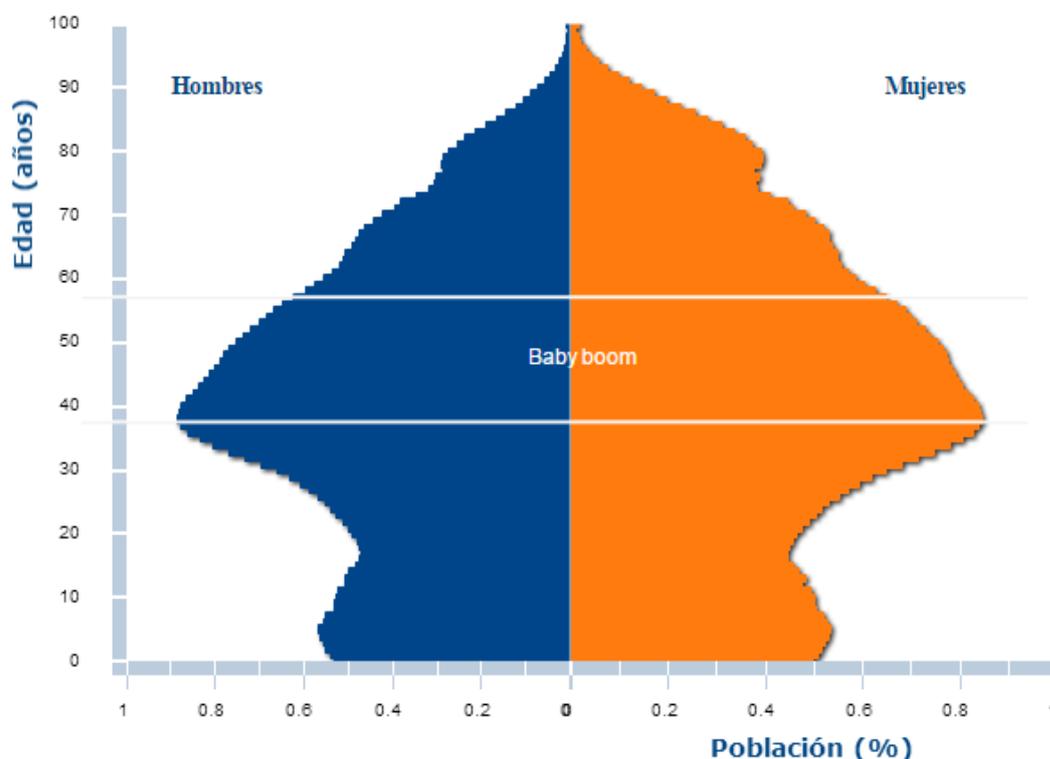
En la década de los 60 empezó a mostrarse el incremento de la proporción de personas mayores en la población total, como resultado de los progresos de la medicina que determinan un descenso de la mortalidad. El envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno global.

Según Díaz (2012), el Censo de Población de 2001 manifestó algo insólito en la historia demográfica española, ya que el grupo de edad formado por los mayores de 65 años eran más numeroso que el constituido por los menores de 15 años (el 17,04% frente al 14,52%, respectivamente). Hechos así hace afirmar que la sociedad española es ya otra, en el sentido de haber cruzado definitiva e irreversiblemente el umbral de la convergencia con Europa, al menos en el plano demográfico, el más básico de su estructura.

Si comparamos la situación actual con la de comienzos del siglo XX, hay muchos datos que reflejan el avance del grupo de habitantes mayores de 65 años, tal y como se puede observar en la pirámide de población del año 2015. La sexta parte de los españoles están en este grupo, en 1900 solo formaban este grupo uno de cada veinte, más o menos. En todo este tiempo nuestro país ha multiplicado su población en un 2,20%, los mayores de 65 años lo han hecho por un 7,20%, es decir lo han triplicado. (Gulf, 2012).

Más a largo plazo, a partir de 2020 volverá un apogeo del envejecimiento demográfico, en la cima de la pirámide de población estarán las generaciones del *baby boom* nacidas entre los 50 y los 60, suponiendo que el índice de fecundidad no asista a una profunda recuperación y sin profundizar demasiado en la llegada de inmigrantes a nuestro país.

A continuación, se muestra la pirámide de población actual de España (2015):



Fuente: Envejecimiento en red²

² Fuente citada en el apartado de Referencias – Apartado 8.

Definición del concepto vejez

Morales (2011), comenta que el concepto vejez descende de la voz latina *Vetus* que se deriva de la raíz griega *etos* que significa “años”.

En general, la vejez suele ser reconocida por la mayoría de nosotros a partir del tiempo acumulado, como un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo, es decir, del significado con el cual se relaciona la edad en función de un momento histórico determinado.

Además, la definición de vejez ha sido hasta ahora muy variada y reciente en el campo de la ciencia. Si bien desde la antigüedad filósofos como Sócrates, Platón o Cicerón hicieron aportaciones a la comprensión de la vejez, no fue sino hasta principios de siglo XX cuando formalmente empezó a estudiarse con mayor interés.

Para muchos de nosotros, la representación que tenemos de la vejez está a veces relacionada con la experiencia o la sabiduría de los viejos. Para otros, la vejez es vista como una edad de enfermedad o de dificultades. Estas perspectivas que tenemos de la gente mayor no están dadas por naturaleza sino que responden a las representaciones que circulan en las conversaciones cotidianas, a las calles y espacios públicos, en la información de los medios de comunicación y en lo que escuchamos de la ciencia. Es decir, circulan y se producen mediante la comunicación. Sin embargo, la historia nos hace dar cuenta que las concepciones de la vejez nunca han sido uniformes, aunque sí se han mantenido algunas por periodos prolongados.

Las primeras definiciones de la vejez aparecieron en los años cincuenta, momento en el cual las investigaciones médico-científicas cobraban un mayor impulso.

Medawar (1953:320-338), decía que *“la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, el término del cual inevitablemente es la muerte [...] El que mide, cuando lo medimos, es una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad... se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica”*.

Desde esta perspectiva médica, la vejez fue relacionada como un estado previo a la muerte. De las primeras definiciones que se ofrecieron en la Gerontología, Lansing (1959:119-135), afirma que la vejez *“es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”*.

En cambio Goldfarb (1965:10-45), desde la Psiquiatría decía que: *“el envejecimiento está mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. La vejez es un estado donde la disminución de la capacidad funcional, física y mental, se ha hecho manifiesta, medible y significativa”*.

Las dimensiones de estudio de la vejez según la biología

Estas primeras definiciones marcan la tendencia en los inicios de los estudios sobre la vejez, altamente influenciadas por perspectivas médicas y biológicas. Esta línea tuvo mucha influencia en las definiciones que se ofrecieron durante el siglo XX, como la de San Martín (1988), citada por Ramos, Salinas y otros autores (2012), quienes considera desde el punto de vista fisiológico que *“el envejecimiento tisular empieza cuando acaba el periodo de crecimiento, lo cual ocurre entre los 25 y los 30 años”*. Señala que es un proceso gradual e insidioso, pero progresivo, y se objetiva después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos se hace evidente.

Durante los últimos años del siglo XX aparecieron más definiciones sobre la vejez. Según Schaie y Willis (2003:22), *“el envejecimiento [...] se refiere a una transformación con el tiempo ordenada y regular de los organismos representativos que viven bajo entornos representativos”*.

Point Geis (1997:25) señala en esta misma línea de pensamiento que el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades. Según esta autora, el envejecimiento *“reflejaría la tendencia al desorden que manifestaría un ser vivo organizado como un sistema interrelacionado de sustancias químicas inestables que reaccionan de forma secuencial”*. Se considera que es una etapa del desarrollo y proceso de evolución del organismo resultado del deterioro funcional, donde el individuo será cada vez más incapaz.

Craig (2001:553) considera que la vejez es un periodo importante por su naturaleza y que empieza aproximadamente al inicio de los 60 años. A nivel biológico, dice que el envejecimiento es un fenómeno universal pues: *“Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez [...] Muchos de los efectos no se perciben hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva”*.

Para Gonzalo (2002:51-53), *“el envejecimiento o senescencia indica los cambios que se producen en la tercera y cuarta edad sin que se añadan alteraciones producidas por otras enfermedades, es decir, el envejecimiento normal”*.

Esta tendencia sitúa la vejez como un producto biológico que aporta elementos importantes en la discusión conceptual de la vejez. Sobre todo, cuando se observa la falta de uniformidad de los cambios físicos y la complejidad de otros elementos psicológicos y sociales que también influyen significativamente en la forma en la que se presenta la edad.

De la biología a la psicología

Con el surgimiento de áreas nuevas de estudio, como la Gerontología o las aportaciones de la Psicología del Desarrollo, se fueron incluyendo otros aspectos en la definición. De hecho, algunos autores gerontológicos o psicólogos del desarrollo prefieren utilizar el término envejecimiento en lugar del término vejez.

Así, una de las definiciones más utilizadas es la que plantea el estudio de la vejez a partir del envejecimiento primario y del envejecimiento secundario propuesto por autores como Horn y Meer (1987), citados por Ramos, Salinas y otros autores (2012). Según estos autores, *“el envejecimiento primario, es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida, continúa a lo largo de los años y no puede evitarse; [...] el envejecimiento secundario, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que pueden ser evitables y que están en el control de la gente”*.

Hoffman, Paris, y Hall (1996:57) comparten esta definición y señalan que *“el envejecimiento primario es normal e inevitable y sucede a pesar de la salud, y que el envejecimiento secundario, son cambios que están correlacionados con la edad y que hacen difícil establecer un curso normal del envejecimiento.”*

Fierro (1994:3) habla de envejecimiento como *“un proceso que empieza tempranamente al final de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo”*. Señala que *“el envejecimiento no constituye un proceso evolutivo o de desarrollo, tampoco involutivo, pero sí de decadencia o deterioro vital”*. También señala que *“no constituye un proceso simple y unitario sino un fajo de procesos, asociados entre sí, que no son necesariamente sincrónicos y son asociados a la edad cronológica”*.

Desde la perspectiva de la Geriátrica, Albretch y Morales (1999:29) señalan que *“el envejecimiento comprende varias modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporal y espacial en el cual se desarrolló el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo [...] estos cambios se inician o aceleran después de haber conseguido el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad”*. Además, se señala que la vejez es un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones.

Finalmente Buendía (1994:1), define el envejecimiento como *“un proceso que empieza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo”*. Considera que en el envejecimiento también se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas, y asume que *“la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según la edad”*.

Implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento

Para finalizar este apartado, es importante plantear otros elementos en esta discusión. Si bien es cierto que la vejez está relacionada con un proceso que implica cambios o procesos biológicos, psicológicos y sociales, la vejez no puede ser “reducida” a esta caracterización, es decir, aunque parece incluyente, no lo es.

Implica también la forma en cómo se señala la orden de las cosas. Por más que algunos enfoques, como lo del ciclo vital, han aportado en esta consideración, es cierto que parece imponerse el orden biológico sobre el social o que se presentan contradicciones epistemológicas generalmente obvias por convincente que parezca considerar a la vejez (y al sujeto) como un proceso biopsicosocial.

La vejez es una situación que implica procesos no necesariamente desde una visión funcional (o sistémica), sino cultural. Esto implica que los cambios o procesos biológicos, la salud y la enfermedad, no puedan entenderse sin referencia en una cultura y al lenguaje de la misma. Además es histórica, pues los cambios son afectados por el pensamiento de la sociedad, que crea nuevas tecnologías para la salud. Estos cambios que aparecen ante nuestros ojos con el aumento de la expectativa de vida son resultado de la historia y no sólo de la biología.

Aproximación psicosocial de la vejez: pensamiento, memoria y representaciones

Es importante plantear una aproximación psicosocial de la vejez. Algunas definiciones ya mencionadas anteriormente constituyen aproximaciones importantes desde perspectivas psicosociales. Sin embargo, hay elementos que giran en torno a la vejez y que han sido resultado de las aportaciones de la Psicología Social (como Psicología Colectiva) que ha sido poco considerada y olvidada en la Psicología.

Esta Psicología Social estudia en la sociedad a través de su pensamiento, de la memoria colectiva y de las representaciones sociales. Es por eso importante situar la vejez como una situación que está integrada por la memoria, las representaciones sociales, los significados, y que estos se expresan a través de los discursos en la comunicación. El biológico, el psicológico y el social de la vejez no están separados en su proceso, al contrario, están implicados e interactúan de forma dialéctica.

Asumir la vejez desde una perspectiva psicosocial implica el reconocimiento que este fenómeno estudiado está haciendo en la memoria colectiva, de representaciones sociales y de significados los cuales se originan en la interacción social y se construyen socialmente a través del lenguaje.

La vejez como concepto social, requiere que asumamos plenamente el papel que tiene el sentido común y la cultura para conformar una explicación del fenómeno en las “bocas” de las personas comunes y en las de los científicos sociales. Al fin y al cabo, todos recurrimos al sentido común para explicar y definir la realidad que nos rodea.

La psicología social que estudie a la vejez, tiene que considerar una perspectiva teórica que reflexione sobre el papel que tiene la interacción social en la construcción de la vejez y en la conformación de nuestras concepciones sobre esta. Pero también, se considera el papel histórico y social que tiene cualquier fenómeno al estudiarse. En este caso, hay que reconocer que nuestras concepciones y representaciones sociales sobre estos fenómenos de la vejez, están intervenidas por el cambio histórico y social.

2.5. Cuidadores

Según Delicado, García, López y Martínez, (2010), *“los cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario”*.

El cuidado será más o menos prolongado dependiendo de la persona y sus circunstancias. Lo que es evidente es que por un tiempo habrá que reorganizar la vida familiar para adaptarse a la nueva situación.

La literatura científica distingue entre dos tipos de cuidadores, el informal y el formal. El primero alude a una persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica, mientras que el segundo hace referencia a personas que no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica (Cerquera y Galvis, 2014).

Cuidadores informales

El rol de cuidador principal/informal, por lo general está desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos. (Flórez Lozano, 1997 citado en De los Reyes, 2001).

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. (ibi: 2001).

Más allá del interés semántico y descriptivo que representan estas diferenciaciones, interesa analizar el proceso valorativo implicado en las mismas y su incidencia en las prácticas que intervienen en la atención de los ancianos. La cooperación entre los diferentes tipos de cuidadores puede ser fundamental para la superación de la vulnerabilidad de ancianos y cuidadores familiares en el contexto social actual.

Una diversidad de definiciones relacionadas con el cuidado informal contrasta con las correspondientes al cuidado o cuidadores formales.

El cuidador informal principal se define como *“aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”* (Feldberg, 2011).

Otros autores, aportan nuevas definiciones al concepto, como en el caso de la conceptualización del cuidador informal principal como *“aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente”* (Fernández, 2011).

Cuidadores formales y capacitación

Se considera que debe denominarse cuidador formal a toda aquella persona que cuida de forma directa a las personas dependiente en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. (Aparicio, 2008).

Además, adquiere especial relevancia el papel que en este nivel pueden desempeñar las organizaciones no gubernamentales, especialmente conformadas por jubilados, ampliando sus funciones actualmente centradas en lo recreativo, a las actividades preventivas y asistenciales.

Aun así, en relación a la capacitación y ocupación de las personas que tendrán a su cargo el cuidado directo de las personas dependientes, interesa señalar un problema en el contexto social actual. El acceso a cuidadores capacitados para su desempeño en el grupo familiar, está sujeto a las posibilidades económicas del usuario, y esto es un punto negativo puesto que son muchos los mayores que tienen poco ingreso de sus jubilaciones, o nulas.

Cierto es que existen servicios sociales que cubren asistencia, pero el trámite es muy complicado y, además, el tipo de servicio es más de acompañamiento o de limpieza mínima del hogar (máximo dos horas a la semana, durante un máximo de seis meses).

La formación de cuidadores es aún muy reciente; pero también se pueden adquirir competencias trabajando de asistente geriátrico en las instituciones de larga estadía junto a otros asistentes con más antigüedad, situación que se repite en el caso de las auxiliares de enfermería. Los establecimientos privados no incentivan la capacitación, y es ocasional la presencia de enfermeras diplomadas en el personal.

El cuidado de personas dependientes en el hogar: redes de apoyo y género

Según Morales (2011), si bien las investigaciones nos muestran a las familias actuales como las principales contenedoras de las personas dependientes, el proceso de cambio en que se encuentra la estructura de las mismas nos indica que en un futuro cercano esas verticalidades familiares deberán ser contenidas por redes de la sociedad civil.

La existencia de un clima cultural y social en el que se profundiza el proceso de individualización o personalización de las relaciones sociales y el desentendimiento del estado de sus obligaciones en la atención a los sectores más vulnerables de la población constituyen, a nuestro entender, el marco de producción de nuevos prejuicios hacia los más débiles y el debilitamiento de las redes de apoyo familiares y sociales.

Al mismo tiempo, es un hecho comprobado en diversas investigaciones y de relevancia por las consecuencias individuales y sociales, que el cuidado de los familiares de los enfermos produce en los cuidadores problemas de diversas categorías. La preocupación constante y la tensión que origina el cuidado del enfermo, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercute en el desarrollo normal de las actividades laborales, produce privaciones en el conyugue e hijos y restringe la vida social del cuidador. La especial vulnerabilidad de los cuidadores y los trastornos psicosomáticos están relacionados con la escasez de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas.

El cuidado del enfermo produce en muchos casos disfunciones o desequilibrios en todos los miembros de la familia. La carga emocional es mucho mayor que en los casos de incapacidad física, conduciendo al riesgo de ruptura total de la familia. El conjunto de factores que se van analizando participa en la construcción de un problema que se personaliza o “familiariza” en términos de responsabilización de los propios afectados. La situación derivará en crisis familiar, en la que los sentimientos de culpabilidad e incompetencia generan resistencia a la institucionalización del enfermo, y perdurarán más allá del momento en que la decisión de ingreso y abandono sea tomada.

El interés de un enfoque de género es claro: su elevada feminización, un 85% de los cuidadores, son cuidadoras familiares y amas de casa. Esta tarea, que supone el desempeño de un rol tradicional, merma de participación social y autonomía de las cuidadoras, relaciones interpersonales que se complican; además, se plantea el deber moral hacia los demás frente a la necesidad de gobernar la propia vida y el escaso valor social del cuidado (más trabajo, y no remunerado). (Delicado, García, López y Martínez, 2010).

Los patrones culturales tradicionales no ayudan, asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes (niños, ancianos y familiares impedidos). Sumado, a que las expectativas actuales de autosuficiencia de las familias (alta hospitalaria precoz en muchos procesos, desinstitucionalización de la enfermedad mental, conveniencia de mantener en su medio a ancianos, enfermos terminales y personas discapacitadas) siguen reforzando esta asignación desigual para hombres y mujeres.

Además, las propias cuidadoras familiares consideran su tarea como un deber moral y en muchos casos lo realizan por iniciativa propia. Muchas personas que cuidan se sienten satisfechas con su labor y piensan que eso las dignifica. No obstante, un gran número reconoce que no tiene otra alternativa y que esta actividad repercute negativamente en su calidad de vida. (Delicado, García, López y Martínez, 2010).

Las consecuencias de esta feminización del cuidado son positivas para los enfermos, puesto que son beneficiados por el afecto y la abnegación que caracterizan las prácticas de las mujeres, siempre que éstas reciban el apoyo necesario de otros miembros de la familia, amigos o vecinos, de los servicios estatales a través de la puesta en funcionamiento de redes formales e informales que procuren alivio y descarga de sus tareas (De los Reyes, 2001).

2.6. Calidad de vida

La calidad de vida no es un concepto nuevo. Actualmente es un término utilizado ampliamente y aparece cada vez con más frecuencia en la investigación, en la política y en el habla popular para referirse a aspectos positivos y deseables de la vida.

Una de las razones que explican su importancia y su impacto en nuestra sociedad es su sentido semántico, puesto que alude a un conjunto de valores positivos y aspiraciones humanas universales: la consecución de la felicidad, el bienestar o unas condiciones de vida óptimas y saludables.

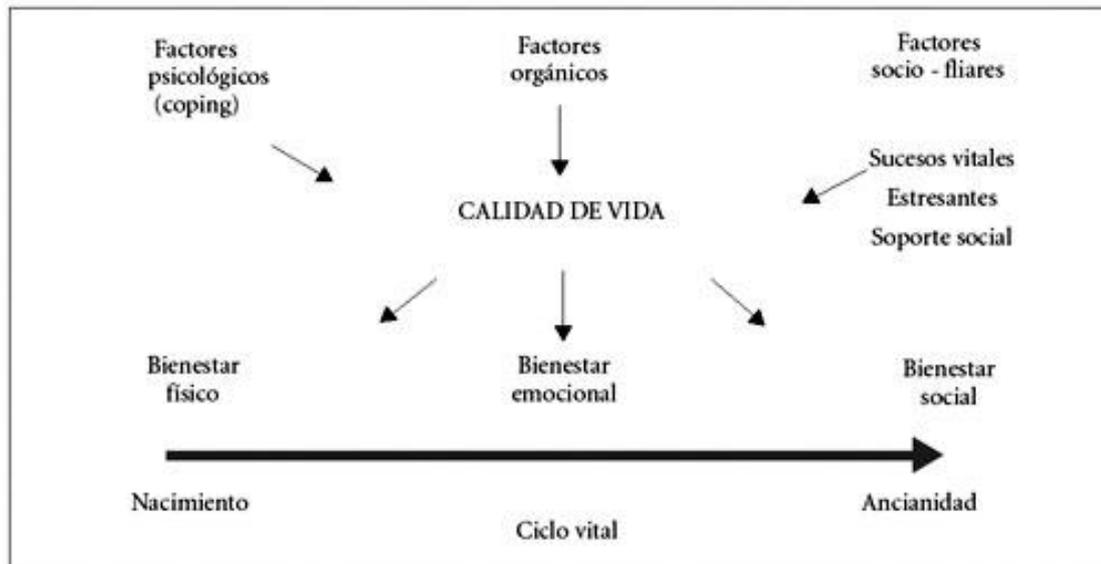
Desde esta perspectiva inicial de tipo filosófico y ético, el concepto de calidad de vida ha evolucionado en los últimos años hasta convertirse en un constructo social, un área de investigación aplicada y un principio básico de la prestación de servicios.

Durante el proceso de envejecimiento las personas se encuentran situadas en un momento vital, en el cual la vida está limitada en un sentido cuantitativo, puesto que las probabilidades de enfermedad y defunción aumentan. De este modo, la intervención con la persona dependiente (mayormente adulto mayor), no tiene que centrarse únicamente en las medidas de salud física, puesto que intervienen otras variables, como por ejemplo las psicológicas, las cuales influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino que también en la modificación de la funcionalidad del individuo.

En este sentido, la calidad de vida es una de las claves principales para la optimización de los recursos personales de la persona. La calidad de vida ha seguido un proceso dinámico, el cual ha sufrido profundas modificaciones durante las tres últimas décadas evolucionando desde una concepción sociológica hasta el actual, percepción psicosocial.

Debido a esto, existe una falta de consenso sobre la definición del concepto, puesto que por un lado se asocia con el estilo de vida y, por otro con el bienestar, la salud, la satisfacción y la felicidad.

Morales (2011), señala que “la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la calidad de vida, la percepción de los individuos de su posición en la vida (sido de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional) en el contexto de su cultura y sistemas de valores en el cual viven y en relación a sus necesidades, perspectivas e intereses”. Además, también comenta que “la Organización de las Naciones Unidas (ONU) plantea que los principales componentes de la calidad de vida son la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, ocio y los derechos de las personas”.



Fuente: Morales (2011)

Debido a que el envejecimiento es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas, en el cual se exige una adaptación tanto intelectual, social como afectivo-emocional, la calidad de vida dependerá de sus circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como los recursos de los que dispone en el momento. De este modo podemos decir que el concepto de calidad de vida está unido a una evaluación continua del bienestar del individuo y del ambiente en el que vive.

La valoración de cada individuo comporta que su calidad de vida se base, mayoritariamente, en un proceso cognitivo de comparación, criterios de los cuales se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Aun así, la calidad de vida es un proceso complejo y multifactorial con una dualidad subjetiva-objetiva, la interacción de las cuales determina la calidad de vida de cada individuo:

- ✓ **La primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida:** aquello que la persona es capaz de hacer por sí misma, el acceso del que disponen a los diferentes recursos y las oportunidades que se les brinda.

- ✓ **La segunda está relacionada con los aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico:** Sensación de bienestar.

Además, la valoración de la calidad de vida puede realizarse de dos maneras:

- ✓ **Externa:** Es realizada por un profesional, el cual mide la calidad de vida mediante indicadores objetivos y realiza un juicio de términos de su nivel económico, educación, estado de salud, vivienda, etc.
- ✓ **Propio individuo:** Es la percepción que tiene el propio individuo sobre sí mismo incorporando valoraciones del proceso de envejecimiento, condiciones e importancia que tiene la vida por ellos.

Hay que recordar, pero, que todo el conjunto de variables se encuentran íntimamente relacionadas entre ellas.

Uno de los elementos centrales en la evaluación de la calidad de vida es el bienestar que percibe la propia persona, puesto que no sólo es importante mantener un buen estado de salud física, sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social.

El bienestar subjetivo es definido con los aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componiendo afectivo emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (comportamiento cognitivo). Dicho en otras palabras, se refiere al pensamiento y sentimientos de las personas sobre sus vidas y, a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que realizan cuando evalúan su existencia. Por lo tanto, el más importante es la evaluación que realiza la propia persona sobre su vida. (Morales, 2011).

En este sentido, el bienestar subjetivo es un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones del dominio y los juicios globales de la satisfacción de vida.

El proceso de envejecimiento y cúmulo de pérdidas psicosociales que suceden durante la vejez, en algunos individuos determinan su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades, así como los aspectos positivos del entorno que los rodea y la vida en general.

Aun así, la autoestima decrece con la edad, la cual puede considerarse como eje principal para la calidad de vida de los ancianos.

Por lo tanto, el bienestar subjetivo se puede evaluar a partir de las siguientes dimensiones:

- ✓ **Autoconcepción:** Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

- ✓ **Relaciones positivas:** La importancia de la confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de estimar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental.
- ✓ **Autonomía:** Enfatiza la autodeterminación, independencia y la regulación de la conducta.
- ✓ **Dominio del ambiente:** La habilidad de elegir o crear ambientes acuerde a las propias condiciones físicas, es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejas contando con la participación del medio.
- ✓ **Propósito en la vida:** Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién actúa positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.
- ✓ **Crecimiento personal:** El funcionamiento psicológico óptimo requiere no únicamente desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial y crecer como persona.

Para que los individuos logren un correcto bienestar subjetivo son necesarios dos elementos primordiales:

- ✓ **Optimismo:** Se considera que involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores. Las personas más optimistas suelen ser más preservados, exitosas y con una mejor salud física. Los optimistas son personas que sin negar sus problemas tienen esperanzas y crean estrategias de acción y afrontamiento de la realidad.
- ✓ **Felicidad:** Es un concepto que engloba el bienestar subjetivo y la satisfacción vital, de tal manera que incluye las dimensiones afectivas y cognitivas del sujeto.

Las condiciones desfavorables hacen difícil y complicada la vida de los adultos mayores, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad, además de la fragilidad física.

Por lo tanto, para mantener un buen nivel de bienestar es muy importante que el individuo reestructure su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organice sus perspectivas y busque buenas estrategias para conseguirlas, aceptando el proceso de envejecimiento como una etapa más de la vida con las características propias de esta aprendiendo a disfrutar de ella y vivir con dignidad.

2.7. Proyectos similares al propuesto

Después de horas realizando búsquedas por fuentes investigadoras (artículos, revistas de educación e innovación, tesis doctorales, fuentes académicas como Dialnet o Teseo, entre otras), cabe destacar que son muchos los proyectos y programas que tienen como objetivo trabajar la estimulación cognitiva de las personas mayores o con principios de Alzheimer, pero ninguna que se especialice en actividades a realizar en el hogar, con acompañamiento de un cuidador y teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona dependiente.

Cierto es, que son muchos los centros no gubernamentales diurnos especializados que se anuncian y se ofrecen para realizar este tipo de cuidados, pero económicamente un porcentaje muy bajo de la población dependiente se lo pueden permitir.

También existen los servicios comunitarios realizados por diferentes instituciones (como por ejemplo asociaciones o ayuntamientos), que sin ánimo de lucro se involucran en el cuidado de las personas dependientes, pero un alto por ciento de estas instituciones simplemente se ofrece para cubrir las necesidades de cuidado físico, no cognitivo. Además, el tipo de profesionales que se dedican a ello, realizan sus tareas en un tiempo máximo de dos horas a la semana, y la mayoría de ellos no están especializados en la realización de actividades de estimulación cognitiva y, por lo tanto, es lógico que sean muy pocas las que dediquen su tiempo a realizarlas con los usuarios dependientes.

A continuación, se presentan varios proyectos y programas centrados en la estimulación cognitiva para personas mayores dependientes, encontradas en Internet³:

- 1. Estimulación cognitiva en adultos mayores con envejecimiento normal residentes en Bogotá:** El objetivo del estudio es evaluar los efectos de un programa de estimulación cognitiva, en el rendimiento de las funciones mentales superiores de memoria, atención, funciones ejecutivas y praxis, en adultos mayores sanos. La investigación es de tipo cuasi experimental, con un diseño preprueba-postprueba realizado a 30 adultos mayores de ambos géneros quienes residen en la Ciudad de Bogotá.
- 2. Programa de activación cognitiva integral en personas con demencia tipo Alzheimer (PACID):** El PACID es un proyecto de investigación enmarcado en los objetivos principales de Centro de Referencia Estatal de enfermedad Alzheimer y otras demencias. En colaboración con la Universidad de Salamanca, se trata de optimizar una intervención a través de los supuestos teóricos de la investigación básica y llevarlos a la práctica determinando un protocolo de actuación efectivo. Aunque existen otros tipos de terapias no farmacológicas en el centro, o programas integrales difundidos o en marcha en esta área, en este caso, la función metodológica e investigadora cobra un principal protagonismo en el proceso de desarrollo del programa.

³ Citados en el apartado de Referencias – Apartado 8.

- 3. Intervención Cognitiva en el Deterioro Cognitivo y la Demencia:** La intervención cognitiva es una opción de tratamiento no farmacológico para distintos padecimientos como el deterioro cognitivo leve y la demencia. La intervención cognitiva tiene distintas variantes según sus objetivos y metodología. Así, encontramos, la estimulación cognitiva, el entrenamiento cognitivo y la rehabilitación cognitiva. La función cognitiva susceptible de intervención puede ser según sea el perfil de deterioro, sólo una función o un conjunto de ellas. En la demencia, específicamente en la enfermedad de Alzheimer, los trastornos de memoria y los defectos en funciones ejecutivas son comunes. Se reportan algunas formas de intervención cognitiva para la memoria y para las funciones ejecutivas.
- 4. Entrenamiento cerebral: Método Unobrainng:** Unobrainng es un método de entrenamiento que, sustentado en el concepto de neuroplasticidad, busca fortalecer las distintas áreas cognitivas del usuario. Para ello utiliza un completo conjunto de ejercicios online diseñados por un equipo de profesionales del departamento de Psicología de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, diseñadores y programadores de primer nivel, consultores independientes, etc. Los ejercicios se plantean en clave lúdica, como juegos online. Se busca con ello introducir un elemento de motivación fundamental en cualquier programa de entrenamiento.
- 5. Proyecto de estimulación cognitiva llevado a cabo en la residencia san lázaro con personas que sufren un deterioro cognitivo moderado- moderadamente grave:** Se propone intervenir mediante un programa de estimulación cognitiva en la persona con Alzheimer, porque aunque en la enfermedad de Alzheimer rara vez se observan mejorías, de lo que se trata es de intervenir con personas que tienen un gran deterioro, estimulando las capacidades residuales, con el fin de compensar los déficit y mantenerlas activas, porque espontáneamente ya no se ejercitan.
- 6. Propuesta de proyecto de estimulación cognitiva para personas de tercera edad con demencia en el medio rural en la provincia de Ávila:** El proyecto está enmarcado en una zona de la provincia de Ávila, cuya población se caracteriza por una alta tasa de envejecimiento. Dentro del grupo de personas de la tercera edad, el proyecto se centrará en aquellas que tengan diagnosticado algún tipo de demencia, siempre que se encuentren en una fase leve o moderada de la enfermedad. A través del proyecto se pretende que las personas retrasen el mayor tiempo posible la pérdida de las funciones cognitivas. Para ello se trabajaran diferentes contenidos a través de ejercicios tanto orales como escritos y utilizando estímulos tanto visuales como auditivos.
- 7. La estimulación cognitiva realizada en el centro de día “Leal” (Barcelona):** Se ofrecen programas de estimulación diseñados por un experto en neuropsicología; basándose en la exploración previa de las capacidades y habilidades cognitivas de la persona. La estimulación no se dirige por igual a todos los pacientes. Es un programa individualizado que establece qué áreas son susceptibles de estimulación

y de qué manera. Esto es de suma importancia, ya que cada persona y cada patología se rige por parámetros que le son propios y por ello es totalmente necesario establecer las pautas de estimulación adecuadas en cada caso. Se trata de conseguir resultados positivos y trabajar aquellas áreas donde se pueda conseguir cierta mejora o mantenimiento, sin incidir en un error que suele ser común: estimular a cierto nivel capacidades que por la propia patología están deterioradas.

- 8. Programa de estimulación cognitiva para personas mayores (Ayuntamiento de Madrid):** Es un programa de estimulación cognitiva propiamente dicho, está totalmente estructurado. Tiene una organización teórica, práctica y cronológica totalmente desarrollada. Se trata de un programa específico de memoria dirigido a personas mayores de 65 años con una pérdida de memoria asociada a la edad, es decir, no entrarían dentro de este grupo personas con demencia senil o Alzheimer.

Así pues, al no encontrarse ningún proyecto similar que englobe la realización de actividades de estimulación cognitiva para personas dependientes que viven en su hogar (teniendo en cuenta su nivel cognitivo), y, “recalcamos”, conviven (la mayor parte del tiempo), con su cuidador; se pretende que este al ser un proyecto pionero (o por lo menos lo será en el contexto en el que se quiere realizar), resulte ser viable y útil en un futuro para, principalmente e inicialmente, los profesionales, usuarios y cuidadores del centro en el que se está contextualizando el proyecto.

3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD

El diseño del proyecto va destinado a los usuarios del Complejo Asistencial de la Santa Cruz de Jesús (Tortosa), concretamente a los antiguos usuarios del Servicio de Terapia de estimulación cognitiva. Estos usuarios son mayormente personas que viven actualmente la etapa de la vejez aunque también podemos encontrar, a veces, personas que viven la etapa de la adultez, las cuales son muy heterogéneas a nivel físico, cognitivo y emocional.

Es importante recordar, que el centro asistencial de la santa Cruz de Jesús tiene diversas áreas, y cada uno de sus usuarios está ubicado según sus necesidades.

Las diferentes áreas del complejo son:

- **Unidad de convalecencia.** Unidad de Ingreso con el objetivo de preparar el retorno del enfermo a su domicilio o ingreso definitivo en el centro.
- **Unidad de subagudos.** Unidad que da atención a enfermos con enfermedad crónica evolucionada y que ingresan por reagudización.
- **Unidad de larga estada.** Unidad de ingreso. Objetivos: Realizar curas médicas, mantener la autonomía funcional y prevenir las complicaciones.
- **Unidad de curas paliativas.** Es una unidad con comas de ingreso para la atención integral al paciente en la fase terminal de la enfermedad.
- **Unidad de psicogeriatría.** Atiende a personas mayores con pluripatología que necesitan atenciones específicas y un entorno adaptado.
- **Hospital de día sociosanitario.** Unidades en régimen ambulatorio que recuperan la capacidad funcional perdida y la promoción de la autonomía.
- **UFISS.** Equipo de atención hospitalaria que realiza una valoración geriátrica en el hospital de agudos para adecuar el ingreso del paciente al centro.
- **Residencia Asistida.** Sustitutoria de la casa para personas con necesidades principalmente sociales.
- **Centro de día.** Centro social de atención diurna.

Cabe recordar que este proyecto está destinado para los antiguos usuarios del área de convalecencia, puesto que son ellos los que acuden al servicio de terapia de estimulación cognitiva de la primera planta del hospital esperando el alta médica. Igualmente, en un futuro, también se podría destinar a otras áreas del Hospital, teniendo en cuenta las características de sus usuarios.

Antes de continuar con el diseño de proyecto, se procederá a definir el concepto de “Hospitalización de convalecencia”.

3.1. Unidad de Convalecencia

Dicha unidad tiene la finalidad de restablecer funciones y actividades afectadas por la enfermedad de base que presenten los pacientes que requieran la rehabilitación funcional y el confort necesarios para la reinserción en su domicilio o, en su defecto, el traslado a otro centro en una fase posterior.

La unidad atiende a pacientes afectados por postoperatorios de cirugía ortopédica y/o traumatología, trastornos neurológicos de equilibrio y de ambulación por infarto vascular y otros procesos crónicos, respiratorios, digestivos, endocrinos, etc.

La mayoría de usuarios son personas provenientes o del Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa, el Hospital Comarcal de Amposta, o el Hospital Comarcal de Mora de Ebro (hospitales de las Tierras del Ebro, Tarragona).

El tiempo de estancia de los usuarios en el área suele ser de 30 a 60 días, y de tres meses como mucho (el 75% de los pacientes realizan estancias de unos 60 días).

Características de los pacientes:

- ✓ Paciente geriátrico con deterioro funcional potencialmente recuperable.
- ✓ Estabilidad clínica del proceso médico o quirúrgico que ocasiona la incapacidad.
- ✓ Ausencia de deterioro mental severo establecido que pueda interferir en el programa de rehabilitación.
- ✓ Ausencia de enfermedad en fase terminal.
- ✓ Temporalidad del ingreso pactada en función de unos objetivos terapéuticos realistas.
- ✓ Intensidad de la intervención rehabilitadora alta y duración prolongada.

Entre las enfermedades más prevalentes que requieren ingreso en la Unidad de Convalecencia hay ictus y la patología traumatológica como las fracturas de cadera y la prótesis de cadera y de rodilla. Por este motivo dispone de unidades específicas para atender a estos pacientes: la subunidad de ictus y la de Ortopediatria.

3.2. Muestra de los participantes

La muestra de estudio de esta investigación será desarrollada con la intervención y participación de cinco usuarias adultas mayores, así como la de sus respectivos cuidadores. Cabe destacar que durante la prueba piloto no se coincidió con ninguna alta de persona adulta.

Estas usuarias, las cuales se mantiene el anonimato, han permanecido un mínimo de cuatro semanas de ingreso en el área de convalecencia (tiempo mínimo exigido para poder adherirse al proyecto) y han accedido diariamente al servicio de terapia de estimulación cognitiva.

Primeramente, pero, se escogieron a las usuarias teniendo en cuenta su nivel cognitivo, puesto que para desarrollar la investigación se necesitaba tener perfiles desde el nivel cognitivo sin deterioro hasta el nivel con deterioro grave.

Para saber los niveles cognitivos de cada usuaria, se utilizaron los resultados del cuestionario de Pfeiffer⁴ que la psicóloga les realizó durante los últimos días en las que estuvieron ingresadas.

Por otro lado, y para obtener más datos de interés, se realizó una breve recogida de información de cada uno de los participantes (usuarias y cuidador/as), teniendo en cuenta su edad, población de residencia (todos de la Comarca del Bajo Ebro), estudios logrados, estado sentimental y, en el caso de los cuidadores, tipo de relación que les une a la usuaria a cuidar.

Para poder conocer los datos de manera más visual, se procede la siguiente tabla:

	EDAD	POBLACIÓN	E. LOGRADOS	E.SENTIMENTAL	RLC
U.1.	71	Tortosa	Secretariado	Casada	-----
C.1.	49	Tortosa	Administración	Soltero	Hijo
U.2.	82	La Aldea	E. Básicos	Soltera	-----
C.2.	56	La Aldea	E. Básicos	Soltera	T. Interna
U.3.	75	Amposta	Sin estudios	Casada	-----
C.3.	52	Amposta	E. Básicos	Casada	Hija
U.4.	78	Cherta	Magisterio	Viuda	-----
C.4.	53	Cherta	Peluquería	Casada	Nuera
U.5.	79	El Perelló	Sin estudios	Viuda	-----
C.5.	57	El Perelló	E. Básicos	Viuda	Sobrina

Se finaliza este apartado, facilitando un último dato (no por ello menos importante), en el que se da a conocer que la mayoría de las usuarias conviven en los hogares de cada uno de sus respectivos cuidadores, excepto la usuaria uno y dos, ya que son los cuidadores quienes conviven en los hogares de ellas.

⁴Definición del cuestionario de Pfeiffer – Apartado 4.3.
Ejemplo Cuestionario de Pfeiffer – Anexo 8.1.

4. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

4.1. Objetivos de la innovación del proyecto

Para realizar el proyecto se he planteado un objetivo general y cuatro específicos, los cuales son:

Objetivo general:

- ✓ Mantener, desarrollar y estimular las áreas cognitivas de la atención, concentración, memoria, motivación y funciones ejecutivas de las usuarias, mediante actividades adaptadas al nivel cognitivo, realizadas en el hogar y en presencia del cuidador.

Objetivos específicos:

- ✓ Enfrentar las limitaciones cognitivas de las usuarias con motivación y aceptación.
- ✓ Ofrecer un vínculo socio-afectivo entre cuidadores y usuarias.
- ✓ Potenciar y estimular los sentidos de la vista, oído y tacto de las usuarias.
- ✓ Acompañar (cuidadores) a las usuarias durante el desarrollo de las actividades propuestas.

4.2. Recursos de la innovación del proyecto

Los recursos que se necesitaran para llevar a cabo la intervención son:

- ✓ Recursos humanos: Una pedagoga, cinco antiguas usuarias de terapia de estimulación cognitiva con sus respectivos cinco cuidadores.
- ✓ Recursos materiales: Un dossier con diez actividades propuestas de estimulación cognitiva para cada usuaria (teniendo en cuenta su nivel cognitivo). Al ser la prueba piloto durante veinticinco días, se realizaron tres copias de las diez actividades, haciendo que las usuarias realizasen de manera rotativa todas las actividades sin darse cuenta de su semejanza. Además, se repartieron ciento veinticinco fotocopias de fichas de observaciones para los cuidadores (25 por usuaria/una por día).
- ✓ Recursos económicos: Ninguno, puesto que los folios impresos de las fichas de observaciones para los cuidadores así como la impresión de los cinco dossiers los ofrecieron gratuitamente el mismo complejo asistencial.
- ✓ Recursos espaciales: Área de terapia de estimulación cognitiva para realizar las formaciones iniciales para los cuidadores. Hogares de las usuarias para realizar la evaluación final.

- ✓ Recurso temporal: Para la creación del diseño del proyecto y su realización, entre 35-40 horas. Para la realización de cada actividad con cada una de las usuarias, entre 30 y 60 minutos al día durante veinticinco días sin contar festivos (del 20 de julio de 2015 al 21 de agosto de 2015).

4.3. Descripción del proceso de innovación del proyecto

Primeramente, se empezó este proyecto teniendo claro cuál era su objetivo. Aun así, para obtener más información de la profesional que día a día pertenece al servicio de terapia de estimulación cognitiva, Carme Franch, se le propuso realizarle una entrevista con respuestas abiertas, para conocer su opinión referente a la propuesta de realizar la prueba así como conocer sus sugerencias para la realización de ésta.

Tan pronto se obtuvieron los resultados de Carme así como sus sugerencias, se optó primeramente por diseñar un dossier el cual estaría destinado a los cuidadores de las usuarias y en donde se ofrecería un guion explicando diez actividades de estimulación cognitiva, teniendo en cuenta el nivel cognitivo que presente la usuaria. Al ser una prueba piloto se realizaron un total de cuarenta actividades⁵ (diez por nivel cognitivo), y dichos niveles estaban separados en: *sin deterioro* “D0”, *deterioro leve* “D1”, *deterioro moderado* “D2”, *deterioro grave* “D3”.

Una vez realizado el dossier, se empezó con la prueba piloto. Primeramente y con la ayuda de Carme Franch, se hizo la búsqueda de diferentes altas que hubiera durante la semana del trece de julio de 2015. Durante aquella semana hubo nueve altas que acudían diariamente al servicio de terapia de estimulación cognitiva. Finalmente, se optó por seis usuarias para llevar a cabo el proyecto (todas jubiladas), puesto que entre ellas existían diferentes niveles cognitivos.

Para poder optar de la participación de las usuarias, antes se les explicó a sus cuidadores el objetivo del proyecto así como su participación en él (no solo las usuarias sino también a ellos como cuidadores). La suerte fue cuando de las seis usuarias propuestas, cinco de los cuidadores aceptaron participar voluntariamente en el proyecto, puesto que les parecía muy interesante y estimulante para la persona mayor. La sexta usuaria no pudo aceptar, puesto que vivían realmente lejos y no se encontraba bien de salud.

Por lo tanto, una vez elegidas las usuarias se procedió a realizarles una explicación sobre el proyecto, exponiéndoles su objetivo, cada detalle que pudiera ser relevante y respondiéndoles a toda clase de preguntas que pudieran tener. Además, para saber el deterioro

⁵ Explicación del tipo de actividades – Apartado 4.5

cognitivo de cada una de ellas, tal y como se ha comentado anteriormente, se les realizó individualmente el cuestionario de Pfeiffer.

Martínez (2001-117:129), explica que el cuestionario de Pfeiffer *“es un cuestionario sencillo, breve y de aplicación rápida, que evalúa diferentes aspectos cognitivos: la orientación temporal y espacial, la memoria reciente y remota, la información sobre hechos recientes y la capacidad de concentración y de cálculo”*.

En este cuestionario se puntúan los errores de la siguiente manera:

- 0 a 2 errores: sin deterioro.
- 3 a 4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual.
- 5 a 7 errores: deterioro moderado.
- 8 a 10 errores: deterioro grave.

Además, se acepta un error más en personas que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellas que han realizado estudios superiores.

Así pues, los resultados de las usuarias fueron los siguientes:

- ✓ Usuaría 1: Deterioro cognitivo leve.
- ✓ Usuaría 2: Deterioro cognitivo moderado.
- ✓ Usuaría 3: Deterioro cognitivo leve.
- ✓ Usuaría 4: Sin deterioro cognitivo.
- ✓ Usuaría 5: Deterioro cognitivo grave.

Por consiguiente, podemos decir que dos de ellas tienen la escalera de Pfeiffer de entre 0 y 1 y que por lo tanto tienen intacto cognitivo. Otra tiene un deterioro cognitivo leve. Dos más tienen la escalera de entre 5 y 7, es decir, deterioro cognitivo moderado. Y finalmente hay una usuaria que tiene un deterioro cognitivo severo.

Seguidamente, un par de días antes de que a cada una de las usuarias se le diera el alta, se hizo una pequeña reunión con cada uno de los cuidadores. Durante la reunión, se les dotó de una pequeña formación referente a; qué es la estimulación cognitiva, qué objetivos tiene el proyecto, qué beneficios se esperan al realizar las actividades de manera permanente, qué cosas habrá que evitarse durante su realización, qué tipo de deterioro tiene la persona que cuida, qué tipo de actividades se le debe realizar y, finalmente, dónde se puede encontrar ejemplos de actividades de estimulación cognitiva (páginas web, libros, etc.).

Durante la reunión-formación, además, se le mostró a cada cuidador el dossier y las hojas de observaciones. En el dossier se pudo observar las diez actividades repetidas (según el nivel cognitivo de la usuaria), las cuales se enfatizó en la importancia de intentar realizarlas diariamente (excepto festivos) durante un período de cinco semanales (veinticinco días exactamente). Además, se les explicó detalladamente como rellenar la ficha de observación durante los veinticinco días en que realizará actividades con la usuaria, y finalmente, se les realizó un breve cuestionario para saber con qué frecuencia, en casa, hacía actividades de este tipo con la usuaria, entre otros ítems importantes.

Así pues, durante veinticinco días sin contar festivos (del 20 de julio de 2015 al 21 de agosto de 2015) las usuarias, en su hogar y con el respaldo de sus cuidadores, realizaron entre veinticinco y setenta y cinco actividades. Cabe recordar, que las diez actividades propuestas para cada usuaria se repitieron de manera rotativa, haciendo que las usuarias no se dieran cuenta de su repetición ni similitud.

Durante la realización de las actividades (entre 30' y 60' diarios), el cuidador tenía como función responder a dudas que tuviera la usuaria acerca de la actividad, pero sin excederse. Además, diariamente debían de rellenar la ficha de observación para valorar los doce ítems que estaban divididos en cuatro secciones: motivación, atención, comprensión y participación.

Al finalizar las cinco semanas de la prueba piloto, previamente se concretó contactar vía telefónica con los cuidadores para obtener resultados, pero finalmente la autora del proyecto decidió desplazarse hacia el hogar de cada una de las cinco usuarias (con cita previa), para comentar la experiencia del proyecto, así como realizarles una encuesta a cada una de las usuarias, recuperar los veinticinco fichas de observación, y realizarles a los cuidadores el mismo cuestionario que se les realizó durante el día de la formación (sin previo aviso).

Tiempo después, se hizo una extracción de los resultados de cada instrumento de recogida de información utilizado y comentado anteriormente, y según los resultados se pudo saber si se cumplen los objetivos. Siendo así, se expondría el proyecto ante los directivos del centro esperando de su parte la aprobación y así poder expandir a todo cuidador que lo desee, formación y un dossier con información y actividades adaptadas a la persona dependiente.

Tabla 1. Cronograma propuesto para el proyecto

CRONOGRAMA	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
06/07/15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista Carme Franch ✓ Comenzar TFM
07/07/15 al 21/07/15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseño del dossier de actividades e instrumentos de recogida de información (entrevista, ficha de observación y encuesta). ✓ Validación de instrumentos mediante criterio de jueces. ✓ Continuar TFM.
21/07/15 al 28/07/15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasar cuestionario inicial a los cuidadores. ✓ Realizar Prueba piloto. ✓ Continuar TFM.
Semana del 28/08/15	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasar 2º cuestionario a los cuidadores y el cuestionario a las usuarias. ✓ Finalizar TFM.
Marzo 2016	Según resultados proyecto: presentación ante junta directiva del Hospital de Jesús

Fuente: Elaboración propia

4.4. Tipo de actividades propuestas⁶

Tal y como se ha comentado en anterioridad, al ser una prueba piloto se propone realizar cuarenta actividades de estimulación cognitiva las cuales están divididas en cuatro niveles: sin deterioro “D0”, deterioro leve “D1”, deterioro moderado “D2”, deterioro grave “D3”. Con estas actividades se pretende mantener y trabajar las áreas cognitivas de la orientación, el lenguaje, las praxis y las agnosias.

A continuación se explica brevemente los consejos ofrecidos a los cuidadores durante su formación (antes de empezar el proyecto), así como varios ejemplos de las actividades⁷:

A. EJERCICIOS DE ORIENTACIÓN. Es recomendable comenzar los ejercicios de estimulación cognitiva con tareas básicas de orientación temporal, espacial y personal, para mantener a la persona en contacto con la realidad que le rodea.

✓ **Orientación temporal:** Se trabajan aspectos más recientes. Por ejemplo el día, mes, año y estación y aspectos más inmediatos como horas del día...con preguntas como: ¿Qué día de la semana es hoy? ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes estamos? ¿En qué año? ¿En qué estación del año? ¿Qué hora es? ¿En qué momento del día estamos? ¿Si ahora vamos a comer, qué hora debe ser?...

✓ **Orientación personal:** Se trabajan aspectos relevantes de la persona, con preguntas como: ¿Cómo se llama? ¿En qué año nació? ¿Qué edad tiene? ¿Está casado/a? ¿Cómo se llama su esposo/a? ¿Tiene hijos? ¿Cómo se llaman? ¿Y nietos? ¿Cómo se llaman? ¿Qué edades tienen? ¿En qué calle vive? ¿Cuál es su número de teléfono?

✓ **Orientación espacial:** Se trabajan aspectos como: lugar donde se encuentra y aspectos más recientes como ciudad, provincia, país, etc., se utilizaran preguntas del tipo: ¿En qué calle estamos? ¿En qué planta estamos? ¿En qué barrio estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué provincia? ¿En qué nación?

B. EJERCICIOS DE LENGUAJE. Una de las áreas a trabajar es el lenguaje. Es importante que, además de los ejercicios que se le pueden proponer formalmente, se aprovechen todas las tareas cotidianas para ejercitar las capacidades lingüísticas, por ejemplo: denominación de los alimentos que está comiendo el usuario, iniciar conversaciones sobre películas o series que está viendo en tv para que converse y nos cuente, etc. siempre de manera espontánea e informal. En cuanto a ejercicios específicos que se pueden llevar a cabo, hay que tener en cuenta que el lenguaje se compone de diferentes aspectos:

⁶ Muestra de las actividades – Anexo 9.6

⁷ Material ofrecido por Carme Franch para la realización de la investigación.

- ✓ **Lenguaje Automático:** Tareas de producción verbal automática (evocación de los meses del año, días de la semana, series numéricas).
- ✓ **Lenguaje espontáneo:** Ejercicios de descripción de imágenes, láminas, situaciones y hechos.
- ✓ **Denominación:** Decir el nombre de objetos, partes de objetos, partes del cuerpo humano, imágenes.
- ✓ **Evocación:** Ejercicios de fluidez verbal, en los que la persona debe decir elementos de una categoría (decir colores, animales, prendas de vestir, oficios, ciudades....)
- ✓ **Repetición:** Ejercicios de repetición (se le dirán letras, palabras, frases o números y el usuario lo debe repetir).

C. EJERCICIOS DE LECTO-ESCRITURA. Es importante realizar tareas de lecto-escritura para el mantenimiento de la mecánica de éste (p. ej., lectura diaria de prensa, libros, intentar que todos los días escriba algún pequeño texto, un diario, etc.).

- ✓ **Ejercicios de lectura:** frases, palabras, sílabas y letras.
- ✓ **Ejercicios de escritura:** redacción, descripción, dictado, copia.

D. EJERCICIOS PRÁCTICOS O PRAXIAS. Se trata de ejercitar las capacidades prácticas adecuando los ejercicios a las capacidades residuales de los usuarios. Se deben aprovechar las aficiones y gustos personales del usuario (costura, dibujo, manualidades, modelaje...) para ejercitar las capacidades prácticas. Buscar tareas aplicables a actividades de la vida diaria del usuario (p. ej., desde la escritura de una carta a la utilización del cepillo de dientes). Se pueden realizar las siguientes tareas:

- ✓ **Utilización de objetos cotidianos:** Con el soporte físico de un objeto, pedir al usuario que lo nombre, explique para qué se usa y que nos muestre con movimientos como se usa. Una muestra de algunos objetos son: Peine, espejo, cerillas, sobre y sello, vela, reloj, percha, gorro de ducha, calcetín, anillo, llave, martillo, clavo, botón, lana, etc. También podemos hacerlo sin el soporte físico de los objetos, que haga como si los tuviera en la mano.
- ✓ **Praxis constructiva:** Dibujos a la orden y a la copia (pedirle que dibuje un objeto o que lo copie a partir de un modelo), construcción de partes de dibujos: simetrías (darle la mitad de un dibujo y que lo complete dibujando la parte que falta).

E. EJERCICIOS DE RECONOCIMIENTO O GNOSIAS. Las gnosias son las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y las características físicas –visuales, auditivas, somestésicas, olfativas, gustativas de las personas y de los objetos del entorno. En estas actividades se

deberían utilizar todos los elementos reales posibles para optimizar las capacidades gnósicas (p. ej. Fotografías, objetos conocidos por el usuario, etc.).

- ✓ **Gnosias visuales:** Reconocimiento de imágenes gráficas (decir el nombre de todos los objetos que se muestran en una lámina), reconocimiento de colores (decir el nombre de los colores que se muestran), reconocimiento facial (decir a que persona corresponden las caras que se muestran).
- ✓ **Gnosias táctiles:** Reconocimiento táctil de objetos cotidianos, reconocimiento de letras y números en relieve, etc.
- ✓ **Gnosias auditivas:** Reconocimiento de sonidos, evocación de sonidos (decirle que haga el sonido de un objeto o animal...), imitación de sonidos.

F. EJERCICIOS DE MEMORIA. En cuanto a la memoria, es muy útil el uso de prótesis amnésicas (uso de agendas, planificación de programas de actividades diarias, notas...). También debemos aprovechar situaciones reales de la vida del usuario para estimular las capacidades amnésicas. Adicionalmente, es importante considerar que la memoria se compone de diferentes partes, por lo que un ejemplo de tareas serían las siguientes:

- ✓ **Memoria reciente:** Memorización de objetos, de imágenes diferentes (memorizar listas de animales, objetos de la vida diaria, alimentos, etc.... tanto en modo visual como verbal). Recordar una información (noticia periodística, acontecimiento...) y evocarla en un período de tiempo determinado. Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al usuario, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.).
- ✓ **Memoria remota:** Ejercicios relacionados con los datos personales (recordar la dirección, nombre de los familiares más próximos, número de teléfono, el día de mi boda, mi colegio...).

G. EJERCICIOS DE CÁLCULO. Es interesante realizar ejercicios que simulen actividades reales, aplicables a actividades cotidianas del usuario (ir a comprar con utilización de monedas...). Otras actividades podrían ser:

- ✓ **Secuenciación de números:** Clasificación de números pares e impares, Ordenación de cifras de mayor a menor o viceversa.
- ✓ **Operaciones aritméticas:** Suma, resta, multiplicación, división, resolución de problemas matemáticos, simulación de AVD que impliquen la realización de operaciones aritméticas (importe de pequeñas compras cotidianas, cambio después de una compra...).
- ✓ **Juegos con números:** Bingo.

- ✓ **Reconocimiento numérico:** Observación, discriminación, dictado y copia de números.

También se trabajarían otras funciones mentales como la atención (con tareas de atención a un estímulo o a varios a la vez, como por ejemplo encontrar un objeto entre muchos, o encontrar dos o tres objetos entre muchos) y las Funciones Ejecutivas (entrenamiento en estrategias de organización, planificación y ejecución de las tareas).

Si bien se ha elaborado y planteado qué se va a hacer, no se puede obviar, bajo ningún concepto, cómo se hará. La puesta en práctica de las diferentes tareas del proyecto deben de estar basadas en la comunicación con la usuaria, la aceptación de sus déficit y sus realidades, potenciándole siempre sus éxitos, motivándola y reforzándola, no exponiéndole a situaciones de fracaso y favoreciendo situaciones de complicidad.

5. DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1. Preguntas de investigación

Antes de explicar el proceso de investigación, se procede primeramente a realizar las siguientes preguntas de investigación las cuales serán fundamentales para obtener la conclusión de la investigación:

- ✓ ¿Cuáles han sido las vivencias (positivas o negativas) de las usuarias, al realizar actividades de estimulación cognitiva, diariamente y en su hogar?
- ✓ ¿Qué opinión tiene la educadora del área de Terapia de estimulación cognitiva sobre el proyecto?
- ✓ ¿Han entendido los cuidadores la importancia de mantener la estimulación cognitiva diaria de la usuaria en el hogar?
- ✓ ¿Las usuarias son constantes y se involucran con las actividades?
- ✓ ¿Se cumplen los objetivos?
- ✓ ¿El proyecto tiene futuro?

5.2. Descripción del proceso de investigación

Para realizar esta investigación, se ha llevado a cabo un estudio de caso donde el grupo experimental, en este caso, ha sido formado por cinco antiguas usuarias del servicio de terapia de estimulación cognitiva junto con sus cuidadores.

Se elige la opción de estudio de caso por su utilidad para medir variables sociales y por su capacidad de comprobar la validez de las teorías científicas en realidades actuales y cercanas.

Los estudios de casos requieren un notable grado de intensidad, un reducido periodo de intervención, y es una forma privilegiada en la investigación ideográfica que tiene como finalidad la intervención socioeducativa.

También son conocidos como narraciones que proporcionan información contextualizada sobre un determinado sujeto, realidad, acontecimiento o hecho que tiene como finalidad implicar a un sujeto y/o grupo en el estudio del asunto presentado, de manera que se llegue a la elaboración de una descripción-diagnóstico de la situación, a la identificación de los problemas y a la propuesta de decisiones, de métodos para implementarlas, de estrategias y recursos para la solución de los problemas y de sistemas de evaluación para controlar los resultados.

Ballesteros (2014:23), comenta que *“es preciso que el caso llame la atención y solicite de reflexión sobre algún aspecto teórico, es decir, se debe justificar que es un caso de algo”*. Seguidamente, la misma autora da énfasis y cita los siguientes autores así como sus definiciones sobre el estudio de caso:

- ✓ Guba y Lincoln (1981) *“el análisis completo a intensivo de un tema o suceso que tiene lugar a lo largo del tiempo en un determinado marco geográfico”*.
- ✓ Bogdan y Bilken (1982) *“un examen detallado de una situación, de un único sujeto...Walker (1983): examen de un ejemplo en acción”*.
- ✓ MacClintock y col. (1983) *“se caracteriza por su delimitación natural o su integridad fenomenológica”*.
- ✓ Adelman y col. (1984) *“la decisión de investigar en torno a un ejemplo”*.
- ✓ Ying (1984) *“es un método de investigación centrado en el estudio holístico de un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real. Requiere múltiples fuentes de información”*.
- ✓ Ary y otros (1987) *“tiene como objetivos: describir y analizar situaciones únicas, generar hipótesis, adquirir conocimientos, diagnosticar una situación y completar la información aportada”*.
- ✓ Merriam (1988) *“cuatro propiedades: particular, descriptivo, heurístico, inductivo”*.
- ✓ Reynolds (1990) *“es una descripción breve con palabras y cifras de una situación real”*.

Un estudio de caso supone un ejemplo, es decir, remite a una referencia, una unidad de estudio individual definido y geográficamente y con una integridad fenomenológica. Exige un examen holístico, intensivo y sistemático, y obtiene información desde diferentes perspectivas (ya sean cualitativas como cuantitativas).

Además, tiene en consideración el contexto, y es de carácter activo, donde las interacciones son tenidas en cuenta. Se trata de una estrategia encaminada a la toma de decisiones y la generación de descubrimientos.

El denominador común es la importancia concedida a la participación y la necesidad de que se impliquen en el estudio y resolución de la situación estudiada (Ballesteros, 2014).

Así pues, y definido el tipo de estudio, se tiene claro que el modelo de análisis a utilizar en esta investigación será tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, es decir, mixto, puesto que se utilizará un instrumento cuantitativo cómo es el cuestionario, y cualitativos como son la entrevista y la observación.

El modelo mixto, hace que todos los instrumentos de recogida de información se complementen entre ellos y ayuden a obtener el resultado final de la investigación, puesto que cada método analiza diferentes aspectos y conduce a resultados que sumados aumentan el conocimiento de la realidad (Pereira, 2011).

Según Michael Bamberger (2012), “*las evaluaciones con métodos mixtos (MM) procuran integrar las disciplinas de las ciencias sociales con enfoques predominantemente cuantitativos (CUANT) y predominantemente cualitativos (CUAL) a la teoría, la recolección, el análisis y la interpretación de los datos. El objetivo es aumentar la confiabilidad de los datos y la validez de los hallazgos y las recomendaciones, además de ampliar y profundizar la comprensión de los procesos a través de los cuales se logran los resultados e impactos de un programa, y cómo estos se ven afectados por el contexto en el que se implementa tal programa*”.

Los datos cualitativos (entrevista y ficha de observación), serán analizados mediante el programa ATLAS.ti, el cual tiene un potente conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y de vídeo. La sofisticación de la herramienta ayuda a organizar, reagrupar y gestionar el material de manera creativa y, al mismo tiempo, sistemática y escogiendo los resultados de las observaciones más significativas.

Los datos cuantitativos (cuestionario), serán analizados con el programa Microsoft Excel, el cual mediante la introducción de datos, da la posibilidad de obtener cálculos estadísticos avanzados, así como representar dichos resultados en gráficas.

Tabla 2. Cuadro resumen de las técnicas de recogida de información utilizadas

TÉCNICA	TIPO DE DATOS	FUENTE
Cuestionario	Cuantitativa	Antiguas Usuarias y Cuidadores
Entrevista	Cualitativa	Carme Franch
Observación	Cualitativa	Antiguas Usuarias

Fuente: Elaboración propia

5.3. Diseño del proceso de evaluación

Los instrumentos para la recogida de información y evaluación son:

5.3.1. Ficha de observación participante⁸

La observación científica es una técnica sistemática y dirigida con la cual se captan los resultados más significativos a considerar dentro del contexto en el que se desarrolla la actividad. La información recibida es almacenada en las fichas de observación para un posterior análisis. Dicha información dará pie a plantear nuevos problemas, nuevas hipótesis, dar respuesta a necesidades, y a valorar donde se encuentran las debilidades y fortalezas.

⁸ Modelo ficha de Observación – Anexo 9.2.

La observación científica debe ser una actividad consciente, ya que se plantea la búsqueda deliberada para dar respuesta al objetivo planteado. Es por ello importante planificar aquello que se pretende observar e investigar.

El tipo de observación a utilizar será sistemática y estructurada. Su objetivo es observar de manera participante la reacción de las usuarias durante la realización de las actividades diarias, teniendo en cuenta los ítems marcados la ficha (motivación, participación, atención, comprensión y atención).

Angrosino (2012:61), hace una primera definición simple del concepto observación, definiéndole como *“acto de percibir las actividades e interrelaciones de las personas en el entorno de campo mediante los cinco sentidos del investigador”*.

Además, Gil (2011:107) la define como técnica, concibiéndola como *“proceso sistemático y controlado, mediante el cual se recoge información durante la realización de una investigación real o ficticia”*.

Otros autores como Arnal, Latorre y Sans (2012), definen la observación participante como la *“descripción de grupos sociales y escenas culturales a través de la vivencia de las experiencias de las personas implicadas, con el fin de captar cómo definen su propia realidad. Por una parte, la observación directa de eventos relevantes ha de realizarse durante la interacción social en el escenario”*.

Se recuerda que el análisis de datos de las fichas de observación se hará mediante el procesador de información Atlas.ti, escogiendo lo más significativo hacia nuestra investigación.

5.3.2. Entrevista⁹

Para poder saber la opinión personal de la profesional del área de estimulación cognitiva para complementar la investigación, se realizó una entrevista personal e individualizada a Carme Franch. Esta entrevista, fue de tipo estructurada y abierta. Estructurada porque se hizo en base a un formulario preparado previamente y estrictamente normalizado, a través de un listado de preguntas establecidas con anterioridad. Y abierta, puesto que la persona entrevistada pudo expresarse abiertamente y con su lenguaje.

A grandes rasgos, la entrevista es la técnica con la cual el investigador pretende obtener información de una forma oral y personalizada. La información versará en torno a acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona tales como creencias, actitudes, opiniones o valores en relación con la situación que se está estudiando. Además, puede considerarse una técnica propiciadora en sí misma de los datos o como técnica complementaria a otro tipo de técnicas propias de la investigación cualitativa como son la observación participativa y los grupos de discusión.

⁹Entrevista transcrita Carme Franch – Anexo 9.3

La entrevista cualitativa, como herramienta de recogida de información, trata de entender el mundo desde el punto de vista del sujeto. En palabras de Kvale (2011) *“mediante las entrevistas pretendemos acercarnos al mundo de “ahí fuera”, huyendo de entornos de investigación especializada como los laboratorios, para entender, describir y explicar desde el interior”*.

Por tanto a través de las entrevistas se analizan las experiencias de los individuos, relacionándolas con prácticas cotidianas o profesionales, poniendo un especial énfasis en acceder a las prácticas e interacciones en su contexto natural, sin las alteraciones que pueda introducir un entorno artificial.

Atendiendo a la metáfora de Kvale (2011) *“Del “entrevistador como minero” que extrae el valioso metal enterrado en una mina, perspectiva de tradición más positivista, o del “entrevistador como viajero” donde se percibe al entrevistador como un viajero que tras hacer un viaje lejano, va a contar lo que ha visto a su regreso, trataremos de situarnos metodológicamente en esta segunda parte de la metáfora, ya que queremos prestar más atención en este documento a esta vertiente”*.

Angrosino (2012:66), por su parte, define la entrevista como *“un proceso por el que se dirige una conversación para recoger información [...] es una consecuencia lógica de la observación, aunque aparentemente parece que es algo que todos podemos hacer, es la forma técnicamente más compleja y al mismo tiempo la más innovadora y excitante de recogida de datos”*.

Se recuerda que el análisis de datos de la entrevista de observación de esta investigación, se realizará mediante el procesador de información Atlas.ti, escogiendo lo más significativo hacia nuestra investigación.

5.3.3. Cuestionario¹⁰

Para saber la opinión de las cinco usuarias que han participado en la investigación, se diseñó un cuestionario con diferentes ítems que se les realizó a cada una durante la visita realizada en sus hogares (finalizada la prueba piloto). El cuestionario es con preguntas cerradas y con respuestas dicotómicas, puesto que las usuarias tenían que responder rodeando en cada uno de los doce ítems si la respuesta era “sí” o “no”.

Por otro lado, a cada uno de los cinco cuidadores, se les realizó dos cuestionarios iguales, pero en dos momentos diferentes. Antes y después de la realización del proyecto. Su objetivo es comparar los resultados de ambos cuestionarios y observar si los resultados del último destacan sobre el primer cuestionario. El cuestionario también es con preguntas cerradas y respuestas dicotómicas para cada uno de los doce ítems.

¹⁰Modelo Cuestionario usuarias Anexo 9.4 – Modelo Cuestionario cuidadores Anexo 9.5

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013), se puede definir el cuestionario como *“un tipo de instrumento de captación que presenta preguntas y/o enunciados dirigidos a los informantes, para obtener datos específicos acerca de las variables que serán objeto de captación”*.

A grandes rasgos, el cuestionario es un género escrito que pretende acumular información por medio de una serie de preguntas sobre un tema determinado para, finalmente, dar puntuaciones globales sobre este. Por lo tanto, podemos afirmar que es un instrumento de investigación que se utiliza para recaudar, cuantificar, universalizar y finalmente, comparar la información recolectada.

Hurtado (2010) define el cuestionario como *“el instrumento formado por un grupo de preguntas que están relacionadas con el evento de la investigación, donde sus preguntas pueden ser de carácter dicotómicas, de selección, abiertas, tipo escala o preguntas de ensayo. El cuestionario debe contener la cantidad de preguntas necesarias para obtener la información requerida, teniendo en cuenta que las mismas deben estar formuladas de forma clara y no deben sugerir la respuesta”*.

Se recuerda que los datos cuantitativos recogidos en los cuestionarios, se trabajaron con el programa Microsoft Excel.

5.4. Rigor científico

Tal y como se ha comentado anteriormente, el modelo de análisis que se ha utilizado es mixto (cualitativo y cuantitativo), puesto que se tenía que utilizar un instrumento cuantitativo como es el cuestionario y cualitativos como la entrevista y las observaciones.

Este modelo hace que todos los instrumentos de recogida de información se complementen entre ellos y ayuden a obtener el resultado final de la investigación, debido a que cada método analiza diferentes aspectos de la realidad y conduce a resultados que sumados aumentan el conocimiento de la realidad.

Aun así, antes de poder llevar a la práctica los instrumentos, primeramente se tuvieron que validar. Para hacerlo, se utilizó la validez de contenido (conocido también como juicio de expertos). Esta técnica sirve para determinar hasta donde los ítems de un instrumento son representativos del contenido real que se desea medir. Esta definición presenta dificultades prácticas, puesto que es imposible extraer muestras aleatorias de reactivos de un universo de contenido, puesto que este existe sólo conceptual o teóricamente.

Hernando y Zwerg-Villegas (2012), explican que *“cualquier investigación requiere de rigor científico y ético. La rigurosidad no tiene nada que ver con la rigidez, puesto que el rigor se relaciona con el respeto por los elementos básicos de la investigación, donde se debe tener en cuenta el rigor desde lo epistémico, lo metodológico y lo teórico. El investigador debe ser consciente de su forma de ver el mundo y sus limitaciones, cumplir con las*

condiciones que exige el método y de la rigurosidad teórica de la cual surgen las preguntas esenciales para enunciar”.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados en este, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

De acuerdo con Erazo, como cita Cadavid (2012), *“bajo el concepto de rigor en el marco del método científico, se señala que la investigación cualitativa en ciencias sociales ha alcanzado un alto grado de desarrollo, contundencia metodológica y científica que no es exclusivo de la investigación cuantitativa”* (Erazo, 2011). *“Por consiguiente, los criterios de rigurosidad científica en la investigación de corte cualitativo en las ciencias sociales, se basan en principios de credibilidad, etapas y procesos flexibles, alto grado de madurez y coherencia metodológica y científica en la aplicación de diseños y técnicas”.*

Por lo tanto, los tres instrumentos que se han diseñado (ficha de observación, entrevista y cuestionario), han obtenido su validez de contenido mediante el criterio de jueces (realizado durante las semanas del 07/07/15 al 21/07/15), y siguiendo los pasos siguientes:

Paso 1: Previamente, elección de los instrumentos de investigación según necesidades resultados a obtener.

Paso 2: Una vez elegidos los instrumentos, diseño de éstos:

- ✓ Ficha de observación: instrumento sistemático y estructurado que se llevó a cabo en cada sesión con cada usuaria y donde el observador también participaba a lo largo de la observación. Este instrumento está basado con doce ítems y con parámetros evaluativos del 1 al 4 (1 nota más peyorativa, 4 nota menos peyorativa), y tiene como objetivo saber el nivel de motivación, participación, comprensión y atención que tiene cada usuaria partícipe de la investigación, a lo largo del desarrollo de las actividades diarias.
- ✓ Cuestionario: instrumento pasado el último día de intervención a las usuarias participantes de la investigación y a los cuidadores. Este cuestionario cerrado está basado con doce ítems para las usuarias, y doce ítems para los cuidadores. Será de respuestas cerradas dicotómicas para ambos, y tendrá como objetivo saber la satisfacción personal de su participación en la intervención de la investigación.
- ✓ Entrevista: este instrumento fue destinado a Carme Franch, pedagoga de Terapia de estimulación cognitiva del Hospital de la Santa Cruz de Jesús, a lo largo del último día de intervención. El objetivo era saber su opinión general sobre el hecho de realizar actividades de estimulación cognitiva a los hogares de los usuarios que les den el alta. La entrevista, por lo tanto, fue personal, individualizada, estructurada y abierta.

Paso 3: Una vez diseñados los instrumentos, se procede a la selección de tres juezas (también conocidas como expertas), con el fin de juzgar (de manera independiente), los ítems de cada instrumento así como su contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems. Las expertas en esta investigación son: Carmen Ponce (Doctora en Pedagogía y profesora de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona), Carme Franch (especialista del área del servicio de estimulación cognitiva), María Vives (Doctora en Pedagogía y profesora de la Universidad Politécnica de Cataluña).

Paso 4: Antes de enviar los instrumentos a cada experta, primeramente se les informa sobre el propósito de la investigación.

Paso 5: Seguidamente, se les envían los instrumentos de recogida de información para que hagan las correcciones pertinentes.

Paso 6: Una vez recibidas las correcciones, se vuelve a diseñar los instrumentos de nuevo y se vuelven a enviar a las tres juezas para que realicen otras modificaciones de los instrumentos o, finalmente, validarlos.

Paso 7: Hechas las revisiones, las expertas devuelven los instrumentos con alguna pequeña sugerencia y modificación, y por lo tanto, se procede a redactar los instrumentos definitivos y se vuelven a entregar a las juezas.

Paso 8: Finalmente, se recibe la validación de los tres instrumentos por parte de las expertas y se procede a la aplicación de los instrumentos.

Puesto que esta investigación está basada según la estrategia de integración metodológica de complementariedad, con los tres instrumentos de recogida de información que se utilizó a lo largo de la investigación los resultados de éstas se complementaron entre sí (analizando diferentes aspectos de la realidad) y, por consiguiente, ayudaron a obtener los resultados finales de la investigación (conocimiento de la realidad).

6. RESULTADOS

6.1. Resultados de las técnicas de recogida de información

6.1.1. Entrevista Carme Franch

El primer instrumento de recogida de información fue la entrevista la cual se realizó a Carme Franch, pedagoga de Terapia de estimulación cognitiva. Para poder escoger las observaciones más significativas y enriquecer los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo se utilizó el programa Atlas.ti.

Tal y Carmen le recordó a la entrevistadora (y autora del proyecto) en sus días de prácticas, *“fueron varias las personas que vinieron al servicio de estimulación cognitivo, puesto que estaban ingresadas por diversas dolencias, y en menos de tres meses volvieron a ingresar [...] cuando volvieron al servicio, todo lo que habían reciclado y mejorado con nosotras, lo perdieron”*.

Según Carme, los profesionales del centro se dieron cuenta que existe este problema gracias a que *“los usuarios que previamente estuvieron ingresados y en su regreso al hospital demostraron deterioro cognitivo”*. Además, también afirma que *“las personas que no han vuelto porque están mejor de salud, seguramente también deben padecer deterioro cognitivo, y nadie de su alrededor se está dando cuenta”*.

Confirma que esto es un problema, y que el cuidador o familiar más próximo a las personas ingresadas en el centro debe conocer que es la estimulación cognitiva, así como el tipo de actividades que se pueden realizar, ayudan a mantener y mejorar la estimulación cognitiva de la persona que cuidan. Por este motivo, añade que *“los profesionales del centro deberíamos informar más a los familiares y cuidadores de la importancia de mantener la estimulación cognitiva activa en el hogar. Realmente no se pide mucho. Solo con realizar actividades durante media horita o una hora ya es suficiente”*.

Explica también, que *“hace falta poder llevar a cabo un proyecto para poder acercar a las usuarias, familiares y cuidadores la importancia de mantener la estimulación cognitiva en el hogar [...] con solo dedicar media horita al día sería suficiente. Sería como adoptar otra rutina en su día a día, tanto del cuidador como del usuario. Seguro que así, en un futuro, la gente lo agradecerá, sobre todo las personas que vuelven a ingresar, ya que son muchas las que se frustran cuando se dan cuenta que en un corto período de tiempo han tenido un deterioro cognitivo”*.

Finalmente, comenta que tan pronto se obtengan los resultados, si estos son positivos “concretaré una reunión con el equipo directivo para poder exponer la propuesta [...] para intentar que en un futuro no muy lejano, editemos unos buenos dosieres y potenciemos la estimulación cognitiva en el hogar”.

6.1.2. Fichas de observación

Una vez obtenidas las ciento veinticinco fichas de observación realizadas por los cuidadores, mediante el programa Atlas.li, se extrajo la siguiente información relevante:

En las primeras diez fichas de observación de cada cuidador, se observó como casi todos los ítems de la parte de motivación, participación y atención estaban evaluados con un cuatro, excepto el ítem “*Desarrollo en silencio la actividad, centrándose en ella*” (de atención), o “*Se comunica para preguntar dudas*” (de participación) que estaban evaluados con un tres.

Cabe destacar, que también había ítems de la parte de comprensión evaluados con un dos “*Haciendo una leída rápida de la actividad y una breve explicación por parte del cuidador, la usuaria comprende qué tiene que hacer*” y “*No muestra desconcierto con las actividades que se le proponen*”.

A partir de la tercera semana (onceava ficha), se pudo observar como casi todos los ítems estaban puntuados con el mayor valor (cuatro), excepto el ítem “*Desarrollo en silencio la actividad, centrándose en ella*”, el cual siguió evaluándose con un tres. Aun así, los ítems de comprensión “*Haciendo una leída rápida de la actividad y una breve explicación por parte del cuidador, la usuaria comprende qué tiene que hacer*” y “*No muestra desconcierto con las actividades que se le proponen*”, se evaluaron con un dos.

Finalmente, durante la cuarta semana, todos los ítems fueron puntuados con la mayor puntuación (cuatro), y fue un minoría (máximo dos ítems por cuidador) que puntuó con un tres los ítems de la parte de comprensión “*Haciendo una leída rápida de la actividad y una breve explicación por parte del cuidador, la usuaria comprende qué tiene que hacer*”, y “*No muestra desconcierto con las actividades que se le proponen*”.

6.1.3. Cuestionarios de las usuarias

Una vez realizados los cuestionarios a las cinco usuarias participantes del proyecto, y preguntarles una a una el porqué de su respuesta, se procede con el apoyo del programa Microsoft Excel, a realizar una tabla donde se detallan los resultados teniendo en cuenta los ítems, el porcentaje de cada resultado, su frecuencia (F), y finalmente un comentario breve del resultado.

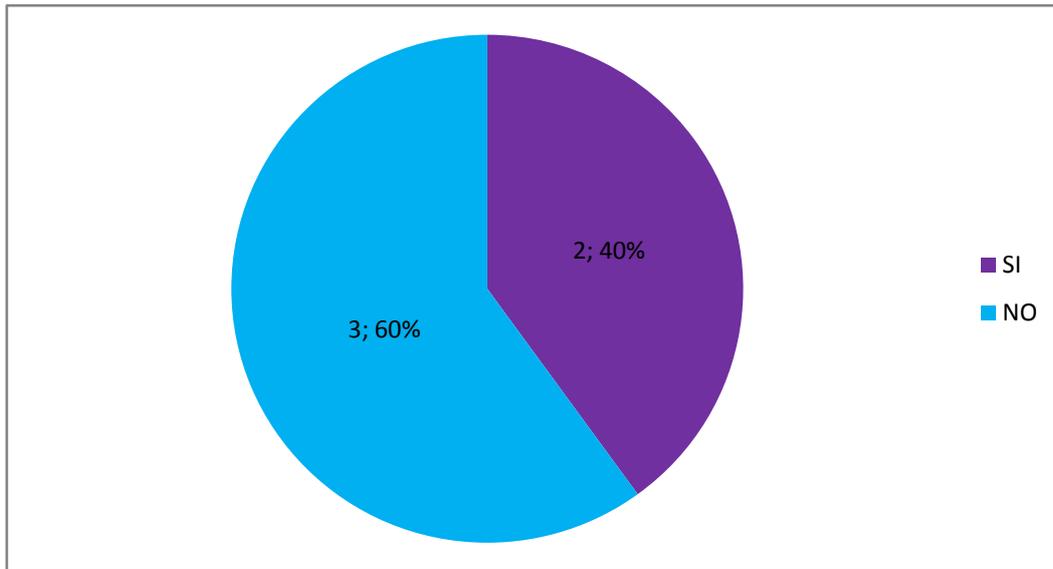
Tabla3.Resultados de las usuarias

ÍTEM	SI		NO		COMENTARIO
	%	F	%	F	
1. Nunca, en su vejez, ha realizado actividades de E.C. en su hogar	100	5	0	0	Las actividades de E.C. son novedosas para las usuarias
2. Le ha gustado poder realizar actividades en su hogar	100	5	0	0	Las actividades son agradables para las usuarias
3. Las actividades presentadas las ha podido visualizar correctamente	100	5	0	0	Las actividades tienen un buen tamaño de impresión
4. Las actividades han sido difíciles para usted	40	2	60	3	Las dos personas que opinan que sí tienen un deterioro cognitivo grave y moderado
5. Las actividades han sido de su agrado	100	5	0	0	Sí han sido de su agrado
6. Creen que estas actividades le ayudan a estimular la mente	100	5	0	0	Sí creen que las actividades les ayudan
7. Creen que estas actividades despiertan y mantiene su interés por realizarlas	100	5	0	0	Las actividades sí mantienen su interés
8. Creen que las actividades son creativas y motivadoras	100	5	0	0	Sí creen que las actividades son creativas
9. Las actividades que han realizado son apropiadas para su edad	100	5	0	0	Sí creen que son apropiadas a su edad
10. Durante la realización de las actividades, ha necesitado la ayuda total de su cuidador	60	3	40	2	Las tres personas que sí han necesitado total ayuda tienen un deterioro cognitivo moderado y grave
11. Actualmente (después de los veinticinco días), ve interesante continuar realizando actividades de estimulación cognitiva en su hogar	100	5	0	0	Sí ven interesante continuar realizando actividades de E.C. en su hogar
12. Actualmente, tiene la sensación que su mente está más despejada y más activa	80	4	20	1	La persona que ha respondido NO, tiene D.C. grave y se encuentra mal de salud

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se ha podido comprobar en la tabla, hay resultados que destacan más que otros. Para poder visualizarlos mejor, se ha realizado un diagrama circular para cada ítem destacado.

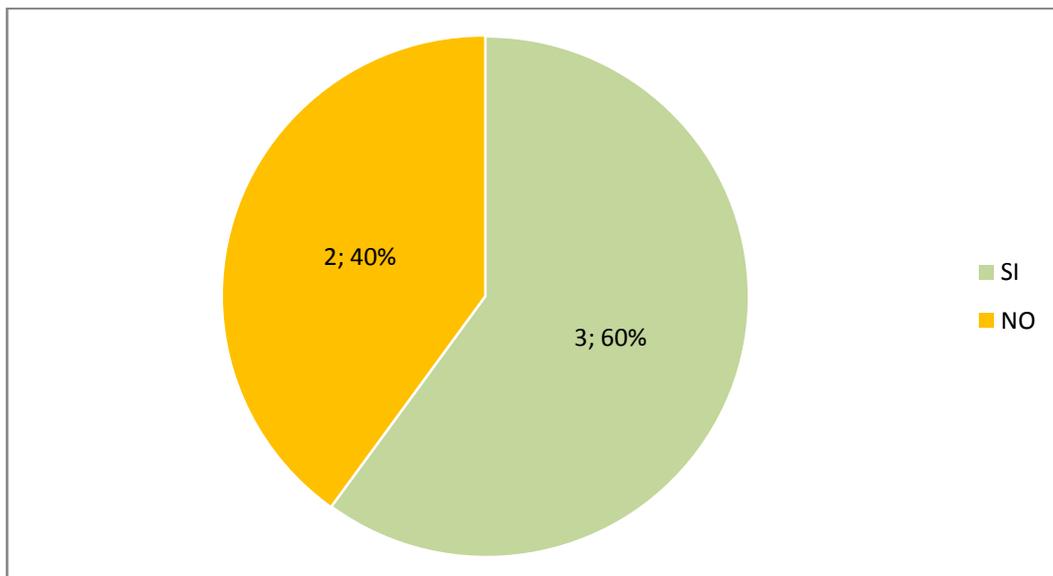
Ítem 4: Las actividades han sido difíciles para usted



Fuente: Elaboración propia

Las dos personas que respondieron al sí, son aquellas personas con un deterioro cognitivo notable (concretamente, la usuario con Deterioro Cognitivo Grave y deterioro cognitivo moderado), y aunque las actividades estaban adaptadas a su nivel cognitivo, estas personas no se encontraban en un buen momento de salud. Aun así, las dos insistieron que pudieron terminarlas, y que harían más, puesto que les ayuda y les distrae.

Ítem 10: Durante la realización de las actividades, ha necesitado la ayuda total de su cuidador



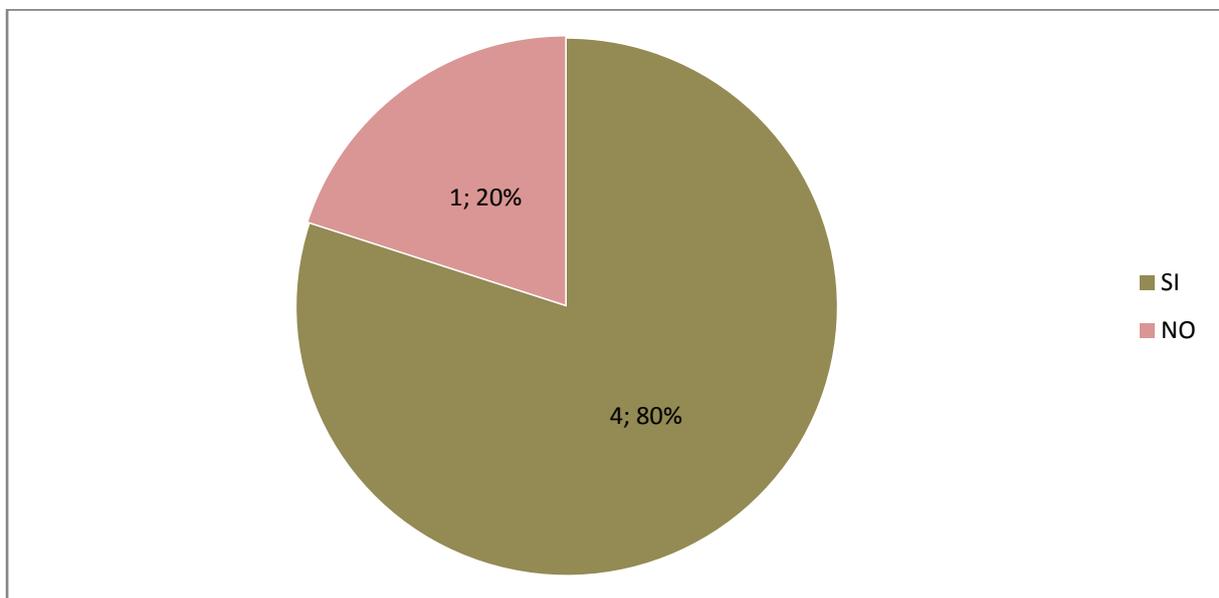
Las personas que han respondido el sí, son aquellas personas con un deterioro cognitivo moderado y grave. Igualmente, explicaron que tener al cuidador a su lado ha sido positivo, pues en cada momento que tenía alguna duda él inmediatamente se las resolvía.

Además, dos de ellas confesaron que no se encontraban demasiado bien de salud, pero con la motivación del cuidador empezaron a realizar las actividades, las cuales al principio encontraron un poco complicadas, pero con la ayuda del cuidador supieron realizarlas.

Las otras tres usuarias, también comentaron que no se arrepentían de haber realizado estas actividades, ya que habían empezado una rutina diaria “muy bonita” junto a la persona que comparten vivencias cada día, y realmente estaban muy contentas.

Finalmente, comentaron que realmente querían continuar realizando estas actividades, ya que se sentían motivadas y con ganas de realizar más de una actividad sin ayuda de nadie.

Ítem 12: Actualmente, tiene la sensación que su mente está más despejada y más activa



En esta pregunta podemos encontrar como la mayoría de usuarias han respondido positivamente, puesto que todas creen (junto a su cuidador), que su mente está más despejada y más activa. Cabe destacar que la persona que ha respondido que no tiene la mente más despejada y más activa, es la persona que padece un deterioro cognitivo grave. Además, últimamente no se encuentra demasiado bien de salud, y debido a su último ictus (hace menos de dos meses), tiene la sensación que todo lo que aprende de nuevo o recicla, se le olvida. A consecuencia de ello, presenta principios de Alzheimer.

Aun así el resultado es muy elevado positivamente y, por lo tanto, podemos decir que las personas que realizan actividades de estimulación cognitiva en el hogar, a cambio de su mantenimiento cognitivo, éste les permite obtener una mejora psíquica, así como una mejor calidad de vida.

6.1.4. Primer cuestionario de los cuidadores

Después de realizar la extracción de los resultados del primer cuestionario pasado a los cinco cuidadores durante el mismo día de las formaciones, se procede, con el apoyo del programa Microsoft Excel, a realizar una tabla donde se detallan los ítems, el porcentaje de cada resultado así como su frecuencia (F), y un comentario breve.

Tabla 4.Resultados de los cuidadores

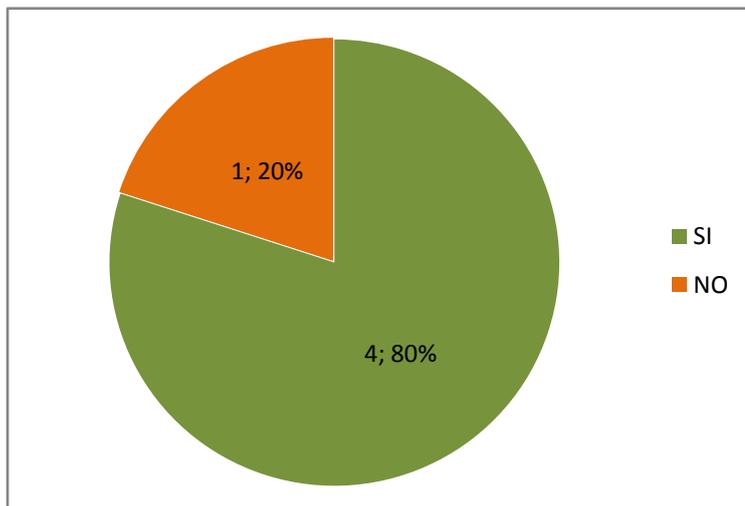
ÍTEM	SI		NO		COMENTARIO
	%	F	%	F	
1. Conoce el concepto “estimulación cognitiva”	80	4	20	1	Las personas que dicen Sí conocerlo no tienen de todo claro su significado
2. Sabe los beneficios que ofrece mantener la E.C. del usuario en el hogar	0	0	100	5	No los saben
3. Normalmente se informa o recicla de noticias relacionadas con la E.C, ya sea por Internet, Redes Sociales, revistas académicas, etc.	0	0	100	5	No se informan ni se reciclan
4. Conoce los tipos de deterioro cognitivo que existen	0	0	100	5	No los conocen
5. Sabe qué tipo de D.C.tiene la persona que cuida	0	0	100	5	No lo saben
6. Ha ido a cursos de formación, charlas o conferencias sobre E.C.	0	0	100	5	Nunca han asistido a ningún curso de formación ni charla sobre E.C.
7. Conoce los tipos de actividades de E.C. que puede ofrecer a la persona que cuida, según su deterioro cognitivo	0	0	100	5	No los conoce
8. Casi diariamente propone actividades de E.C. a la persona que cuida en su hogar	40	2	60	3	Las dos personas que dicen sí proponer, suelen proponer actividades verbales
9. Sabe cuándo las actividades que ofrece no motivan ni despiertan el interés de la persona que cuida	40	2	60	3	Las personas que dicen sí saberlo, se guían según si la persona deja de tomar interés
10.Sabe dónde buscar actividades de E.C. teniendo en cuenta el D.C. de la persona que cuida	0	0	100	5	No saben dónde buscar actividades de E.C.

11. Más de una vez, ha diseñado usted mismo actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida	20	1	80	4	La persona que dice sí haber diseñado actividades de E.C., han sido todo de tipo verbal, sin tener en cuenta si son de fácil acceso para la usuaria
12. Siempre que la persona mayor realiza una actividad de E.C., usted permanece a su lado dándole soporte cuando lo necesite	40	2	60	3	Solamente son dos personas que sí realizan actividades verbales de E.C., y siempre lo hacen ofreciendo soporte a las usuarias

Fuente: Elaboración propia

Tal y como se ha podido comprobar en la tabla, los resultados más destacados han sido:

Ítem 1: Conoce el concepto de estimulación cognitiva



Aunque la mayoría de cuidadores confirman que conocen el término de estimulación cognitiva, al preguntarles ¿qué es?, realmente no supieron dar una respuesta clara y concisa.

Ítem 8: Casi diariamente propone actividades de E.C. en el hogar

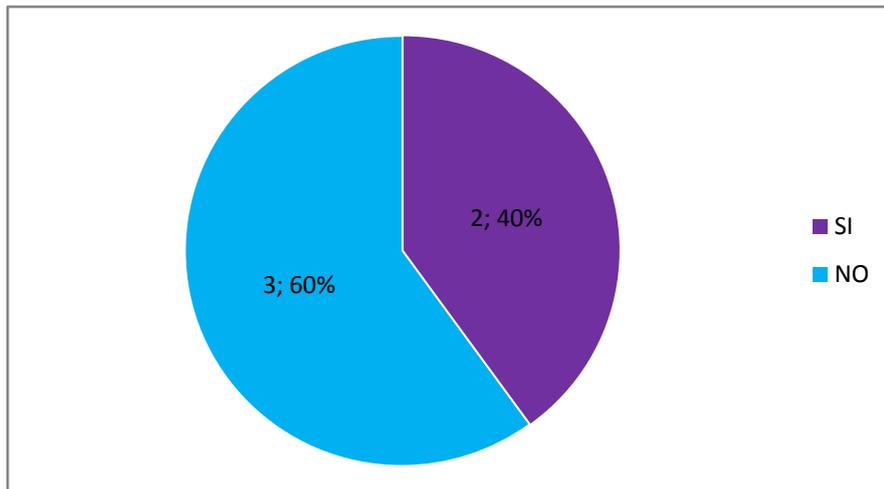
Dos de los cinco cuidadores dijeron que sí, pero confesaron que de la única manera que las han realizado ha sido verbalmente y no siempre han tenido éxito.

Ítem 9: Sabe cuándo la actividad que propone no despierta ni mantiene el interés de la persona que cuida

Dos de los cinco cuidadores dijeron que sí, ya que se daban cuenta cuando la persona se distraía y le respondía con monosílabos, le cambiaba de tema, o simplemente no le respondía.

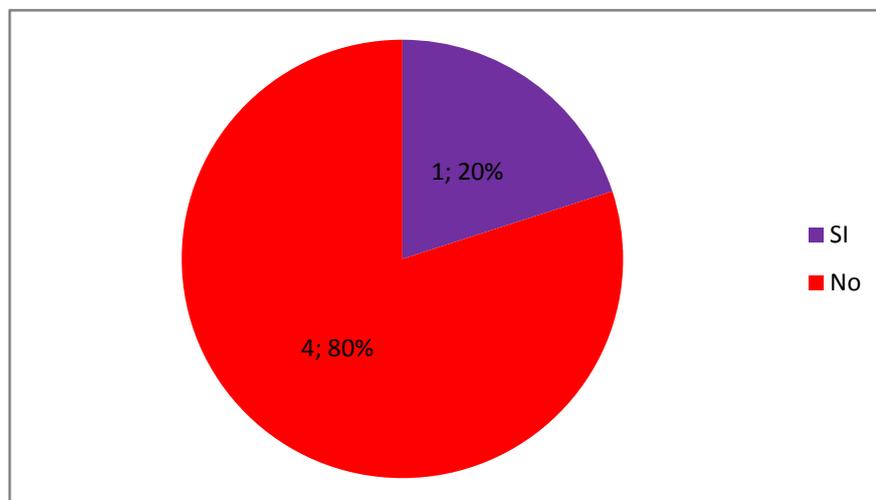
Ítem 12: Siempre que la persona mayor realiza actividades de estimulación cognitiva, usted permanece a su lado dándole soporte cuando lo necesite

Las mismas personas que respondieron que sí hacían actividades de estimulación cognitiva, respondieron que estas actividades las realizaban conjuntamente, y que siempre que la persona tenía algún problema al responder ellos le ayudaban.



Ítem 11: Más de una vez, ha diseñado usted mismo actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida

Solo una de las cinco personas comenta que intenta diseñar actividades verbales, pero necesitaría recursos para perfeccionarlos. Además, las otras dos personas que también realizan actividades orales, comentan que las han extraído de diversas revistas “del corazón”, como por ejemplo Lecturas, Pronto, etc.



6.1.5. Segundo cuestionario de los cuidadores

Recordando que el segundo cuestionario ofrecido a los cuidadores después de la prueba piloto, es el mismo que el del día de formación, se observan los resultados siguientes:

Tabla 5.Resultados segundo cuestionario cuidadores

ÍTEM	SI		NO		COMENTARIO
	%	F	%	F	
1. Conoce el concepto “estimulación cognitiva”	100	5	0	0	Los cuidadores conocen el concepto de E.C.
2. Sabe los beneficios que ofrece mantener la E.C. del usuario en el hogar	100	5	0	0	Los cuidadores saben los beneficios de la E.C.
3. Normalmente se informa o recicla de noticias relacionadas con la E.C, ya sea por Internet, Redes Sociales, revistas, etc.	100	5	0	0	Los cuidadores se informan mediante revistas, Internet, prensa, etc.
4. Conoce los tipos de deterioro cognitivo que existen.	100	5	0	0	Los cuidadores los conocen.
5. Sabe qué tipo de deterioro cognitivo tiene la persona que cuida.	100	5	0	0	Los cuidadores saben qué tipo de deterioro cognitivo tiene la persona que cuida, y además se ha documentado.
6. Ha ido a cursos de formación, charlas o conferencias sobre E.C.	100	5	0	0	Los cuidadores han ido mínimo a una charla o curso.
7. Conoce los tipos de actividades de E.C. que puede ofrecer a la persona que cuida, según su deterioro cognitivo	100	5	0	0	Los cuidadores saben qué tipo de actividades ofrecer según el deterioro de la usuaria.
8. Casi diariamente propone actividades de E.C. a la persona que cuida en su hogar.	100	5	0	0	Diariamente han ofrecido realizar las actividades de la pedagoga así como actividades verbales u otras buscadas por Internet.
9. Sabe cuándo las actividades que ofrece no motivan ni despiertan el interés de la persona que cuida.	100	5	0	0	Al saber qué tipo de actividades son beneficiosas, saben cuándo una actividad no es interesante, difícil de realizar y no motivan.
10.Sabe dónde buscar actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida	100	5	0	0	Los cuidadores tienen recursos para encontrar actividades según el D.C. de la usuaria.

11. Más de una vez, ha diseñado usted mismo actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida	100	5	0	0	Los cuidadores han sabido diseñar sus propias actividades con ayuda de los diversos recursos.
12. Siempre que la persona mayor realiza una actividad de E.C., usted permanece a su lado dándole soporte cuando lo necesite.	100	5	0	0	Los cuidadores siempre permanecen al lado de la usuaria durante su realización de las actividades para quizá ayudar y comprobar que sean motivadoras.

Fuente: Elaboración propia

En los resultados podemos observar como todos los cuidadores durante los veinticinco días se han concienciado de la importancia de la E.C. y se han informado, formado y han realizado y hasta diseñado todo tipo de actividades adaptadas al nivel cognitivo de la usuaria a cuidar.

7. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

7.1. Discusión

La intervención ha querido investigar e intervenir teniendo en cuenta una necesidad real, ofreciendo respuesta a sus necesidades y realizando un análisis de la situación para finalmente hacer una transformación de la necesidad, a la solución. Además, una vez redactados los objetivos, se decidió elegir diversos instrumentos de recogida de información que ayudarían a obtener los resultados de la investigación (el cuestionario, la entrevista y la ficha de observación participante).

Una vez terminada la intervención, se efectuó a extraer los resultados estadísticos de los cuestionarios mediante el programa Microsoft Excel, y la entrevista y observación mediante el programa Atlas.ti., detallando todos los resultados y, por lo tanto, enriqueciendo los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo. Además, es importante recordar que esta investigación está basada según la estrategia de integración metodológica de complementariedad.

7.2. Conclusiones

Teniendo en cuenta las preguntas previas que se diseñaron para la investigación podemos realizar las siguientes conclusiones.

Según la pregunta *¿Cuáles han sido las vivencias (positivas o negativas) de las usuarias, al realizar actividades de estimulación cognitiva, diariamente y en su hogar?*, en los resultados de las fichas de observación se puede observar como a todas las usuarias les ha gustado realizar las actividades, ya que todos los ítems relacionados con la motivación, participación, y atención tienen un valor de cuatro (el más elevado). Ciertamente es que en los ítems de la comprensión existe alguna dificultad, pero se ha de tener en cuenta que esta dificultad existe normalmente en aquellas personas con un deterioro cognitivo moderado o grave.

Además, teniendo en cuenta la pregunta *¿Qué opinión tiene la educadora del área de Terapia de estimulación cognitiva sobre el proyecto?* Se puede confirmar que ella desde el primer momento ha apoyado este proyecto, puesto que como profesional que es del servicio de terapia de estimulación cognitiva se da cuenta que la mayoría de personas dependientes (mayormente personas mayores), no realizan actividades de estimulación cognitiva en su hogar, y esto hay que erradicarlo. Las personas dependientes necesitan realizar dichas actividades para mantener y mejorar su estimulación cognitiva, así como poder continuar viviendo una buena calidad, donde la autoestima y la autoconfianza formen parte de la persona.

Haciendo referencia a la pregunta de investigación *¿las usuarias son constantes y se involucran con las actividades?*, en los resultados de los cuestionarios de las usuarias, se puede comprobar cómo a todas ellas les motiva realizar actividades de estimulación cognitiva en su hogar. Además, creen positivo el poder realizarlas diariamente y les motiva poder compartir este ratito con su cuidador.

Referente a la pregunta *¿Han entendido los cuidadores, la importancia de mantener la estimulación cognitiva diaria de la usuaria en el hogar?*, se puede comprobar en los resultados de los cuestionarios de los cuidadores, una grata diferencia entre el cuestionario del antes y después del proyecto. En el cuestionario del “antes”, muchos de ellos creían saber que era la estimulación cognitiva, pero realmente no lo sabían. Tampoco se habían informado ni formado, y menos sabían que existía diferentes niveles de deterioro cognitivo así como actividades de estimulación cognitiva. En cambio, en el cuestionario del “después”, podemos observar cómo han respondido positivamente a todos los ítems. Esto es debido a que se han interesado del tema, y se han querido formar así como informar, y por tanto, han entendido la importancia de mantener la estimulación cognitiva diaria de la usuaria en el hogar.

En la pregunta de investigación *¿Se cumplen los objetivos?* podemos confirmar que se ha obtenido un impacto positivo con los resultados de los instrumentos comentados anteriormente. Al complementarse entre ellos, tanto el **objetivo general de la innovación del proyecto** (*Mantener, desarrollar y estimular las áreas cognitivas de la atención, concentración, memoria, motivación y funciones ejecutivas de las usuarias, mediante actividades adaptadas, realizadas en el hogar y en presencia del cuidador*), así como sus **objetivos específicos, se han cumplido satisfactoriamente**. Por lo tanto, se puede verificar que todas aquellos usuarios que previamente estén ingresados en el área de convalecencia y obtengan el alta médica, si continúan realizando actividades de estimulación cognitiva en su hogar (con apoyo de del cuidador), y tiempo después tuvieran que volver a ingresar en el centro por motivos de salud, al regresar al servicio de terapia de estimulación cognitiva demostrarían un mantenimiento cognitivo y, por tanto, podrían continuar realizando actividades con el mismo nivel cognitivo que adquirió al finalizar su anterior ingreso y no haría falta reciclar.

7.3. Propuestas futuras

En la última pregunta de la investigación *¿el proyecto tiene futuro?*, se ha de tener en cuenta que primeramente se esperará a obtener el resultado cuantitativo de la investigación. Seguidamente, Carme Franch junto a la autora de la investigación, presentaran los resultados de éste a los directivos del Complejo Asistencial de la Santa Cruz de Jesús, para que ellos estudien y den soporte a los futuros objetivos de mejora. Por lo tanto, sí puede tener futuro.

Los objetivos propuestos de mejora de futuro serán:

- ✓ Realizar una reunión a todos los profesionales que estén ubicados cerca del área de servicio de estimulación cognitiva, para explicarles la importancia de recordar y exponer a los cuidadores y/o familiares del adulto/mayor dependiente, así como al él mismo, el hecho de realizar diariamente actividades de estimulación cognitiva en el hogar.
- ✓ Diseñar un dossier que explicara detalladamente: qué es la estimulación cognitiva, qué objetivos tiene el proyecto, a quién va dedicado, qué beneficios se esperan al realizar las actividades de manera permanente, qué cosas habrá que evitarse durante su realización, qué tipo de actividades se le debe realizar (según el deterioro de la persona afectada) y, finalmente, donde se puede encontrar ejemplos de actividades de estimulación cognitiva (páginas web, libros, etc.).
- ✓ Diseñar una gran batería de actividades de estimulación cognitiva adaptadas a los cuatro niveles cognitivos (según la escala de Pfeiffer), y de varios materiales didácticos económicos (manualidades, de lectura, escritura, audiovisual, etc.).
- ✓ Realizar jornadas de formación gratuitas, para toda aquella persona externa del hospital que quiera formarse con el concepto en cuestión.

7. REFERENCIAS

- ALBRETCH, R. Y MORALES, J. J. (1999). *¿Por qué envejecemos de manera diversa?* México: Mc Graw Hill.
- ALONSO, J., ANTO, J.M., MORENO, C. (1990). *Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity.* Pfeiffer. Madrid: Universidad de Psicología de Madrid.
- ANGROSINO, M. (2012). *Etnografía y observación participante en la investigación cualitativa.* Madrid: Morata.
- APARICIO, M.E. (Coord.) (2008). *Proyecto 24/07 titulado “la salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales”.* Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1KIPgXI> (con acceso en febrero de 2016).
- CERQUERA CÓRDOBA, A. M. Y GALVIS APARICIO, M. J. (2014). *Efectos del cuidado de las personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales.* *Pensamiento Psicológico*.12(1), 149-167. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa
- AUTOR DESCONOCIDO. (2014). *Wikipedia. Jesús (Tortosa).* Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1mx9sEB>(con acceso en junio de 2015).
- BALLESTEROS, B. (Coord.) (2014). *Taller de investigación cualitativa.* Madrid: UNED.
- BAMBERGER, M. (2012). *Introducción a los métodos mixtos de la evaluación de impacto.* Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1oh4tyZ> (con acceso en enero de 2016).
- BUENDÍA, J. (comp.) (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud.* Madrid: Siglo XXI.
- BUENDÍA, J., y RIQUELME, A. (1994): *Jubilación, salud y envejecimiento.* En J. Buendía (comp.): *Envejecimiento y psicología de la salud.* Siglo XXI. Madrid.
- CASAUS, M.E. (1997). *El Hospital de la Santa Cruz de Tortosa. Nueve Siglos de Historia.* Tortosa: Colora Offset.
- CENTRO DE DÍA LEAL (2016). *La estimulación cognitiva.* Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/215bHUI> (con acceso en febrero de 2016).
- CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (2016). *Envejecimiento en red. Indicadores demográficos.* Disponible desde internet en: <http://bit.ly/1tAKR80> (con acceso en febrero de 2016).
- DE GULF, M. (2012). *Pirámide de población del mundo desde 1950 a 2100.* Disponible desde Internet en: <http://populationpyramid.net/es/espa%C3%B1a/2015/> (con acceso en agosto de 2015).

- DE LOS REYES, M.C. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. IV reunión de antropología do Mercosur foro de investigación: envejecimiento de la población en el Mercosur. Curitiba: Brasil.
- DEL RINCÓN, D., ARNAL, J., LATORRE, A. y SANS, A. (2012). *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1oe6pYy> (con acceso en enero de 2016).
- DELICADO, M.V., GARCÍA, M.A., LÓPEZ, B., MARTÍNEZ, P. (2010). *Cuidadoras informales*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/2156NHn> (con acceso en enero de 2016).
- DÍAZ R. (2012). *Indicadores demográficos: Las personas mayores en España*. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2010, Tomo I. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- DORADO, C.A. (2012). *Estimulación cognitiva en adultos mayores con envejecimiento normal residentes en Bogotá*. Disponible desde Internet en: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/69215.pdf> (con acceso en febrero de 2016).
- ERAZO JIMÉNEZ, M. S. (2011). *Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa*. Ciencia, docencia y tecnología, 42, 30.
- FELDBERG, C., TARTAGLINI, M. F., CLEMENTE, M. A., PETRACCA, G., CÁCERES, F., & STEFANI, D. (2011). *Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga*. Neurología Argentina , 3 (1), 11- 17.
- FERNÁNDEZ, E. (2014). *Los materiales didácticos*. México. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1jhLvSp> (con acceso en julio de 2015).
- FERNÁNDEZ DE LARRINO PALACIOS, P., MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, S., ORTIZ MARQUÉS, N., CARRASCO ZABALETA, M., SOLABARRIETA EIZAGUIRRE, J., & GÓMEZ MARROQUÍN, I. (2011). *Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga*. Psicothema , 23 (3), 388-393.
- FIERRO, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. Madrid:S.XX
- GALDEANO, M. (2006). *Los materiales didácticos en Educación a Distancia*. Madrid. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1ntB7Ir> (con acceso en junio de 2015).
- GARCÍA, J. (2007). *Estimulación cognitiva. Definición y concepto*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1135bdc> (con acceso en marzo de 2015).
- GIL, J.A (2011). *Técnicas e instrumentos para la recogida de información*. Madrid: UNED.
- GOLDFARB, A. (1965). *Psychodynamycs and the three generation family*. New Jersey: EnglewoodCliffs.

- GUTIÉRREZ, I. (2014). *Propuesta de proyecto de estimulación cognitiva para personas de tercera edad con demencia en el medio rural en la provincia de Ávila*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/20Wy5mo> (con acceso en febrero de 2016).
- HOFFMAN, L., PARIS, S., HALL, E. (1996). *Psicología del desarrollo de hoy*. Madrid:Graw Hill.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO) (2013). *Diseño de Cuestionarios*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1PLoDI4> (con acceso en enero de 2016).
- INSTITUTO NACIONAL DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2015). *Programa de activación cognitiva integral en personas con demencia tipo Alzheimer (PACID)*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1nixTfr> (con acceso en febrero de 2016).
- KVALE, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- LANSING, A. (1959). *General biology of senescence*. Chicago:Chicago University.
- LÓPEZ A., LÓPEZ L., ARIÑO C. (2002). *Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en centros de día GERICER*. Navarra: Revista Geriátrica.
- MANRIQUE OROZCO, A. M. Y GALLEGO HENAO, A. M. (2013). *El material didáctico para la construcción de aprendizajes significativos*. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 4(1), 101-108.
- MARTÍNEZ, C. (2008). *Programa de estimulación cognitiva para personas mayores. Programa de memoria del ayuntamiento de Madrid*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/245IBXB> (con acceso en febrero de 2016).
- MARTÍNEZ, J., DUEÑAS, R., ONÍS, MC., AGUADO, C., ALBERT, C., LUQUE, R. (2001). *Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años*. Barcelona: MedClin.
- MEDAWAR, P. (1953). *Symposia of the Society for Experimental Biolog*. Nueva York: pringer.
- MENA, M. (2001). *Los materiales en Educación a Distancia*. En: Programa de Formación Integral en Educación a Distancia:UNNE.
- MORALES, F. (2011). *Apuntes de la asignatura psicología de la vejez. Segundo de carrera de pedagogía*. Tarragona:URV
- PEREIRA, Z. (2011). *Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1kUSX7e> (con acceso en abril de 2015).

- PÉREZ, M. (2008). *Proyecto de estimulación cognitiva llevado a cabo en la residencia san lázaro con personas que sufren un deterioro cognitivo moderado- moderadamente grave*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1U43ga9> (con acceso en febrero de 2016).
- POINT GEIS, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- STRASSEN-BERGER, K; THOMPSON, R.A. (2001). *Psicología del Desarrollo: Adulthood y vejez*. Editorial Médica Panamericana
- SELIGMAN, S. (1999). *El cuidado de adultos y mayores*. Psychoanod:Apertura psicoanalítica.
- SMELSER, N. ERIKSON, E.H. (1983). *Trabajo y amor en la edad adulta*. Barcelona:Grijalbo.
- SORIA F. (2013). *La estimulación cognitiva mejora la calidad de vida de las personas con deterioro mental y la de sus cuidadores*. Disponible desde Internet en: <http://www.bit.ly/1opFPX0> (con acceso en julio de 2015).
- VARIOS AUTORES (2016). *Entrenamiento cerebral: Método Unobrainning*. Profesionales del departamento de Psicología de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1SPRmSi> (con acceso en febrero de 2016).
- VENTURA, L. (2012). *Intervención Cognitiva en el Deterioro Cognitivo y la Demencia*. Disponible desde Internet en: <http://bit.ly/1WnP3DE> (con acceso en febrero de 2016).

8. ANEXOS

8.1. Ejemplo Cuestionario de Pfeiffer

<p>1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año) _____</p> <p>2. ¿Qué día de la semana? _____</p> <p>3. ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar) _____</p> <p>4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección completa?) _____</p> <p>5. ¿Cuántos años tiene? _____</p> <p>6. ¿Dónde nació? ¿Fecha de nacimiento? _____</p> <p>7. ¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno? _____</p> <p>8. ¿Cuál es el nombre del Presidente anterior? _____</p> <p>9. Dígame el primer apellido de su madre _____</p> <p>10. Reste de tres en tres desde 20 (cualquier error hace errónea la respuesta) _____</p>
<p>Resultados</p> <p>0-2 Errores: normal. 3-4 Errores: deterioro leve. 5-7 Errores: deterioro moderado. 8-10 Errores: deterioro severo.</p>
<p>• Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.</p>

Fuente: Programa de atención a los enfermos crónicos dependientes¹¹

¹¹Fuente citada en el apartado de Referencias – Apartado 8.

8.2. Ficha de observación diaria para el cuidador¹²

NOMBRE USUARIA:					
DATA DE EVALUACIÓN:		PARÁMETROS EVALUATIVOS			
ASPECTOS A OBSERVAR MIENTRAS REALIZA LAS ACTIVIDADES		1	2	3	4
<u>MOTIVACIÓN</u>					
→Muestra una actitud favorable cuando se presentan nuevas actividades					
→Se adapta con facilidad delante las nuevas actividades					
→Cuando finaliza la actividad, pide más.					
<u>PARTICIPACIÓN</u>					
→Se involucra con las actividades que se le proponen					
→ Se comunica para preguntar dudas					
→Hace propuestas y/o pide más actividades					
<u>COMPRENSIÓN</u>					
→Haciendo una leída rápida de la actividad y una breve explicación por parte del cuidador, la usuaria comprende qué tiene que hacer.					
→No muestra desconcierto con las actividades que se le proponen					
→Aunque se haya explicado la actividad varias veces, no la hace.					
<u>ATENCIÓN</u>					
→Está atenta cuando se le explica la actividad					
→Desarrollo en silencio la actividad, centrándose en ella.					
→Comprende la actividad pero, aun así, se distrae fácilmente					

Fuente: Elaboración propia

¹² Cuadro para evaluar diariamente el desarrollo de las actividades propuestas a cada usuaria.

8.3. Entrevista transcrita a Carme Franch

C.S.– Empezamos la entrevista. ¡Buenos días Carmen!

C.F.– ¡Buenos días!

C.S.– Mi primera pregunta es: ¿Qué edad tiene?

C.F.– 47 años.

C.S.– ¿Cuál es su titulación?

C.F.– Soy licenciada en filosofía y ciencias de la educación, actual carrera de pedagogía.

C.S.– Muy bien. ¿Cuántos años lleva trabajando en esta institución?

C.F.– Pues... 23 años para ser exactos.

C.S.– ¿Cuál es su rol profesional en esta institución?

C.F.– Me encargo un poco, junto a las otras tres compañeras, de hacer programas de psicoestimulación cognitiva y actividades que vayan encara al ocio de las personas ingresadas aquí.

C.S.– Muy bien. ¿En qué área del centro trabaja concretamente?

C.F.– Estoy en el área de convalecencia y subagudos.

C.S.– Y, ¿Cuáles son sus funciones profesionales dentro de esta área?

C.F.– Programar y ejecutar diferentes tipos de actividades que beneficien al mantenimiento o potenciar la capacidad cognitiva de las personas que están aquí ingresadas. Además, mirar que tengan una relación social durante la estada.

C.S.– Interesante... Y, ¿Qué tipo de usuarios atiende?

C.F.– Normalmente son gente mayor de más de 60 años y tengo dos perfiles. Unos son los ingresos de convalecencia, los cuales han tenido un trauma sanitario, como puede ser una fractura o una operación de prótesis o un ictus, por ejemplo. Por lo tanto, estos están aquí pe acabarse de rehabilitar y volver al domicilio o tomar una decisión del que a partir de ahora será su vida. Y después, aunque escasos, también tengo el perfil de subagudos, que hace referencia a aquellos pacientes que han sufrido una crisis anteriormente o cuando después de una crisis aguda en el curso de su enfermedad requieren una estancia más larga, para llegar a una estabilización.

C.S.– Muy bien. Entonces, y contextualizándonos en el Trabajo Final de Máster: cuando empecé las prácticas del máster, me hablaron de un problema que tenían detectado de hacía tiempo. ¿Me lo podría explicar brevemente?

C.F.– Sí claro. A ver, tal y como pudiste comprobar durante tus casi cuatro meses de prácticas, fueron varias las personas que vinieron al servicio de estimulación cognitiva

Leyenda:

C.S. → Cinta Sánchez

C.F. → Carme Franch

puesto que estaban ingresadas por diversas dolencias, y en menos de tres meses volvieron a ingresar. ¿Recuerdas?

C.S.– Sí, claro. Me acuerdo de dos mujeres en concreto. Carmen, creo que se llamaba una, que estaba muy mal del corazón y a la otra mujer de la cadera.

C.F.– ¡Efectivamente... (Risas)! Tienes buena memoria. Pues si te diste cuenta, cuando volvieron al servicio, todo lo que habían reciclado y mejorado con nosotras, lo perdieron.

C.S.– Cierto, Carmen por ejemplo, el primer día que regresó le pedí realizar una actividad muy sencillita que anteriormente la realizó sin ningún problema, y esta vez tuvimos que dedicarle más tiempo de lo habitual.

C.F.– Efectivamente.

C.S.– Y esto, ¿por qué motivo pasa?

C.F.– Antes de preguntar, porqué pasa, yo preguntaría, ¿a causa de quién pasa? ¿De sus familiares? ¿Sus cuidadores? ¿De los profesionales?... ¿Sabes la respuesta?

C.S.– ¿De todos?

C.F.– Sí, muy bien, ¡de todos! Veo que estuviste muy atenta durante tus prácticas aquí (risas).

C.S.– ¿Y cree usted que entre todos podríamos erradicar el problema?

C.F.– Probablemente, sí.

C.S.– Y, ¿por qué?

C.F.– Porqué esto es una cadena. Es decir, es trabajo de todos hacer que este problema se erradique.

C.S.– Cierto, pero... ¿Cómo lo podríamos hacer?

C.F.– Piénsalo bien. Los profesionales de esta área del centro, por ejemplo, nos hemos dado cuenta que existe este problema gracias a los usuarios que previamente estuvieron ingresados y en su regreso al hospital demostraron deterioro cognitivo, pero, ¿qué pasa con las personas que no han vuelto porqué están mejor de salud? Seguramente estas personas también deben padecer deterioro cognitivo, y nadie de su alrededor se está dando cuenta.

C.S.– Y, ¿entonces? ¿Qué se podría hacer?

C.F.– Para empezar, los profesionales del centro deberíamos informar más a los familiares y cuidadores de la importancia de mantener la estimulación cognitiva activa en el hogar. Realmente no se pide mucho. Solo con realizar actividades durante media horita o una horita al día ya sería suficiente.

C.S.– Sería buena iniciativa.

C.F.– Claro. Por este motivo las educadoras insistimos tanto en hacer una reunión a todos los profesionales del centro que atienden día a día a los

usuarios, familiares y cuidadores (enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, psicólogas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales...) y concienciarlos de su importancia.

C.S.– Y, ¿por qué aun no la han realizado?

C.F.– Porqué desde dirección no la han aprobado. Pero creo que nuestra suerte pronto cambiará.

C.S.– Eso espero. Y Carmen, volviendo al proyecto fin de máster el cual le comenté tiempo atrás, ¿qué opina? ¿Cree que es buena idea?

C.F.– ¡Claro que sí! Será bueno poder realizar la prueba piloto y poder obtener los resultados, aunque sé seguro que serán buenos.

C.S.– ¿Usted cree?

C.F.– Totalmente. En este centro hace falta poder llevar a cabo un proyecto como el tuyo, para poder acercar a las usuarias, familiares y cuidadores la importancia de mantener la estimulación cognitiva en el hogar. Además, es lo que te decía anteriormente, con solo dedicar mínimo media horita al día sería suficiente. Sería como adoptar otra rutina en su día a día, tanto del cuidador como del usuario. Seguro que así, en un futuro, la gente lo agradecería, sobre todo las personas que volviesen a ingresar, ya que son muchas las que se frustran cuando se dan cuenta que en un período de tiempo no muy largo, han obtenido deterioro cognitivo.

C.S.– Es verdad. Recuerdo la cara de tristeza de Carmen, diciéndome “*no entiendo que me ha pasado...*”.

C.F.– Y ella aún se lo tomó mediamente bien. Yo he visto a personas llorar como niños.

C.S.– Es duro para ellos...

C.F.– Es demasiado duro e injusto.

C.S.– Realmente sí. Bien Carme, ¿tiene alguna sugerencia para ofrecermelo referente al proyecto?

C.F.– Simplemente te ánimo a que lo realices con mucha ilusión. Ya sabes que aquí estoy para ayudarte con lo que haga falta, pero de ayudas no te van a faltar porque todas las educadoras estamos orgullosas de que dediques tu trabajo fin de máster a mejorar una parte del servicio en el que día a día nos dedicamos plenamente, y sabes que si necesitas cualquier cosa aquí estaremos para ayudarte en lo que podamos.

C.S.– Es un placer escucharla. ¡Gracias!

C.F.– El placer es mío. ¡Ah!, y no olvides que si el resultado de tu proyecto es positivo, tan pronto lo tengas finalizado concretaré una reunión con el equipo directivo para poder exponer la propuesta (que espero que tú misma presentes como autora que eres), para intentar que en un futuro no muy lejano editemos unos buenos dosieres y potenciemos los estimulación cognitiva en el hogar.

C.S.– ¡Sería un honor para mí! Pues ya hemos terminado. ¡Muchas gracias!

C.F.– ¡A ti!

8.4. Cuestionario destinado a las usuarias participantes de la intervención

CUESTIONARIO ESTIMULACIÓN COGNITIVA COMPLEJO ASISTENCIAL DE LA SANTA CRUZ DE JESÚS	
<i>Este cuestionario se dirige al grupo de cinco antiguas usuarias del servicio de Terapia de estimulación cognitiva del Complejo Asistencial de la Santa Cruz de Jesús (Tortosa).</i>	

<i>Antigua usuaria del servicio, como ya sabe estoy realizando mi Trabajo Fin de Máster, y querría saber su opinión sobre las actividades de estimulación cognitiva (E.C.), que ha estado realizando diariamente en su hogar durante veinticinco días (festivos no incluidos).</i>	
<i>Por favor, escuche atentamente las frases que a continuación le leeré y responda con sinceridad a cada una de ellas, teniendo en cuenta que “SI” es la respuesta en la que está de acuerdo y “NO” la respuesta en la que está en desacuerdo.</i>	
<i>Gracias por su colaboración.</i>	

PREGUNTAS	SI	NO
1. Alguna vez en su vejez ha realizado actividades de E.C. en su hogar.		
2. Le ha gustado poder realizar actividades en su hogar.		
3. Las actividades presentadas las ha podido visualizar correctamente.		
4. Las actividades han sido difíciles para usted.		
5. Las actividades han sido de su agrado.		
6. Cree que estas actividades le ayudan a estimular la mente.		
7. Cree que estas actividades despiertan y mantiene su interés por realizarlas.		
8. Cree que estas actividades son creativas y motivadoras.		
9. Las actividades que ha realizado son apropiadas para su edad.		
10. Durante la realización de las actividades, ha necesitado la ayuda total de su cuidador.		
11. Actualmente (después de los veinticinco días), ve interesante continuar realizando actividades de estimulación cognitiva en su hogar.		
12. Actualmente, tiene la sensación que su mente está más despejada y más activa.		

Fuente: Elaboración propia

8.5. Cuestionario destinado a los cuidadores participantes de la intervención

CUESTIONARIO ESTIMULACIÓN COGNITIVA COMPLEJO ASISTENCIAL DE LA SANTA CRUZ DE JESÚS		
<i>Este cuestionario se dirige al grupo de cinco cuidadores de las antiguas usuarias del servicio de Terapia de estimulación cognitiva del Complejo Asistencial de la Santa Cruz de Jesús (Tortosa).</i>		

<i>Cuidador/a, como ya sabe estoy realizando mi Trabajo Fin de Máster y querría saber su opinión sobre la estimulación cognitiva (E.C.), así como las posibles actividades que realiza la usuarias diariamente en el hogar.</i>		
<i>Por favor, escuche atentamente las frases que a continuación le leeré y responda con sinceridad a cada una de ellas, teniendo en cuenta que “SI” es la respuesta en la que está de acuerdo y “NO” la respuesta en la que está en desacuerdo.</i>		
<i>Gracias por su colaboración.</i>		

PREGUNTAS	SI	NO
1. Conoce el concepto “estimulación cognitiva”.		
2. Sabe los beneficios que ofrece mantener la E.C. del usuario en el hogar.		
3. Normalmente se informa o recicla de noticias relacionadas con la E.C, ya sea por Internet, Redes Sociales, revistas académicas, artículos, prensa, etc.		
4. Conoce los tipos de deterioro cognitivo que existen.		
5. Sabe qué tipo de deterioro cognitivo tiene la persona que cuida.		
6. Ha ido a cursos de formación, charlas o conferencias sobre E.C.		
7. Conoce los tipos de actividades de E.C. que puede ofrecer a la persona que cuida, según su deterioro cognitivo.		
8. Casi diariamente propone actividades de E.C. a la persona que cuida.		
9. Sabe cuándo las actividades que ofrece no motivan ni despiertan el interés de la persona que cuida.		
10. Sabe dónde buscar actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida.		
11. Más de una vez, ha diseñado usted mismo actividades de E.C. teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de la persona que cuida.		
12. Siempre que la persona mayor realiza una actividad de E.C., usted permanece a su lado dándole soporte cuando lo necesite.		

Fuente: Elaboración propia

8.6. Dossier de las actividades propuestas para las usuarias

A continuación se presenta el dossier con las cuarenta actividades propuestas para que realizasen las usuarias, con supervisión y ayuda del cuidador, en su hogar durante los veinticinco días concretados para la realización de la prueba piloto.

Recordamos que las actividades propuestas están clasificadas en cuatro grupos, y cada usuaria debía de realizar las actividades según su deterioro cognitivo:

- ✓ Sin deterioro cognitivo (D0).
- ✓ Deterioro cognitivo leve (D1).
- ✓ Deterioro cognitivo moderado (D2).
- ✓ Deterioro cognitivo grave (D3).

Se ha de tener en cuenta que al ser una prueba piloto, se han ofrecido diez actividades por nivel cognitivo, de las cuales se han realizado una o dos por día. Al ser la prueba durante veinticinco días, se han hecho tres copias por actividad, las cuales se han realizado rotativamente y evitando que las usuarias se dieran cuenta de su repetición.

SIN DETERIORO
(D0)

1. UNE CON FLECHAS LAS PALABRAS DE UNA COLUMNA CON LAS DE LA OTRA RELACIONANDO LAS QUE TIENEN SIGNIFICADOS PARECIDOS:

TORRE

PERFUMADO

DESOBEDECER

AGRADABLE

PINO

LABRADOR

OLOROSO

COMUNICAR

AMARGO

CHALET

LÁSTIMA

CHARLAR

MANDAR

REBELARSE

GUIAR

ÁCIDO

SIMPÁTICO

PIÑONERO

ECHAR

COMPASIÓN

HABLAR

ROMPER

INFORMAR

TIRAR

CAMPESINO

CONducIR

DESTRUIR

ORDENAR

2. CALCULA:

$$\begin{array}{r} 68 \\ + 45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 79 \\ + 20 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 22 \\ + 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 57 \\ + 25 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 34 \\ + 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 48 \\ + 23 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 64 \\ + 34 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 22 \\ + 22 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 57 \\ + 23 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 42 \\ + 59 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 63 \\ + 17 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 71 \\ + 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 55 \\ + 41 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 37 \\ + 17 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 58 \\ - 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 64 \\ - 51 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 63 \\ - 26 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 25 \\ - 19 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 65 \\ - 45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 66 \\ - 58 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 67 \\ - 51 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 73 \\ - 31 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 60 \\ - 24 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 75 \\ - 30 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 47 \\ - 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 75 \\ - 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 85 \\ - 31 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 75 \\ - 10 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 65 \\ \times 4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 54 \\ \times 4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 61 \\ \times 6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 33 \\ \times 7 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 23 \\ \times 8 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 54 \\ \times 9 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 42 \\ \times 9 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 38 \\ \times 10 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 31 \\ \times 11 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 80 \\ \times 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 69 \\ \times 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 98 \\ \times 13 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 68 \\ \times 15 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 49 \\ \times 16 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 47 \\ \times 22 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 57 \\ - 11 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 55 \\ + 18 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 56 \\ - 16 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 99 \\ - 24 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 26 \\ \times 25 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 61 \\ - 17 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 75 \\ + 45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 35 \\ - 52 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 64 \\ + 42 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 62 \\ - 49 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 60 \\ - 47 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 63 \\ - 41 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 62 \\ - 40 \\ \hline \end{array}$$

3. COMPLETE LA POESÍA:

**Erase que era
un cangrejo de río,
.....
y con muchos anillos.**

**En el agua vivía
muy feliz y contento
.....
le cantaba mil cuentos:**

**De mares azules,
de barcos de vela,
.....
de duendes y fieras.**

- ➔ De peces y brujas,
- ➔ Porque doña Cangreja
- ➔ Con dos patas muy grandes

Autor: E. Nogal.

4. COMPLETE LAS FRASES CON LOS VERBOS CORRESPONDIENTES:

- ✓ Ayer por la noche un ladrón..... (robar) el coche de mi tío.
- ✓ Mañana..... (tener) que llamar a mi abuela.
- ✓ Hace solo dos horas que he..... (comer) un yogur, y vuelvo a tener hambre.
- ✓ Mi sobrino..... (jugar) a futbol este sábado.
- ✓ Mañana..... (llover).

5. ESCRIBA CON LETRAS LOS SIGUIENTES NÚMEROS:

Ejemplo → 347: Trescientos cuarenta siete

1. 42:

2. 138:

3. 346:

4. 840:

5. 919:

6. 320:

6. LEA EL SIGUIENTE TEXTO DETENIDAMENTE:



La ciudad de Tortosa, capital de la comarca del Bajo Ebro, tiene tres parejas de gigantes. A la primera pareja, en Rufo y la Rubí, los rodea una curiosa leyenda que explica su origen.

Hace muchos años llegó a Tortosa un personaje de unas dimensiones extraordinariamente grandes, es decir, era muy alto. Le decían Rufolet y venía

de un país lejano para rescatar la princesa Rubí que había sido secuestrada por un brujo y la tenía prisionera en una cueva cerca de Tortosa.

Dirigiéndose a la cueva, en Rufolet, topó con un duende que se ahogaba en una balsa. Él, tan alto como era, con dos zancadas lo salvó. El duende, que se decía Xaco, muy agradecido, ayudó a Rufolet a salvar la princesa. El pequeñito le dijo que la prisionera estaba vigilada por una bestia muy feroz a quien denominaban Cucafera, pero, que si le cortaba la cola y las orejas se volvía muy mansa.

Y así fue. En Rufolet cortó las orejas y la cola de la criatura y salvó la chica. Después, el héroe, Rubí, Xaco, sus amigos duendes y la Cucafera volvieron hacia Tortosa.

Al entrar en la ciudad se encontraron los músicos y tamborileros que iban a tocar en la procesión de Corpus. Todos juntos formaban una comitiva muy extraña que sorprendió a todo el mundo. Desde entonces, todos los personajes abren la procesión de Corpus cada año.

En Rufo y la Rubí fueron contruidos en 1957 por el escultor Pedro Aixendri. El autor se inspiró en los gigantes Tortosinos desaparecidos durante la Guerra Civil. En la década de los 50 estos gigantes medían cuatro metros de altura y evidentemente, había muchas dificultades para sacarlos a bailar. Después de que al 1978 se los rebajara la altura, actualmente han recuperado la altura original gracias a la construcción de la pareja con unos materiales más ligeros y que permiten descabalgarlos a la hora de ser transportados.

Responda las siguientes preguntas:

a. ¿Cómo se llaman los protagonistas de la historia?

.....
.....

b. ¿Para qué fue el protagonista a Tortosa?

.....
.....

c. ¿Cómo ayudó en Rufolet al duende?

.....
.....

d. ¿Por qué personaje estaba vigilada la princesa?

.....
.....

e. ¿Cómo se podía volver manso el personaje nombrado en la pregunta 4?

.....
.....

f. ¿Qué músicos iban a tocar en la procesión de corpus?

.....
.....

g. ¿Por qué en el año 1978 se les rebajó la altura a los gigantes?

.....
.....

7. CLASIFIQUE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS EN SUS RESPECTIVAS CATEGORÍAS:

Ciruela – Salchicha – Espinacas – Fresa – Sardinias – Jamón – Coliflor – Bacalao – Pulpo – Chorizo – Melón – Níspero – Lenguado – Morcilla – Albaricoque – Berenjena – Sobrasada – Cereza – Sepia – Acelgas

ANIMALES:

CERDO:

PESCADO:

VEGETALES:

FRUTAS:

VERDURAS:

8. LEA EL SIGUIENTE TEXTO DETENIDAMENTE:



La tercera y última pareja de los gigantes de Tortosa se llaman Cristofor Despuig y Mariana Curto. Representan unos personajes que forman parte de la historia del siglo XVI de Tortosa.

Cristofor Despuig nació en Tortosa y fue bautizado en la misma ciudad poco después, en 1510. Hijo de Pere Joan Despuig y de Francina Hueso, su padre ostentaba el cargo de procurador en cabeza de la ciudad el año de su nacimiento.

Probablemente su formación se llevó a cabo en Valencia, en la casa del conde de Aitona Joan de Moncada, en un ambiente cortesano y debajo la custodia de preceptores particulares, tal como era habitual entre la nobleza a la época, ocupado en "... obras militares, como era cabalgar en todas sillas, correr todas lanzas, jugar todas armas, bailar y danzar todas danzas, leer a horas concertadas libro de todas historias...".

El año 1530, ya con el título de doncel, se casó con Mariana Curto, hija de una familia de la oligarquía Tortosina. De su matrimonio nacieron tres hijas: Vicenta Helena, Ángela Francesca Vicenta y Anna.

Las dos primeras fueron apadrinadas por los principales personajes de la nobleza Tortosina de la época, Onofre Oliver y Boteller y su padre, Lluís Oliver y Boteller, vizconde de Castellbó.

Anna, la hija menor, se casó con Anníbal Aldana, hijo de Joan Aldana (célebre militar Tortosino que luchó junto a Ferran II y de Carles V).

El círculo familiar y de amigos de Cristofor Despuig lo sitúa, pues, entre los personajes más relevantes a la ciudad en su época. El año 1548 Despuig fue procurador de Tortosa y un año más tarde nos consta como procurador general de la baronía de Carles y Alfara por la ciudad. Posteriormente recibe el título de caballero.

El año 1557 acabó de escribir “Los coloquios de la insigne ciudad de Tortosa”, obra capital de la literatura del Renacimiento catalán. Bajo la forma de seis diálogos o coloquios. Despuig describe con visión crítica el devenir de la ciudad y de Cataluña a su época. La obra nos ofrece un excelente retrato del siglo XVI a la ciudad, tratando temas políticos, religiosos, históricos y sociales.

La obra de Despuig ha sido definida como la crónica histórica de la ciudad del siglo XVI, a pesar de que los últimos estudios la sitúan plenamente dentro del género literario del ensayo.

El año 1996 Tortosa celebró la primera Fiesta del Renacimiento. Por este motivo, el Ayuntamiento encargó la construcción de la pareja que representan el gran escritor y su esposa.

Responda las siguientes preguntas:

a. ¿Cómo se llaman los protagonistas de la historia?

.....

b. ¿En qué año fue bautizado el protagonista?

.....

c. ¿Cómo se llaman los padres del protagonista?

.....

d. ¿Dónde se llevó a cabo la formación del protagonista?

.....

.....

e. ¿En qué año se casó con la protagonista?

.....

f. ¿Cómo se llamaron las hijas de ambos?

.....

.....

g. ¿Por quién fueron apadrinadas las hijas de los protagonistas?

.....

.....

h. ¿Con quién se casó la hija menor de los protagonistas?

.....

i. ¿Cuándo recibió el protagonista, el título de caballero?

.....

j. ¿De qué trata “Los coloquios de la insigne ciudad de Tortosa”?

.....

.....

9. UNE CON FLECHAS LAS PALABRAS DE UNA COLUMNA CON LAS DE LA OTRA RELACIONANDO LAS QUE TIENEN SIGNIFICADOS PARECIDOS:

TORRE

PERFUMADO

DESOBEDECER

AGRADABLE

PINO

LABRADOR

OLOROSO

COMUNICAR

AMARGO

CHALET

LÁSTIMA

CHARLAR

MANDAR

REBELARSE

GUIAR

ÁCIDO

SIMPÁTICO

PIÑONERO

ECHAR

COMPASIÓN

HABLAR

ROMPER

INFORMAR

TIRAR

CAMPESINO

CONducIR

DESTRUIR

ORDENAR

10. LAS PALABRAS QUE CORRESPONDAN EN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

- a. Aparato que nos permite ver imágenes y escuchar sonidos lejanos.**

RADIO – TELEVISOR - MAGNETÓFONO

- b. Instrumento musical que tiene cuatro cuerdas y se toca con un arco.**

XILÓFONO – FLAUTA - VIOLÍN

- c. Comunicación escrita dirigida a una persona ausente.**

HOJA – CARTA – PAPEL

- d. Mamífero parecido al caballo pero más pequeño y con ojeras más grandes.**

CANGURO – MOSCA – ASNO

- e. Tiendecilla situada en las aceras de las calles, donde se venden periódicos y revistas.**

KIOSCO – CHURRERÍA – PINO

- f. Sentido por el cual percibimos los sabores.**

TACTO – GUSTO – AUDIO

DETERIORO LEVE (D1)

1. CALCULA

$$\begin{array}{r} 12 \\ + 22 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 47 \\ + 23 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 32 \\ + 59 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 53 \\ + 17 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 21 \\ + 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 45 \\ + 41 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 48 \\ + 12 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 14 \\ + 51 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 73 \\ + 26 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 15 \\ + 19 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 95 \\ + 45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 14 \\ + 58 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 33 \\ + 71 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 62 \\ + 25 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 25 \\ + 10 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 27 \\ + 11 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 85 \\ + 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 95 \\ + 32 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 75 \\ + 42 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 44 \\ + 15 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 21 \\ + 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 53 \\ + 22 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 62 \\ + 10 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 64 \\ + 11 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 30 \\ + 20 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 21 \\ + 10 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 58 \\ + 20 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 75 \\ + 21 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 98 \\ + 23 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 91 \\ + 22 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 42 \\ + 27 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 51 \\ + 11 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 54 \\ + 18 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 58 \\ + 16 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 59 \\ + 24 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 24 \\ + 25 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 85 \\ + 45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 25 \\ + 52 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 65 \\ + 42 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 69 \\ + 49 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 67 \\ + 47 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 62 \\ + 41 \\ \hline \end{array}$$

2. LEA Y COMPLETE

Garbanzos (1bote).....	40 céntimos
Chocolate (1 tableta).....	65 céntimos
Vinagre (1 litro).....	80 céntimos
Gaseosa (1 litro).....	30 céntimos
Vino (1 litro).....	80 céntimos
Agua (1 litro).....	32 céntimos
Atún (3 latas).....	1 euro y 30 céntimos
Leche (1 litro).....	54 céntimos

a. ¿Cuál es el producto más barato?

.....

b. ¿Cuál es el producto que vale 65 céntimos?

.....

c. Si compras un litro de leche y pagas con una moneda de 50 céntimos u una de 20 céntimos, ¿Cuánto dinero tienen que devolvarte?

.....

d. Escribe el nombre de los productos que son líquidos

.....

.....

3. ESCRIBE CON CIFRAS LOS NÚMEROS SIGUIENTES:

Ejemplo → Ciento veintidós: 122

- ✓ **Sesenta y cinco:**
- ✓ **Quinientos ochenta:**
- ✓ **Setecientos catorce:**
- ✓ **Ciento doce:**
- ✓ **Setenta y seis:**
- ✓ **Cincuenta y tres:**

4. CONTINÚE LA SERIE:

(Sume 5)

5 – 10 – 15 – 20 –
.....
..... 120

(Reste 5)

120 – 115 – 110 –
.....
..... 0

**5. EMPAREJE LOS NÚMEROS ESCRITOS CON LETRAS A
LO ESCRITO CON CIFRAS:**

Quinientos treinta y seis	827
Doscientos noventa	536
Ochocientos veintisiete	333
Ciento ocho	482
Cuatrocientos ochenta y dos	290
Trescientos treinta y tres	122
Ciento veintidós	108

6. LEA EL SIGUIENTE TEXTO DETENIDAMENTE:



La segunda pareja de gigantes de la ciudad de Tortosa son en Bonjuhá y la Caxixa. Estos gigantes se remontan tiempos allá y traen a su recuerdo la religión judía. Durante el año 1391 en Cataluña había movimientos populares contra la comunidad judía. Por prevención, la ciudad de Tortosa tenía custodiados a sus ciudadanos en el Castillo de la Suda. La

puerta principal de la Suda era vigilada por el Juglar, carcelero de las prisiones comunes de la ciudad. Juglar era sobornado por los judíos cercados a la Suda para tenerlo de su parte, pero él, a pesar de aceptar sus remuneraciones, estaba dispuesto a traicionarlos.

Algunos judíos conscientes del peligro, bajaban a la ciudad a bautizarse. En este sentido, había muchas familias partidas, matrimonios en qué el marido se había cristianizado y su mujer, influida por sus padres, continuaba practicando su religión judía.

Caxixa, judía Tortosina, mujer de Bonjuhá, judío bautizado, restaba a la Suda con sus padres. En Bernat Tranxer, ciudadano de Tortosa y amigo de Bonjuhá, se llevó a Caxixa del castillo para bautizarla a escondidas de sus padres.

La judía acompañó al cristiano, pero no consiguió su conversión por culpa de Juglar, el cual devolvió a Caxixa en el Castillo de la Suda con pocos modales y fue acusado por los Procuradores de la ciudad por este hecho.

Y esta es la historia de la Caxixa y su marido, Bonjuhá. Ella judía Tortosina y él Cristiano bautizado.

El año 1999 se latieron los dos gigantes judíos que dan en la ciudad el recuerdo histórico de esta religión y cultura.

Responda las siguientes preguntas:

a. ¿Cómo se llaman los protagonistas de la historia?

.....
.....

b. ¿En qué año se remonta la historia?

.....
.....

c. ¿Dónde estaban custodiados los ciudadanos?

.....
.....

d. ¿Por quién estaba vigilada la puerta principal?

.....
.....

e. ¿Por qué había muchas familias partidas?

.....
.....
.....

f. ¿Quién era Bernat Tranxer? ¿Qué quiso hacer con Caxixa?

.....
.....
.....

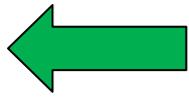
g. ¿Por qué Caxixa no consiguió su conversión?

.....
.....

h. ¿En qué año se latieron los dos gigantes?

.....

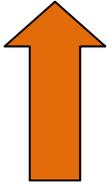
7.PINTE SEGÚN LAS INDICACIONES:



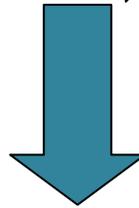
Color Verde



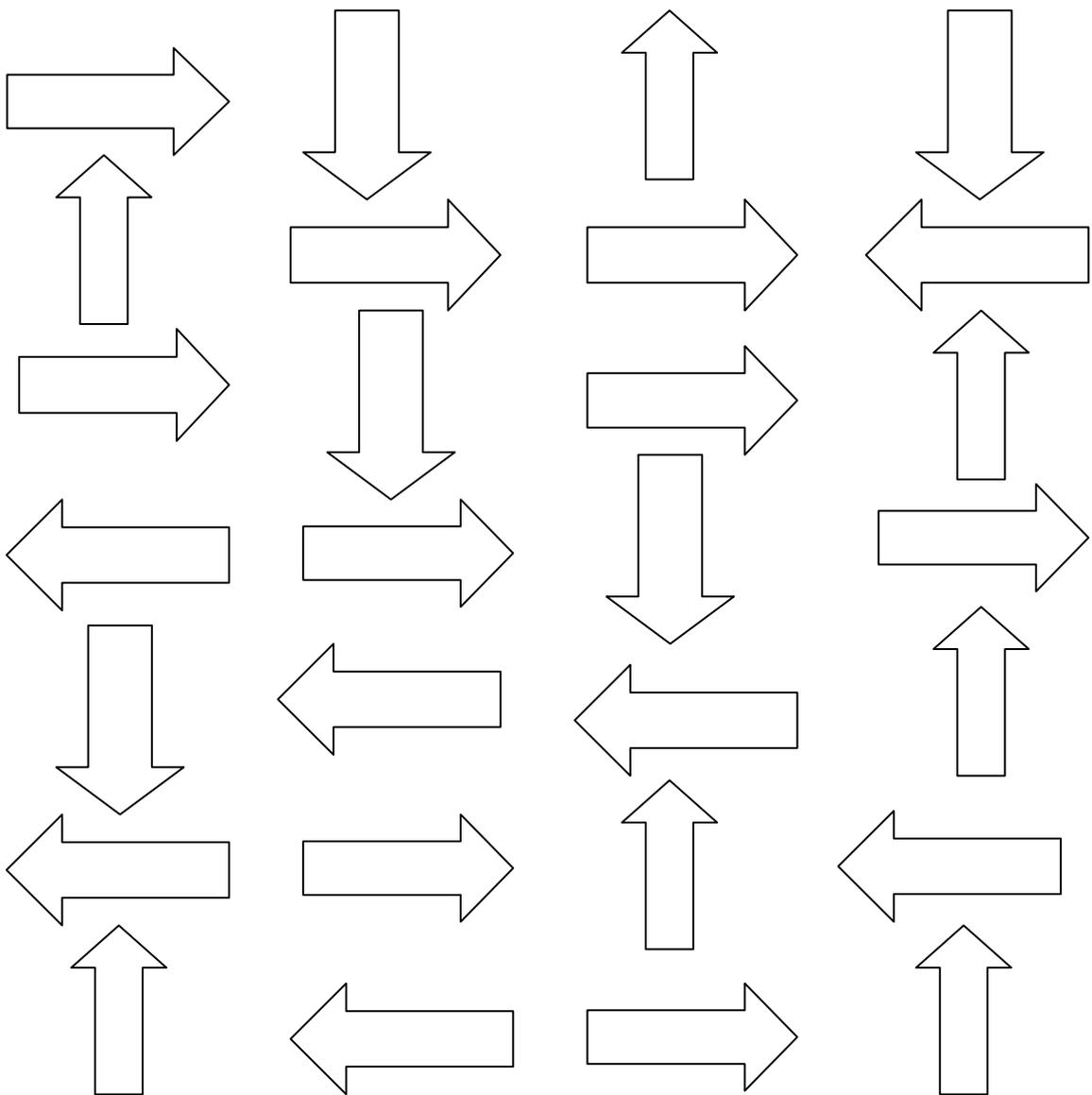
Color Rojo



Color Naranja



Color Azul



8. BUSQUE DE IZQUIERDA A DERECHA DE DERECHA A IZQUIERDA, DE ARRIBA ABAJO Y DE ABAJO ARRIBA LOS CATORCE PLATOS CULINARIOS SIGUIENTES:

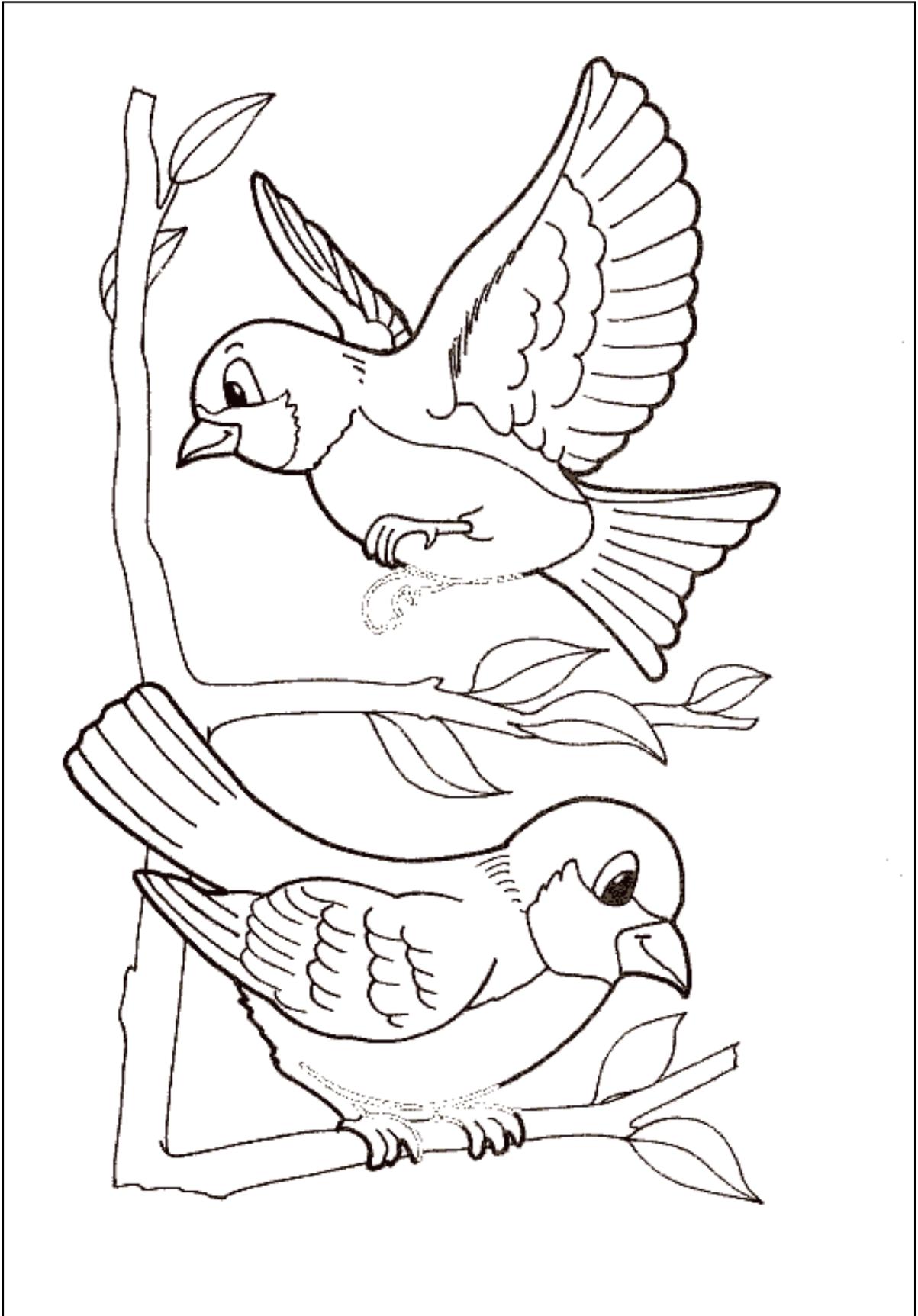
Bistec, callos, canelones, caracoles, cocido, croquetas, ensalada, fabada, fideos, gazpacho, paella, potaje, sopa, tortilla

Sopa de Letras:

J	C	R	O	Q	U	E	T	A	S
L	A	Z	V	C	O	C	I	D	O
M	R	A	D	A	L	A	S	N	E
G	A	Z	P	A	C	H	O	B	D
S	C	A	L	L	E	A	P	I	I
T	O	R	T	I	L	L	A	S	F
P	L	C	A	L	L	O	S	T	W
I	E	A	D	A	B	A	F	E	Z
N	S	P	O	T	A	J	E	C	Y
O	S	E	N	O	L	E	N	A	C

9. PINTE EL DIBUJO SEGÚN LAS INDICACIONES SIGUIENTES:

- ✓ **El pajarito que tiene el pico señalando a la izquierda, es de color naranja y tiene las patitas y el pico rojos.**
- ✓ **El pajarito que tiene el pico señalando a la derecha, es de color marrón clarito y tiene las patitas y el pico rojos.**
- ✓ **La parte de debajo de los dos pajaritos es de color amarillo muy clarito.**
- ✓ **La rama del árbol es de color marrón oscura.**
- ✓ **Las hojas de la ramita son de diferentes tonalidades de verde.**
- ✓ **El cielo es azul.**
- ✓ **Añádele algún otro animal u objeto en el dibujo. ¡Utilice su imaginación!**



10. CAMBIE LA PRIMERA LETRA A LAS SIGUIENTES PALABRAS PARA CONSEGUIR OTRAS PALABRAS DIFERENTES:

✓ Ajo - _jo

✓ Fama - _ama

✓ Tierna - _ierna

✓ Huerta - _uerta

✓ Sentir - _entir

✓ Sable - _able

✓ Tía - _ía

✓ Canta - _anta

✓ Vela - _ela

✓ Todo - _odo

✓ Hijo - _ijo

✓ Nardo - _ardo

DETERIORO MODERADO(D2)

1. CALCULA

$$\begin{array}{r} 6 \\ +8 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +1 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 2 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +9 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +4 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +5 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 7 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +3 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 3 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 2 \\ +0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ -2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 3 \\ -0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ -2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ -1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ -2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -2 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 4 \\ -2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ -1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ -1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ -4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -2 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 7 \\ -4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ -5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 4 \\ -3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ -5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ -5 \\ \hline \end{array}$$

2. LEA EL TEXTO Y RESPONDA LAS PREGUNTAS:

Linda es una perrita muy cariñosa que tuvo muy mala suerte, ya que de muy pequeñita la alejaron de los brazos de su madre y sus primeros amos la abandonaron en la montaña siendo ella muy pequeñita.

Durante días Linda estuvo perdida, sin poder casi comer ni beber y llorando porque añoraba a su madre. Pero por suerte, pocos días después, la familia Sanz la encontró y la adoptó. Le dieron todo tipo de cuidados, pero viendo que la perrita parecía enferma ya que comía y bebía poco, decidieron llevarla al veterinario. Allí se quedó ingresada durante nueve días, porque tenía una parvovirus que ponía en peligro su vida.

Finalmente, la perrita consiguió salir adelante y actualmente vive tranquila y felizmente con su nueva familia.

Ahora, responde las siguientes preguntas:

a. ¿Cómo se llama la protagonista de la historia?

.....

b. ¿Quién la abandonó en la montaña?

.....

c. ¿Quién la encontró?

.....

d. ¿Por qué la llevaron al veterinario?

.....

e. ¿Qué enfermedad tenía la perrita?

.....

f. ¿Cuántos días se quedó ingresada en el veterinario?

.....

g. ¿Cómo termina la historia?

.....

h. ¿Qué opina sobre el abandono de animales?

.....

.....

.....

3. ESCRIBE CON CIFRAS LOS NÚMEROS

Ejemplo → Doce: 12

- ✓ Siete:
- ✓ Nueve:
- ✓ Diecisiete:
- ✓ Veintidós:
- ✓ Trece:
- ✓ Treinta-y-tres:

4. ESCRIBA CON LETRAS LOS NÚMEROS:

Ejemplo → 27: veintisiete

- ✓ 22:
- ✓ 18:
- ✓ 34:
- ✓ 40:
- ✓ 19:
- ✓ 20:

5. CLASIFIQUE LAS SIGUIENTES PALABRAS:

Aguacero – Abeto – Niebla – Relámpago – Eucalipto – Lluvia –
Acacia – Roble – Trueno – Nevar – Pino – Limonero – Nube –
Frío – Encina

Árboles

Fenómenos Naturales

6. COMPLETE EL SIGUIENTE ABECEDARIO

A					F	
H			K			
Ñ						T
		W			Z	

- VUELVA A COMPLETAR EL ABECEDARIO:

A				E		
		J				N
			Q			
	V			Y		

7. OBSERVE EL RECUADRO Y COMPLETE:

- Haga una redonda en los números 2 y 5
- Haga una cruz en los números 3 y 6
- Haga un ralla en los números 7 y 9

1	5	6	4	5	9	6	1	7	4	5	3
2	2	3	6	7	8	9	4	5	7	8	0
4	2	3	5	5	6	9	5	7	1	0	1
3	5	4	4	9	7	8	6	0	5	7	8
9	8	8	7	5	1	0	2	0	1	3	4

8. COMPLETE LAS FRASES CON LOS VERBOS CORRESPONDIENTES:

- ✓ Ayer..... (comprar) unos zapatos nuevos.
- ✓ Hoy..... (ir) al dentista.
- ✓ La semana pasada..... (visitar) a mi tía.
- ✓ Mañana..... (comprar) el periódico.
- ✓ Hace dos días me..... (llamar) mi hermana.
- ✓ Desde los diez años que no..... (escuchar) esta canción. ¡Qué recuerdos!
- ✓ Mi hijo me..... (dar) me despertó con un beso.

9. LEA EL TEXTO QUE HAY A CONTINUACIÓN Y RESPONDA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

Hace unos días fuimos a pasar el domingo al bosque y mientras estábamos buscando espárragos un perrito nos siguió a todas partes.

Yo no encontré ningún espárrago, pero mi madre llenó su cesto.

Me lo pasé bomba con el perro. Era pequeño, su pelo era de color marrón parecido a la lana de oveja. Mi hermana y yo convencimos a mis padres y nos lo llevamos a casa.

Le pusimos de nombre pitufo.

a. ¿Qué día de la semana era?

.....

b. ¿Dónde fueron?

.....

c. ¿Qué hicieron?

.....

d. ¿A qué se parece el pelo del perro?

.....

e. ¿Quién encontró más espárragos?

.....

f. ¿Qué nombre le pusieron al perro?

.....

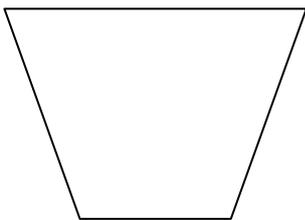
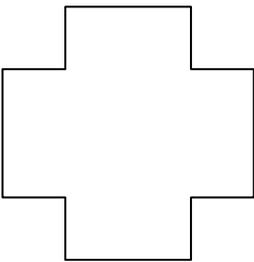
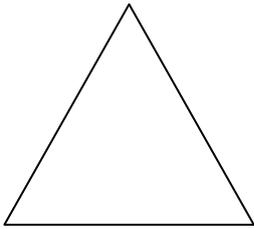
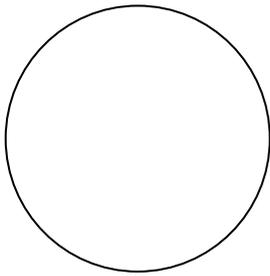
10. OBSERVE EL RECUADRO Y COMPLETE:

- Pinte de color verde los cuadros con el número 1
- Pinte de color amarillo los cuadros con el número 2
- Pinte de color azul los cuadros con el número 3
- Pinte de color rojo los cuadros con el número 4
- Pinte de color naranja los cuadros con el número 5
- Pinte de color rosa los cuadros con el número 6
- Pinte de color marrón los cuadros con el número 7
- Deje en blanco los cuadros con los números 0, 8 y 9

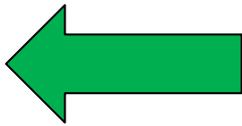
1	5	6	4	5	9	6	1	7	4	5	3
2	2	3	6	7	8	9	4	5	7	8	0
4	2	3	5	5	6	9	5	7	1	0	1
3	5	4	4	9	7	8	6	0	5	7	8
9	8	8	7	5	1	0	2	0	1	3	4
8	2	3	3	4	5	9	6	6	7	8	7
1	8	9	3	1	0	1	3	7	0	3	6
2	5	5	3	0	4	5	7	8	4	6	5

DETERIORO GRAVE (D3)

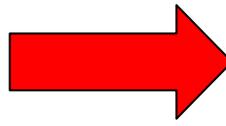
1. COMPLETE LA SERIE:



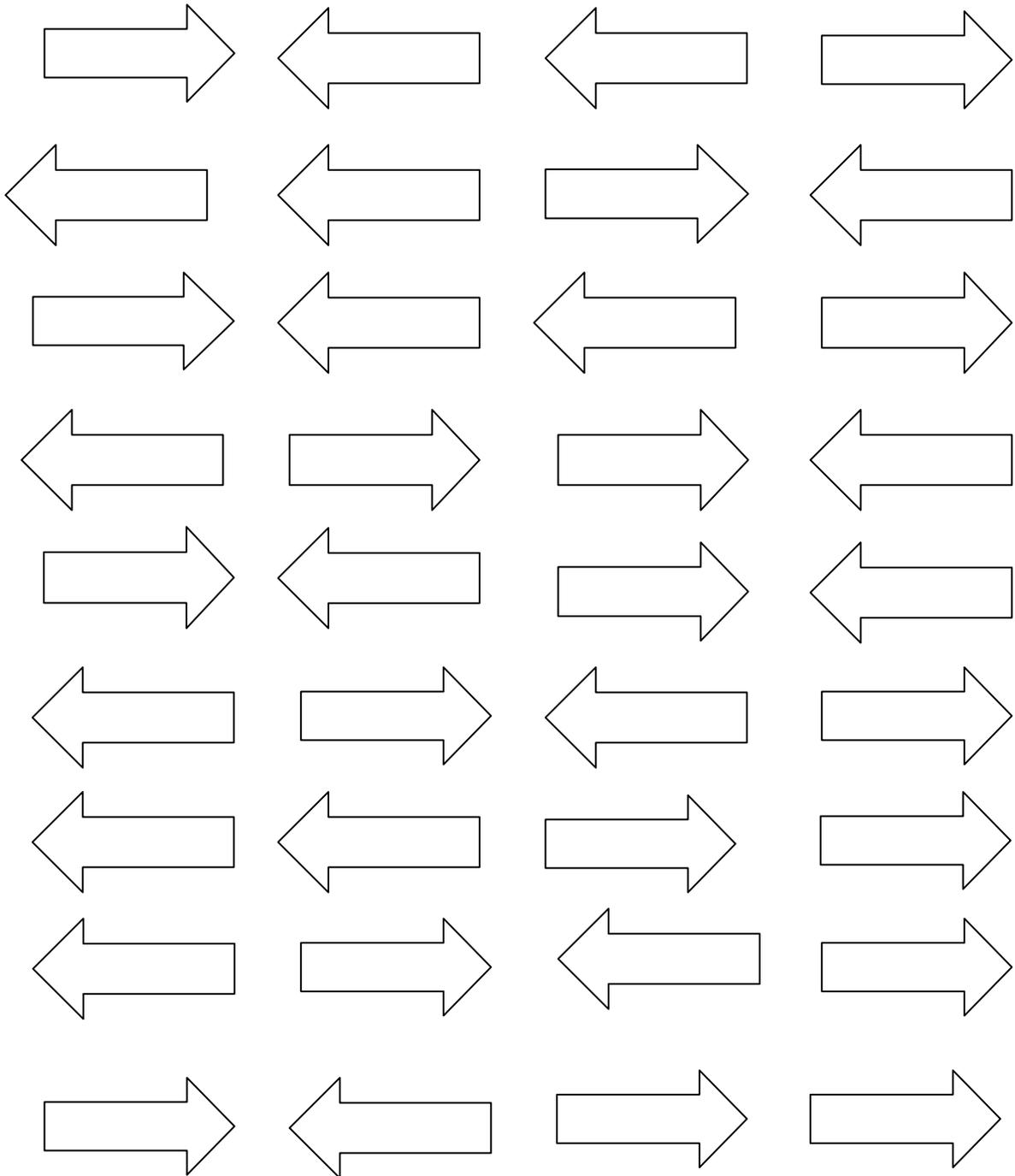
2. PINTE SEGÚN LAS INDICACIONES:



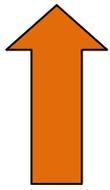
Color verde



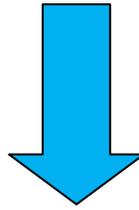
Color Rojo



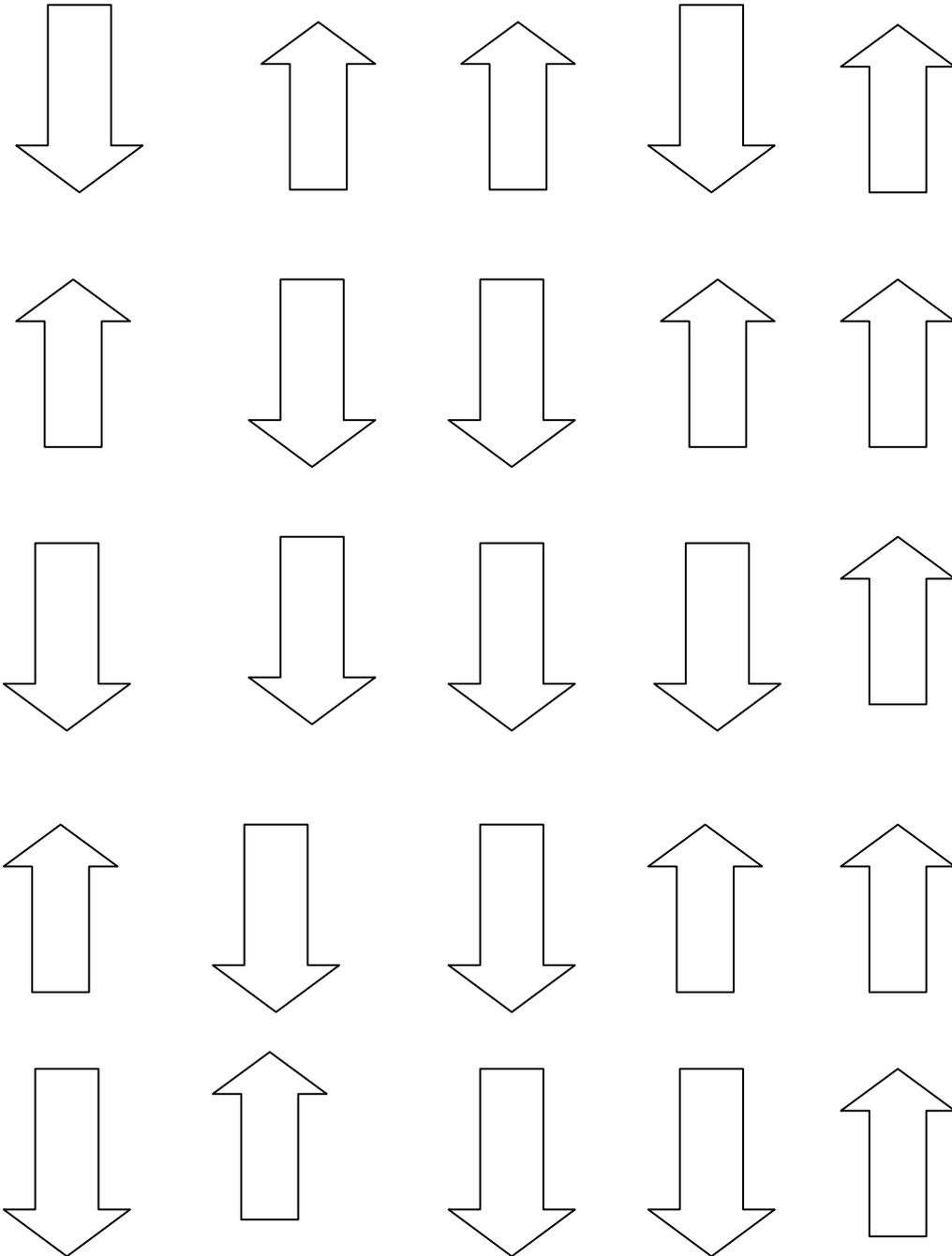
3. PINTE SEGÚN LAS INDICACIONES:



Color Naranja



Color Azul



4. CALCULA:

$$\begin{array}{r} 2 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 2 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 4 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +5 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 2 \\ +0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +3 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 5 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 4 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 1 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 3 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 2 \\ +0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 4 \\ +1 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3 \\ +0 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 1 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +2 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 7 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +5 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 5 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +4 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 9 \\ +9 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +7 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 6 \\ +1 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 8 \\ +3 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 7 \\ +4 \\ \hline \end{array}$$

5. OBSERVE EL ABECEDARIO:

A	B	C	D	E	F	G
H	I	J	K	L	M	N
Ñ	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z	

- CÓPIELO EN EL SIGUIENTE RECUADRO:

7. OBSERVE EL RECUADRO Y COMPLETE:

- Haga una redonda en los cuadros con el número 1
- Haga una cruz en los cuadros con el número 7

1	1	6	4	5	9	6	1	7	4	1	7
5	2	3	6	7	8	1	4	5	7	2	8
7	4	3	1	5	6	9	5	7	1	0	0
1	3	7	4	9	7	8	6	0	5	7	7

8. CONTINÚE LA SERIE:

(Sume 2)

0 – 2 – 4 – 6 – 8 –
.....
..... 50

(Reste 2)

50 – 48 – 46 – 44 -
.....
..... 0

9. BUSQUE DE IZQUIERDA A DERECHA, DE DERECHA A IZQUIERDA, DE ARRIBA ABAJO Y DE ABAJO ARRIBA LOS SIGUIENTES ANIMALES:

**Gato, Perro, Caballo, Cisne,
Pato, Conejo, Hormiga, Asno**

Sopa de Letras:

C	A	B	A	L	L	O	C	A
L	G	A	T	O	O	C	I	S
M	R	A	D	P	L	A	S	N
G	C	O	N	E	J	O	N	O
S	C	A	L	R	E	A	E	I
T	O	H	O	R	M	I	G	A
P	A	T	O	O	L	O	S	T

10. OBSERVE EL RECUADRO Y COMPLETE:

- **Pinte de color verde los cuadros con el número 1**
- **Pinte de color naranja los cuadros con el número 2**

1	5	2	4	2	9	2	1	1
2	2	1	1	7	8	9	4	5
1	2	1	2	5	2	2	5	1
3	1	2	4	9	7	1	2	0

- **Pinte de color rojo los cuadros con el número 3**
- **Pinte de color azul los cuadros con el número 4**

1	3	3	4	2	4	3	4	1
3	3	1	3	4	4	9	4	5
4	2	4	2	4	2	9	5	3
3	1	2	4	3	7	3	2	3