

## Capítulo 6: Método

### 6.1. Participantes

#### 6.1.1. Características de la muestra

La muestra inicial estuvo compuesta por 50 personas de una residencia privada de la Comunidad de Madrid (25 en el grupo de intervención y 25 en el grupo control).

El grupo de intervención presentó dos casos de mortalidad experimental como consecuencia de un fallecimiento y de un traslado de domicilio, de manera que finalmente el grupo estuvo compuesto por 23 sujetos.

El grupo control constó inicialmente de 25 sujetos, con los mismos criterios de inclusión y exclusión que el grupo de intervención, pero que no estuvieron sometidos al programa de entrenamiento. Estos sujetos fueron seleccionados intentando que fuesen lo más similares posible al grupo de intervención en cuanto a una serie de variables sociodemográficas, como son edad, sexo, nivel educativo, estado civil, lugar de nacimiento y residencia, etc., así como en estado cognitivo y estado de ánimo. Las pruebas de inferencia estadística realizadas determinaron la homogeneidad entre ambos grupos en cuanto a edad [ $t(43) = 1,06$ ;  $p = 0,29$ ], sexo [ $\chi^2(1) = 0,53$ ;  $p = 0,46$ ], nivel educativo [ $\chi^2(4) = 2,37$ ;  $p = 0,668$ ], estado civil [ $\chi^2(3) = 3,586$ ;  $p = 0,310$ ], lugar de nacimiento [ $\chi^2(1) = 1,067$ ;  $p = 0,302$ ] y lugar de residencia [ $\chi^2(1) = 0,407$ ;  $p = 0,524$ ].

En el grupo control se dieron tres casos de mortalidad experimental como consecuencia de dos fallecimientos y de un empeoramiento del estado de salud, de forma que el grupo estuvo finalmente compuesto por 22 sujetos.

Así pues, la muestra definitiva estuvo compuesta por 45 personas, residentes en una residencia privada de la Comunidad de Madrid (23 en el grupo de intervención y 22 en el grupo control).

### 6.1.2. Criterios de inclusión/exclusión

Para todos los sujetos de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- Firma y fecha del consentimiento informado para participar en el estudio.
- Edad comprendida entre 65- 95 años.
- Nivel de escolarización mínimo (estudios primarios).
- Estado cognitivo valorado mediante el MEC (Lobo *et al.*, 1979) con una puntuación comprendida entre 24-35, que indica un estado cognitivo normal.
- Estado de ánimo medido mediante la Escala GDS (Yesavage *et al.*, 1983) con una puntuación comprendida entre 0-5 indicativa de ausencia de depresión. También se utilizó la Escala HAD (Zigmond y Snaith, 1983) con una puntuación comprendida entre 0-7 indicativa de ausencia de ansiedad y depresión.
- No participar en otro tipo de talleres o en actividades de terapia ocupacional.

### 6.1.3. Análisis descriptivo de las variables demográficas

La edad media de los sujetos del grupo de intervención fue de 83,17 años, con una desviación típica de 4,67 y un rango entre 69-93 años. La edad media de los sujetos controles fue de 81,27 años, con una desviación típica de 7,07 y un rango entre 66-94 años. Considerando ambos grupos en conjunto la edad media fue de 82,24 años, con una desviación típica de 5,97 y un rango entre 66-94 años. En las Figuras 1, 2 y 3 podemos ver la distribución de los sujetos por edad en el grupo de intervención, el grupo control y en el total, respectivamente.

Respecto a la variable sexo, podemos observar que en el grupo de intervención participaron dieciséis mujeres (69,6%) y siete hombres (30,4%), mientras que en el grupo control participaron trece mujeres (59,1%) y nueve hombres (40,9%). Si consideramos ambos grupos en conjunto observamos que en la investigación participaron veintinueve mujeres (64,4%) y dieciséis hombres (35,5%).

Con relación a la variable estado civil, observamos que en el grupo de intervención ocho sujetos eran solteros (34,78%), cuatro casados (17,4%), diez viudos (43,48%) y uno separado (4,34%). En el grupo control, tres eran solteros (13,64%), ocho casados (36,36%), diez viudos (45,45%) y uno separado (4,55%). En total,

participaron en la investigación once solteros (24,4%), doce casados (26,6%), veinte viudos (44,4%) y dos separados (4,44%).

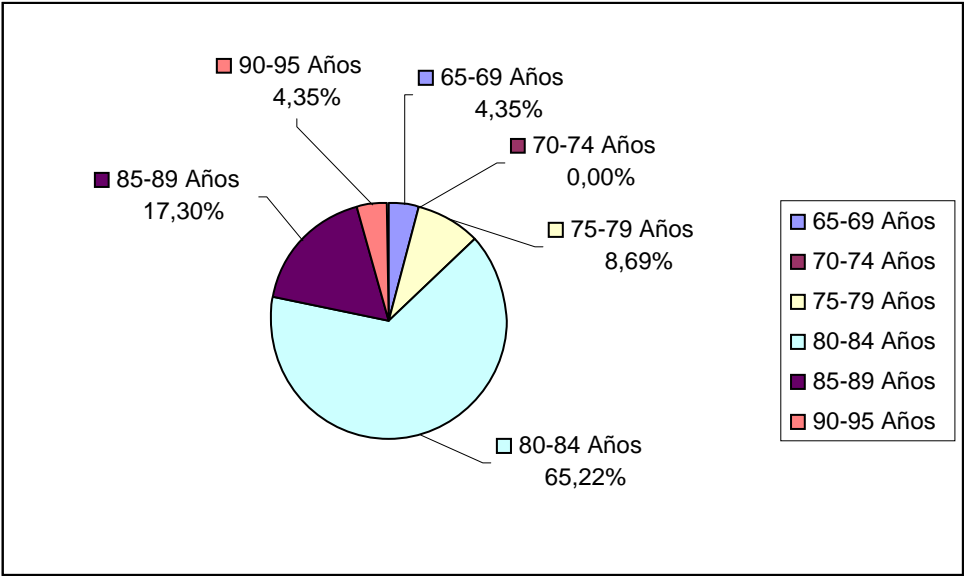


Figura 1. Distribución de los sujetos por edad en el grupo de intervención.

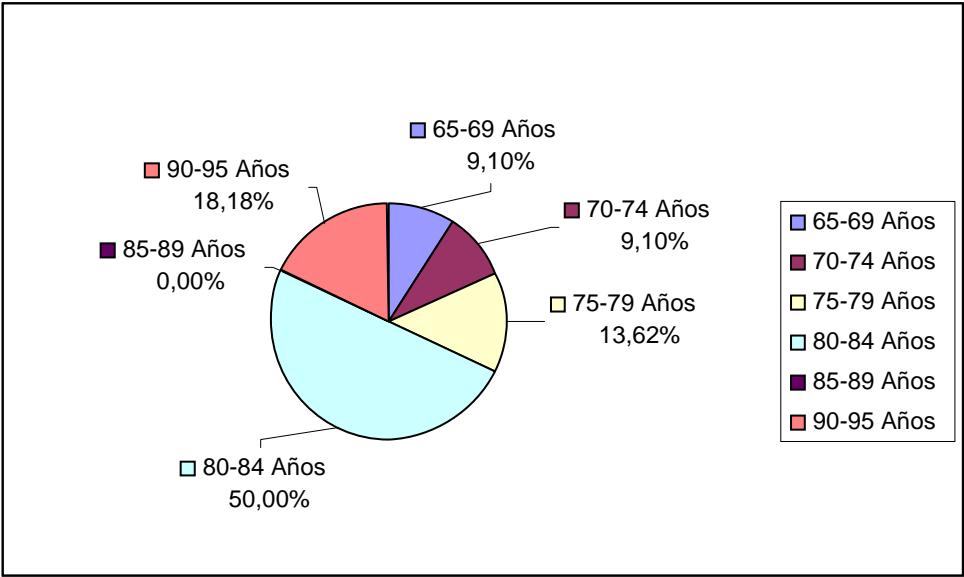


Figura 2. Distribución de los sujetos por edad en el grupo control.

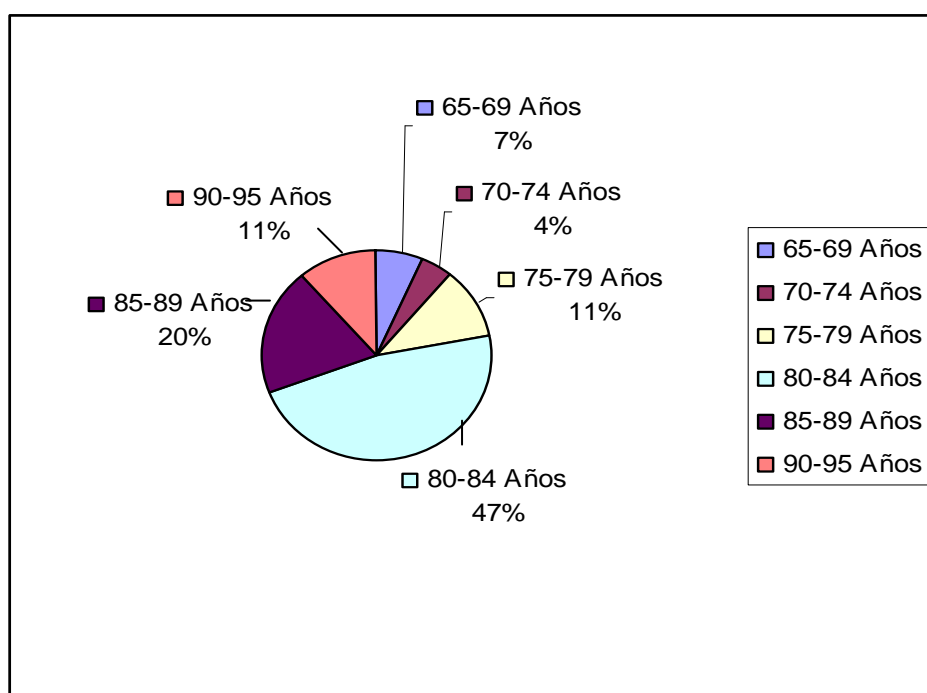


Figura 3. Distribución de los sujetos por edad en el conjunto total de participantes.

En la variable escolaridad se establecieron siete categorías, siguiendo la categorización recogida en el CUBRECAVI: estudios primarios, formación profesional de primer grado, formación profesional de segundo grado, bachiller elemental, bachiller superior, estudios de grado medio y estudios universitarios. En el grupo de intervención, diecinueve sujetos realizaron estudios primarios (82,6%), dos sujetos realizaron bachiller elemental (8,7%), un sujeto realizó bachiller superior (4,35%), y otro sujeto realizó estudios universitarios o superiores (4,35%). En el grupo control, dieciséis sujetos realizaron estudios primarios (72,7%), cuatro sujetos realizaron bachiller elemental (18,9%), y dos sujetos realizaron bachiller superior (9,1%). Considerando el total de sujetos, treinta y cinco realizaron estudios primarios (77,7%), seis realizaron bachiller elemental (13,3%), tres realizaron bachiller superior (6,66%) y uno realizó estudios universitarios o superiores (2,22%).

En cuanto a la variable lugar de nacimiento, en el grupo de intervención ocho sujetos eran originarios del medio urbano (34,78%), mientras que quince sujetos eran originarios del medio rural (65,22%). En el grupo control once sujetos eran originarios del medio urbano (50%), y once sujetos eran originarios del medio rural (50%). En total diecinueve sujetos (42,22%) eran originarios del medio urbano, mientras que veintiséis eran originarios del medio rural (57,77%).

Finalmente, consideraremos la variable lugar de residencia. En el grupo de intervención diecisiete sujetos residían en el medio urbano (73,92%), mientras que seis sujetos residían en el medio rural (26,08%). En el grupo control dieciocho sujetos residían en el medio urbano (81,82%), y cuatro sujetos residían en el medio rural (18,18%). Considerando todos los sujetos, treinta y cinco sujetos (77,77%) residían en el medio urbano, mientras que diez sujetos (22,22%) residían en el medio rural.

La Tabla 6 resume los datos demográficos de los sujetos de la muestra, en las variables ya comentadas de edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento y lugar de residencia.

Tabla 6. Resumen de los datos demográficos de los sujetos de la muestra.

VARIABLE	GRUPO DE INTERVENCIÓN	GRUPO CONTROL	TOTAL
Edad	83,17 (4,67)	81,27 (7,07)	82,24 (5,97)
Sexo	16 mujeres (69,6%) 7 hombres (30,4%)	13 mujeres (59,1%) 9 hombres (40,9%)	29 mujeres (64,4%) 16 hombres (35,5%)
Estado civil	Solteros: 8 (34,78%) Casados: 4 (17,4%) Viudos: 10 (43,48%) Separados: 1 (4,34%)	Solteros: 3 (13,64%) Casados: 8 (36,36%) Viudos: 10 (45,45%) Separados: 1 (4,55%)	Solteros: 11 (24,4%) Casados: 12 (26,6%) Viudos: 20 (44,4%) Separados: 2 (4,44%)
Escolaridad	Estudios primarios: 19 (82,6%) Bachiller elemental: 2 (8,7%) Bachiller superior: 1 (4,35%) Estudios universitarios: 1 (4,35%)	Estudios primarios: 16 (72,7%) Bachiller elemental: 4 (18,9%) Bachiller superior: 2 (9,1%)	Estudios primarios: 35 (77,7%) Bachiller elemental: 6 (13,3%) Bachiller superior: 3 (6,66%) Estudios universitarios: 1 (2,22%)
Lugar de nacimiento	Medio urbano: 8 (34,78%) Medio rural: 15 (65,22%)	Medio urbano: 11 (50%) Medio urbano: 11 (50%)	Medio urbano: 19 (42,22%) Medio urbano: 26 (57,77%)
Lugar de residencia	Medio urbano: 17 (73,92%) Medio rural: 6 (26,08%)	Medio urbano: 18 (81,82%) Medio rural: 4 (18,18%)	Medio urbano: 35 (77,77%) Medio rural: 10 (22,22%)

Nota: En cada celda se informa de la media y la desviación típica (entre paréntesis).

## 6.2. Variables

### 6.2.1. Variable independiente

Se establecieron dos condiciones experimentales: condición de tratamiento y condición de no tratamiento. Cada uno de los componentes del programa de tratamiento aparece descrito, de manera pormenorizada, dentro del apartado “Procedimiento”.

El programa de tratamiento que utilizamos estuvo compuesto de orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria, entrenamiento cognitivo de la atención y entrenamiento en psicomotricidad. Se trata de programas que ya han demostrado su eficacia en investigaciones anteriores donde han sido aplicados de forma aislada, tal como hemos visto en la introducción. Podemos citar, por ejemplo, las investigaciones de Breuil *et al.* (1994) y Degun y Matter (1975) sobre orientación a la realidad, las investigaciones de Breuil, *et al.* (1994), Buschkuehl *et al.* (2008), De Andrés, y Claver (1997), Doménech (2004), Fernández y Ballesteros y Calero (1995), Floyd y Scogin (1992), Israel (1982), Lipinska y Bäckman (1997), Lustig y Flegal (2008) Modinos (2006), Montejo *et al.* (1999), Montejo *et al.* (1995) y Verhaeghen *et al.* (1992) sobre entrenamiento de la memoria, o la investigación de Soler (2006) sobre psicomotricidad. Sin embargo, en esta investigación pretendemos comprobar la eficacia conjunta de estos programas de entrenamiento porque consideramos que el tamaño del efecto puede ser mayor. Por otro lado, distintas investigaciones (Auffray y Juhel; 2001; Bäckman *et al.*, 1991; Clare *et al.*, 2000, 2001; De Vreese *et al.*, 1998; De Vreese y Neri, 1999; Herlitz *et al.*, 1991; Kesslak *et al.*, 1997; Panza *et al.*, 1996; Peláez y Fernández, 1999; Rapp *et al.*, 2002; Stigsdotter-Neely y Bäckman, 1995; Yesavage, 1989; Zanetti *et al.*, 1998; Zanetti *et al.*, 2001; Zarit y Zarit, 1982) han utilizado programas de este tipo con sujetos deteriorados psicológicamente o con problemas para conseguir una mejoría, aunque nosotros hemos trabajado con sujetos normales. Además, con el fin de incrementar el tamaño del efecto de nuestra intervención, establecimos un mayor número de sesiones de intervención en psicomotricidad y en orientación a la realidad en relación a investigaciones anteriores, estableciendo ocho y veinticuatro sesiones respectivamente, mientras que en la intervención en memoria y en atención establecimos únicamente ocho sesiones, algo generalizado en otras investigaciones. También se incrementó la duración de la intervención con el mismo objetivo, es decir, incrementar el tamaño del efecto. Tomamos medidas de distintas capacidades cognitivas

mediante tests estandarizados, estableciendo distintos tipos de tareas de entrenamiento utilizando un único terapeuta para desarrollar todas las intervenciones. También establecimos un mayor número de medidas de seguimiento para comprobar que se mantiene el tamaño del efecto, y determinamos la influencia de nuestra intervención sobre el estado de ánimo y la calidad de vida de los participantes. Recordemos que en nuestra intervención no actuamos directamente sobre el estado de ánimo y la calidad de vida de los residentes, sin embargo, consideramos que la intervención desarrollada puede, por su mayor amplitud, tener efectos colaterales sobre ambas variables.

### **6.2.2. Variables dependientes**

*Mini-Examen Cognoscitivo* (MEC; Lobo *et al.*, 1979). Se trata de una versión adaptada a la población española del *Minimal State Examination* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

El objetivo de la escala MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico de forma rápida y práctica. No se trata de un cuestionario de autoinforme, sino de un test de “screening” de deterioro cognitivo. Como podemos ver en el Anexo B, consta de 11 ítems para medir 11 variables que exploran la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y diferida, la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, la capacidad de abstracción, y las praxias idiomotora, ideatoria y constructiva-gráfica. Sin embargo en nuestra investigación únicamente consideraremos las variables orientación temporal y espacial, memoria inmediata y diferida, concentración, praxia constructiva-gráfica y la puntuación total del MEC. Ello se debe a que el objetivo de nuestra intervención se centrará en entrenar y mejorar únicamente estas capacidades, no todas las que componen el MEC.

La puntuación máxima posible es de 35 puntos y un resultado por debajo de 24 puntos indica posible deterioro cognitivo.

Respecto de sus propiedades psicométricas, los estudios de validación realizados muestran que el MEC es un test fiable (coeficiente de correlación test-retest de 0,87) y tiene unos coeficientes adecuados de validez concurrente (coeficiente de correlación con la escala de Wechsler de 0,77 y 0,89 para las subescalas verbal y manipulativa, respectivamente). En relación con la sensibilidad, el MEC ha mostrado buena capacidad diagnóstica para demencias moderadas y severas, pero es menos sensible en casos leves,

mostrando una sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69% en la versión adaptada a la población anciana española (Lobo *et al.*, 1979). Sin embargo, en nuestra investigación no hemos utilizado esta prueba con fines diagnósticos, sino para obtener una puntuación cuantitativa en las diferentes variables que nos permitiese el contraste de hipótesis.

*Escala de Depresión Geriátrica* (GDS; Yesavage *et al.*, 1983). El objetivo de este instrumento, de 30 ítems de respuesta dicotómica, es la detección de síntomas de depresión en ancianos. Su utilidad reside en la capacidad de filtrado y de medida de la evolución de síntomas depresivos. La adaptación en España fue realizada por Izal y Montorio (1993), quienes presentan estudios de validación con muestras españolas. También existe una versión breve de 15 ítems de Herrmann, Mittmann, Silver, Shulman, Busto *et al.* (1996), que será la que utilicemos en este estudio. La puntuación de corte de esta versión breve se sitúa en 6 puntos; entre 6 y 9 se considera la presencia de depresión leve o dudosa, y una puntuación igual o superior a 10 se considera como depresión establecida. La escala presenta una validez y fiabilidad adecuadas con muestras españolas por lo que se considera de gran utilidad para la práctica clínica. Esta escala de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad de entre el 80% y el 90% y una especificidad de entre el 70% y el 80%, siendo la fiabilidad inter e intraobservadores muy alta. Esta escala está recogida en el Anexo C.

*Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital* (HAD; Zigmond y Snaith, 1983). La adaptación y validación española fue realizada por Tejero, Quimera, Farré y Peri (1986) y se compone de 14 ítems cuantificados según una escala tipo Likert de 4 puntos que se puntúan entre de 0 a 3, siendo cero la puntuación que indica mínima ansiedad o depresión y tres es la puntuación que indica máxima ansiedad o depresión, como puede verse en el Anexo D. Esta escala consta de dos subescalas de 7 ítems cada una, la primera referida a ansiedad y la segunda referida a depresión (HAD-A y HAD-D, respectivamente). La interpretación de las puntuaciones totales es la siguiente: 0-7 indica ausencia de trastorno, 8-10 indica que el caso es dudoso y una puntuación igual o superior a 11 indica trastorno.

Se trata de una escala de auto-valoración que se utiliza como un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas externas.

Tejero *et al.* (1986), en una investigación con pacientes aquejados fundamentalmente por trastornos de ansiedad y depresión, encontraron una consistencia



interna (medida mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) en la subescala de ansiedad (HAD-A) de 0,81 y en la subescala de depresión (HAD-D) de 0,82.

*Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI;* Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). El CUBRECAVI contiene 82 elementos agrupados en 21 subáreas que componen 9 áreas, como puede verse en el Anexo E: Salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos, y Servicios sociales y sanitarios. Algunos de estos ítems están cuantificados según una escala tipo Likert de 4 puntos que pueden adoptar los valores entre 0 y 3, (donde cero es la puntuación que se otorga a la respuesta “no sabe/no contesta” y tres es la puntuación que indica máxima satisfacción o máxima frecuencia), mientras que otros ítems están cuantificados según una escala tipo Likert de 5 puntos (que pueden adoptar los valores entre de 0 y 4, donde cero es la puntuación que se otorga a la respuesta “no sabe/no contesta” y cuatro es la puntuación que indica la ausencia de síntomas objetivos). El cuestionario contiene también una pregunta en la que se interroga sobre el orden de importancia que el sujeto atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida. Se halló el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de cinco de las áreas que componen el CUBRECAVI: salud, integración social, actividad y ocio, habilidades funcionales y ambiente, siendo los índices de consistencia interna moderadamente altos (entre 0,92 y 0,70) para todas las áreas excepción hecha de la integración social. Sin embargo, nuestra investigación solo se centrará en las variables salud subjetiva, salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida. Nos centraremos en estas variables, y no en todas, porque consideramos que son éstas las que sufrirán modificaciones como consecuencia de la intervención. El resto de variables del CUBRECAVI se refieren a determinados aspectos que escapan a nuestra intervención, como son la frecuencia de relaciones sociales, las habilidades funcionales o el ambiente, motivo por el cual no las consideraremos en nuestra evaluación.

*Heteroevaluadores.* Además de las medidas de autoinforme anteriormente señaladas, contamos con tres heteroevaluadores que valoraron el estado de ánimo y la calidad de vida de los participantes a partir de cuestionarios adaptados lingüísticamente (pasando de primera a tercera persona) que comentaremos a continuación y que están recogidos en el Anexo F. Estas puntuaciones amplían la información acerca de las variables dependientes. A partir de estas medidas se calculó la concordancia o acuerdo interjueces.

Los heteroevaluadores realizaron una evaluación pre-test que coincidió con el segundo pre-test de la autoevaluación, una evaluación post-test que coincidió con la medida post-test de autoevaluación y una evaluación de seguimiento que coincidió con el primer seguimiento de la autoevaluación.

En la valoración del estado de ánimo para heteroevaluadores empleamos la *Escala de Depresión Geriátrica* (GDS) y la *Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital* (HAD), previamente adaptadas, cuyas propiedades psicométricas hemos señalado anteriormente.

Utilizamos también el *Cuestionario Breve de Calidad de Vida* (CUBRECAVI; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007), adaptado para heteroevaluadores, con el fin de valorar la calidad de vida de los participantes en la investigación.

El *Mini-Examen Cognoscitivo* (MEC; Lobo *et al.*, 1979) se utilizó únicamente en las medidas de autoevaluación al tratarse de un test de “screening” de deterioro cognitivo, compuesto por preguntas que únicamente pueden responder los participantes y no pueden ser inferidas por los heteroevaluadores.

### **6.3. Diseño**

Utilizamos un diseño cuasi-experimental de dos grupos no equivalentes, intervención y control. El grupo de intervención definitivo estuvo formado por 23 sujetos, siendo un grupo similar en cuanto al estado cognitivo (ausencia de deterioro cognitivo según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, 2000, y MEC de Lobo *et al.*, 1979) y estado de ánimo (ausencia de trastornos afectivos medidos con la GDS de Yesavage *et al.*, 1983, y la HAD de Zigmond y Snaith, 1983). El grupo control definitivo constó de 22 sujetos, con los mismos criterios de inclusión y exclusión que el grupo de intervención, pero que no estuvieron sometidos al programa de entrenamiento. Intentamos que los sujetos de ambos grupos fuesen homogéneos en las variables sociodemográficas, así como en el estado cognitivo y el estado de ánimo.

Al primer grupo se le administró el tratamiento compuesto de orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria, entrenamiento cognitivo de la atención y entrenamiento en psicomotricidad, mientras que el segundo grupo no recibió ningún tratamiento hasta que finalizó la intervención y el seguimiento del grupo de intervención. Por razones éticas, después de este período de tiempo se planteó a los sujetos que integraron el grupo de control la posibilidad de recibir el mismo tratamiento

que recibió el grupo de intervención. En la Figura 4 aparece un diagrama del diseño de esta investigación según la secuencia temporal establecida para su desarrollo.

Grupo de intervención	Pre-test 1 1ª semana	Pre-test 2 8ª semana	Intervención 9ª semana	Post-test 17ª semana	Seguimiento 1 25ª semana	Seguimiento 2 33ª semana
Grupo control	Pre-test 1 1ª semana	Pre-test 2 8ª semana	Ausencia de intervención	Post-test 17ª semana	Seguimiento 1 25ª semana	Seguimiento 2 33ª semana

Figura 4. Diseño de la intervención.

#### 6.4. Procedimiento

Antes de comenzar la intervención se estableció contacto con los residentes para comunicarles la realización de este estudio e informarles de todos los aspectos relacionados con él y fomentar su participación. Aquellas personas que decidieron participar voluntariamente en la investigación rellenaron un consentimiento informado recogido en el Anexo A.

Comenzamos el proceso de intervención con el establecimiento de una línea base establecida a partir de dos sesiones de evaluación separadas por un período de dos meses una de la otra (véase Figura 4). En ellas se cumplimentaron los cuestionarios seleccionados: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Escala de Depresión Geriátrica (GDS), Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). Después de estas sesiones se establecieron ocho sesiones de intervención por cada técnica seleccionada, es decir, ocho sesiones para entrenamiento cognitivo de la memoria, ocho para entrenamiento cognitivo de la atención y ocho para el entrenamiento en psicomotricidad. En las variables estado de ánimo y calidad de vida no intervenimos directamente, pero consideramos que como consecuencia de la intervención sería posible observar mejorías en ambas áreas, razón por la cual se tienen en cuenta en la evaluación. La orientación a la realidad se llevó a cabo en cada una de las sesiones mencionadas, ya que requiere de un menor tiempo para su entrenamiento. De este modo, en una semana normal de entrenamiento se dedicó un día a cada una de las técnicas (ver Figura 5), un día para el entrenamiento de la memoria, otro para el entrenamiento de la atención y otro para el entrenamiento de la psicomotricidad, siendo ocho el total de semanas de entrenamiento. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y media, dedicándose la primera media

hora a orientación a la realidad y la hora restante a la técnica de entrenamiento correspondiente a ese día.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Orientación a la realidad		Orientación a la realidad		Orientación a la realidad
Entrenamiento en psicomotricidad		Entrenamiento de la atención		Entrenamiento de la memoria

Figura 5. Distribución semanal de las sesiones y contenido de la intervención.

La duración del programa de entrenamiento cognitivo de la memoria siguió las directrices de sus autores, que establecieron una duración de 9 sesiones (Montejo *et al.*, 1997), aunque en nuestra intervención empleamos únicamente 8 sesiones. Las directrices generales del “Programa universitario de educación psicomotriz para la vejez” de Marchena *et al.* (2005), que utilizamos en nuestro entrenamiento en psicomotricidad, establecían 7 sesiones de entrenamiento, aunque en nuestra investigación añadimos una más para equiparar en cuanto al número de sesiones los distintos programas de intervención que vamos a utilizar. El programa de entrenamiento cognitivo de la atención, que se basó en las actividades propuestas en el programa “Activemos la mente” (Peña-Casanova, 1999) constó también de 8 sesiones. Y el programa de orientación a la realidad, tomado de la obra “El baúl de los recuerdos” de AFAL (2003), establecía entre 7 y 8 sesiones. Generalmente el número de sesiones utilizado en las investigaciones sobre estos programas oscila entre 5 y 11, de manera que estimamos que 8 sesiones serían suficientes para realizar los entrenamientos que nos planteamos en esta investigación. De esta manera establecimos tres programas de intervención (entrenamiento de la memoria, entrenamiento de la psicomotricidad y entrenamiento de la atención) compuestos por ocho sesiones y un programa de intervención (orientación a la realidad) compuesto por veinticuatro sesiones, con el fin de ajustar este último programa al resto y que en todas las sesiones se llevara a cabo el entrenamiento en orientación a la realidad, complementando los otros programas de intervención.

Las sesiones fueron eminentemente psicoeducativas y de entrenamiento en cada una de las técnicas citadas anteriormente, como se describe en los Anexos G, H, I y J, intentando facilitar una explicación detallada de las técnicas utilizadas y pretendiendo

con ello que los participantes fueran capaces de identificar cualquier signo de mejoría o empeoramiento y pudieran emplear las técnicas aprendidas en su vida cotidiana.

Al finalizar la intervención se estableció una sesión de evaluación post-tratamiento en la que se rellenaron los mismos cuestionarios que en el pre-tratamiento.

A los tres y seis meses de haber finalizado la intervención se volvieron a rellenar los mismos cuestionarios con el fin de comprobar el mantenimiento de los efectos de la intervención con el paso del tiempo.

El grupo de control únicamente acudió a las dos sesiones de evaluación pre-tratamiento, a la sesión de evaluación post-tratamiento y a las dos sesiones de evaluación de seguimiento.

En la Figura 6 se expone la cronología del proceso de intervención que acabamos de detallar.

Los tres heteroevaluadores seleccionados rellenaron los cuestionarios especificados anteriormente, (véase el Anexo F, en el pre-test que coincide con el segundo pre-test de la autoevaluación, en el pos-test que coincide con el post-test de la autoevaluación y en el seguimiento que coincide con el primer seguimiento de la autoevaluación).

Evaluación pre-test	Del 23/04/2007 al 20/06/2007
1ª semana de intervención	Del 25/06/2007 al 01/07/2007
2ª semana de intervención	Del 02/07/2007 al 08/07/2007
3ª semana de intervención	Del 09/07/2007 al 15/07/2007
4ª semana de intervención	Del 16/07/2007 al 22/07/2007
5ª semana de intervención	Del 23/07/2007 al 29/07/2007
6ª semana de intervención	Del 30/07/2007 al 05/08/2007
7ª semana de intervención	Del 06/08/2007 al 12/08/2007
8ª semana de intervención	Del 13/08/2007 al 19/08/2007
Evaluación post-test	Del 20/08/ 2007 al 26/08/2007
Primer seguimiento	Del 22/10/2007 al 28/10/2007
Segundo seguimiento	Del 17/12/2007 al 23/12/2007

Figura 6. Cronología del proceso de intervención.

