

# **El Educador Social en el Entrenamiento Cognitivo de Personas con Daño Cerebral Adquirido para su Inclusión Social**

*(SOCIAL EDUCATION AND DISABILITY. The Social Educator in the Cognitive Training of People with Acquired Brain Damage for their Social Inclusion)*

**Gázquez Hernández, Juan Francisco**  
*Federación Almeriense de personas con Discapacidad – FAAM*

**María del Mar Miralles Dionis**  
*Universidad de Almería*

**José Manuel Aguilar Parra**  
*Universidad de Almería*

ISSN: 1889-4208

e-ISSN: 1989-4643

Fecha recepción: 05/05/2021

Fecha aceptación: 08/11/2021

## **Resumen**

Este artículo tiene como finalidad mostrar la intervención del Educador Social (ES) en el entrenamiento cognitivo de las personas que han sufrido algún tipo de Daño Cerebral Adquirido (DCA). Dicho entrenamiento se ha realizado en la Residencia y Centro de Día para Personas Gravemente Afectadas, centro perteneciente a la Federación Almeriense de Personas con Discapacidad - FAAM, a través del programa Grador, el cual realiza una evaluación inicial sobre el estado del usuario y posteriormente un entrenamiento continuado sobre las facultades superiores dañadas, Atención, Memoria, Funciones Ejecutiva, Cálculo, Percepción y Razonamiento.

En este sentido, no cabe duda que tanto las personas que no padecen ninguna alteración neurológica derivada de un DCA como las que lo presentan tienen el derecho de estar en sociedad, en todos los ámbitos en los cuales las relaciones sean un intercambio para la subsistencia. El ser humano requiere de una vida plena tanto a nivel cultural, laboral, político, deportivo, económico y de ocio. En cada uno de ellos, el ser humano consigue la socialización y el fortalecimiento de su personalidad actuando en cada campo de una forma diferente, el cual le lleva a adoptar un rol de forma natural aceptando los derechos y las obligaciones como parte de esas relaciones.

**Palabras clave:** *Cognitivo, Daño Cerebral Adquirido, Discapacidad, Educación Social, FAAM, Inclusión Social, Nivel de Satisfacción.*

Como citar este artículo:

Gázquez Hernández, J. F., Miralles Dionis, M. M., Aguilar Parra, J. M., (2021). El educador social en el entrenamiento cognitivo de personas con daño cerebral adquirido para su inclusión social. *Revista de Educación Inclusiva*, 14(2), 240-253.



## **Abstract**

This article aims to show the intervention of the Social Educator (ES) in the cognitive training of people who have suffered some type of Acquired Brain Injury (ACD). Said training has been carried out at the Residence and Day Center for Seriously Affected People, a center belonging to the Almeria Federation of People with Disabilities - FAAM, through the Grador program, which performs an initial evaluation of the user's condition and subsequently a continuous training on damaged superior faculties, Attention, Memory, Executive Functions, Calculation, Perception and Reasoning.

In this sense, there is no doubt that both people who do not suffer from any neurological disorder derived from an ACD and those who present it have the right to be in society, in all areas in which relationships are an exchange for subsistence. The human being requires a full life both at a cultural, work, political, sports, economic and leisure level. In each of them, the human being achieves socialization and the strengthening of his personality by acting in each field in a different way, which leads him to adopt a role in a natural way, accepting the rights and obligations as part of those relationships.

**Keywords:** *Cognitive, Acquired Brain Damage, Disability, Social Education, FAAM, Social Inclusion, Level of Satisfaction.*

## **1. Introducción**

Muchos autores afirman, que el hombre, se educa gracias a todo lo que percibe de su alrededor. En este sentido, Petrus (1997) define la **educación** como “la adaptación del hombre al medio en el que le corresponde vivir”. Estas teorías se fundamentan en el proceso que debe seguir el hombre para lograr el equilibrio armónico con su medio. En esta misma línea, la Real Academia Española RAE (2021) define **social** como “perteneciente o relativo a la sociedad”, y sociedad como “conjunto de personas, pueblos o naciones que conviven bajo normas comunes”. Por lo tanto, vivimos en sociedad y como tal, debemos aprender a ser, hacer y convivir sin excluir.

Es importante destacar que el proceso de educativo conlleva dos aspectos fundamentales, uno la intención de formar personas que logren un desarrollo completo y por otro conseguir la inserción adecuada en su entorno cultural y social (Tiana 2017).

Partiendo de esta premisa, entendemos la Educación Social (ES) como una profesión de carácter pedagógico que nació para mitigar de alguna manera los problemas sociales de la pobreza, la marginación y la asistencia social. Hoy en día su intervención se centra en todo aquello que la ciudadanía se siente más desfavorecida, desarrollando proyectos de intervención en distintos ámbitos comunitarios para lograr la adecuada normalización social.

Haciendo un poco de historia sobre el inicio de la profesión de ES y los estudios que conducen a la obtención del título universitario, se aprobaron en 1991 (RD 1420/91 de 30 de agosto, BOE 10 de octubre de 1991) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (Aneca) (2005, p. 71). Como recoge el mismo informe, estos estudios están centrados en la educación de adultos, tercera edad, inserción social de personas descatadas y minusválidos, acción socio-educativa, etc. Los primeros estudios de esta profesión comenzaron en junio de 1995, siendo la primera promoción de esta titulación los alumnos de la Universidad de Barcelona y la Escuela de Educación de Palencia.

La Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES 2007) en su asamblea definió la ES como:

derecho de la ciudadanía que se concreta en el conocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando:

La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.

La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.

En la Tabla 1, se describe cómo ha ido evolucionando la actuación de la profesión de ES en las últimas décadas del pasado siglo y las primeras del nuevo.

Tabla 1  
*Inicio de la profesión de Educador Social*

DECADA	EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN SOCIAL
DÉCADA DE LOS 70	Incrementan los servicios sociales (Trabajadores Sociales y los precursores de los Educadores Sociales). Modelo asistencial
DÉCADA DE LOS 80	Modelo basado en la equidad de oportunidades, bienestar social.
DÉCADA DE LOS 90	Consolidación de los servicios sociales. Aparecen los estudios en la Universidad
A PARTIR DEL 2000	Figura clave en la sensibilización de la comunidad Aparece el concepto de profesionalización

Fuente: (Martín, Ruíz y Cano 2013) La formación y profesión de Educadores Sociales en España.

Una vez descrita la ES, nos centramos ahora en el desempeño del Educador Social (ES), figura que realiza una acción socioeducativa (prevención e intervención) con personas y/o grupos, actúa como agente de cambio social, de mejora y normalización de los distintos ámbitos sociales y educativos, (Vazquez, E., Fernández, E., & Lopez, E. 2017).

Ronda (2012) apunta en su artículo que “los primeros educadores aparecen en Europa cuando instituciones públicas o privadas reconocen la necesidad de encontrar personas capaces de ejercer una función educativa o reeducativa fuera del ámbito escolar”. A partir de este momento y avalado por los marcos jurídicos internacionales, nacionales y autonómicos, se empieza a reconocer los Derechos Humanos, fundamentando la ES en los principales valores de un Estado de Derecho como son la igualdad de todos los Ciudadanos, Justicia Social y Conciencia Democrática (ASEDES 2007 p.13).

Como profesionales de la ES, el trabajo se centra en los distintos factores sociales y personales que limitan el crecimiento igualitario de la comunidad. Estos factores sociales se deben a la dificultad de adaptación de personas con discapacidad. Muchas veces es la propia comunidad la que impide el crecimiento y la inadaptación de la persona ya que realmente y desde un aspecto más crítico, la discapacidad la crea la sociedad poniendo límites y trabas al desarrollo pleno de la persona.

En este sentido, el objetivo principal del ES en los centros de atención a personas con discapacidad es la de mejorar la calidad de vida de los usuarios, aumentando

considerablemente su desarrollo social y personal trascendiendo en su inclusión y autonomía. Por lo tanto, el ES interviene a dos niveles:

### 1.1 Intervenciones con el usuario

Básicamente se centra en el acompañamiento a la persona con discapacidad en su proceso de incorporación al ámbito social en todas sus vertientes, teniendo en cuenta las demandas y necesidades que presente. Esta intervención se lleva a cabo con la participación del sujeto, en sus diferentes fases (análisis de necesidades, elaboración de objetivos y contenidos, selección de actividades, materiales y estrategias metodológicas, evaluación, etc.), junto con un equipo multidisciplinar formado por (Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Enfermeros,) para facilitar y canalizar de una manera más holística la intervención.

### 1.2 Intervenciones con su entorno más cercano

Entendido el entorno más cercano como (familia, amigos, trabajo...) el cual juega un papel fundamental en la recuperación integral del usuario. La labor del ES frente a las diversas necesidades presentadas por las familias las cuales no están preparadas para afrontar la nueva situación (Rabassa, Junqué, Pérez, Mataró, Subirana, Aramburu, Macías, 2011), se manifiesta en la intervención a través del contacto continuado, proporcionando feedback necesario para asentar o modificar intervenciones y actitudes del usuario.

Tanto la intervención individual como con el entorno más cercano, podemos afirmar que el objetivo último es formar a las personas para que sean capaces de incluirse en la sociedad de una manera cívica y tolerante y a la vez tratar de mejorarla y reciclarla a través de intervenciones de sensibilización y concienciación sobre las comunidades e instituciones, porque todos tenemos nuestro espacio vital en ella. En la tabla 2, Marques (2008) nos indica las distintas funciones que desarrolla un ES en un centro sociosanitario.

Tabla 2

*Funciones del Educador Social en Centros Sociosanitarios*

---

**Funciones del Educador Social**

---

Potenciar la actividad mediante técnicas de reeducación y readaptación.

Reeducar la AVD (actividades de la vida diaria) hacia la autonomía y el posterior mantenimiento.

Desarrollar intervenciones personalizadas.

Fomentar y utilizar herramientas de comunicación.

Fomentar actividades recreativas y sociales

Favorecer el contacto con el entorno más cercano.

Informar y educar a los familiares, y enseñarles.

Dar estrategias estimulativas para llevarlas a cabo en el domicilio.

Mejorar la integración de la persona en su entorno sociofamiliar.

Colaborar y trabajar conjuntamente con el resto de profesionales.

Participar en las reuniones interdisciplinarias para fijar, revisar y evaluar los objetivos terapéuticos.

Dar a conocer experiencias.

---

Fuente: Marques (2008) El Educador Social en los Centros Sociosanitarios

Nos centramos ahora en delimitar la discapacidad que produce el Daño Cerebral Adquirido (DCA) que, como tal, no es una enfermedad sino “una lesión repentina en el cerebro” FEDACE (2021), produciendo en el individuo limitaciones a nivel físico y sensorial menoscabando sus funciones básicas para el desempeño de su vida diaria. Este DCA, ha aumentado de forma considerable en los últimos años (Roig, Enseñat y Bernabéu, 2011).

La primera consecuencia de la lesión cerebral suele ser una alteración de la conciencia, el coma, cuya intensidad y duración será variable pudiéndose alcanzar varios meses con lo que supone unas secuelas más importantes, junto con otras que supondrán un menoscabo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, así como las instrumentales.

El 68% de las personas presentarán discapacidad para realizar algunas de las actividades básicas y el 42% padecerán una discapacidad total para alguna de las funciones básicas. Pertiñez y Linares (2013) refieren a “Una lesión en el cerebro que afecta a varios procesos cognitivos del ser humano”. Quemada (2012 p.24) afirma que “el daño cerebral adquirido es un concepto que lleva implícito la necesidad de rehabilitación, cuidados y adaptación a una nueva realidad o merma de capacidades”.

Se estima que hay más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial padece alguna forma de discapacidad y entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar (Banco Mundial 2021). Partiendo de esta base, las consecuencias que se derivan de un daño cerebral son muy dispares, teniendo en cuenta que, según el lugar de cerebro en el que se localice la lesión generara secuelas a distintos niveles. La Asociación de Daño Cerebral Sobrevenido de Castilla La Mancha (2016) apunta que “la situación previa del paciente influye en la localización de la lesión y en la posible rehabilitación de la parte afectada”.

La restauración de las secuelas presentadas obedecerá al tipo de la lesión y su gravedad, la zona afectada, la edad del paciente, la atención familiar y social en la que pueda apoyarse la persona, el tratamiento y su eficacia y por último el estado anterior en el que se encuentra el paciente.

WHO (2020) define la rehabilitación como **“un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno”**.

Siguiendo a Wilson, Mac Auliffe & Salas (2020) definen la Rehabilitación Neuropsicológica como “un proceso por el cual personas que han sufrido lesiones cerebrales, o que están en una situación de discapacidad a causa de una lesión cerebral, trabajan en conjunto con profesionales, personal de salud, familiares y otros miembros de la comunidad para lograr un óptimo nivel de bienestar físico, psicológico, social y vocacional”

En este sentido, el ES interviene en la vida de las personas con secuelas derivadas de un DCA, en su entrenamiento cognitivo, para normalizar en la medida de lo posible sus actividades cotidianas enfocadas a la inclusión en todos los ámbitos sociales, laborales y culturales de su comunidad.

De esta manera, el ES interviene directamente en la prevención y recuperación a través del entrenamiento cognitivo para frenar de alguna manera el avance del deterioro cognitivo. Para hacer frente a los posibles déficits, se lleva a cabo una estimulación continua de actividades de ocio, estudio, actividad física, contacto social y en definitiva curiosidad por el conocimiento a través de la lectura. Se ha demostrado que realizando todas estas actividades contribuye al retraso cognitivo relacionado con el envejecimiento sino en el retraso de la aparición de la demencia, (León, Gracia y Roldán 2016).

## **2. Objetivos**

Utilizar el programa Grador4 como entrenamiento para la mejora cognitiva de los usuarios con DCA.

Conocer el nivel de satisfacción de los participantes con respecto al programa.

### 3. Metodología

La metodología de la investigación tiene carácter **cuasi experimental**, contando con **dos grupos** de sujetos, Tabla 2, **Grupo Experimental (GE) y Grupo Control (GC)**, a cada uno de ellos se le aplicara un programa distinto. Estos sujetos no se seleccionaron al azar, sino que se tomaron grupos naturales, con criterio de inclusión haber sufrido lesiones neurológicas similares. La investigación cuasi-experimental estudia las relaciones causa-efecto, pero no bajo estricto control de las variables.

Tabla 2  
*Grupo Experimental y Grupo Control*

GRUPO	PRE-TEST	PROGRAMA	POST-TEST
GE	X	Programa Grador	X
GC	X	Programa Tradicional	X

Fuente: elaboración propia

Se realizará una evaluación funcional inicial, **Pre-Test**, a los participantes de los dos grupos seleccionados previa al comienzo de la investigación. Esta evaluación está incluida dentro de los programas que emplearemos. Seguidamente se iniciarán las intervenciones correspondientes a cada grupo en el tiempo estimado por los programas y a la conclusión de las mismas se les administrara el **Post-Test**.

#### **Participantes**

La muestra está formada por 21 participantes de los cuales 13 conforman el grupo experimental y 8 el grupo control, Tabla 3. La edad de los participantes osciló entre los 30 y 65 años. El grupo experimental se hizo intencionalmente más grande para que más usuarios se beneficiaran del programa. Todos los participantes son usuarios de la Residencia y Unidad de Día para personas Gravemente Afectadas Físicas y Orgánicas perteneciente a la Federación Almeriense de Personas con Discapacidad (FAAM).

Tabla 3  
*Participantes en la investigación*

GRUPO	Participantes	Hombres	Mujeres	Daño Cerebral Adquirido
<b>G. EXPERIMENTAL</b>	13	12	1	8 Ictus 2 Parálisis Cerebral Infantil 2 Enfermedad Degenerativa
<b>G. CONTROL</b>	8	7	1	3 Ictus 1 Parálisis Cerebral Infantil 1 Enfermedad Degenerativa 3 Traumatismo Craneoencefálico
<b>TOTAL</b>	21	19	2	

Fuente: elaboración propia

La muestra se seleccionó mediante muestreo intencional no probabilístico, ya que esta muestra era convenientemente accesible pudiendo seleccionar casos característicos de la población. Teniendo en cuenta la variabilidad de la población se optó por esta muestra la cual podría llevar a cabo los ejercicios requeridos del programa informático utilizado.

#### **Instrumento**

**Cuestionario de satisfacción de los participantes con el programa Grador**

Cuestionario de elaboración propia compuesto por 10 ítems tipo Likert, el cual pretende evaluar el nivel de satisfacción de los participantes con respecto al programa Grador.

### 3.1 Programa de Intervención

Grador “es un programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador que permite la realización de programas de entrenamiento y recuperación de las funciones cognitivas superiores en personas que presenten déficit o deterioro cognitivo de diferente etiología” (Toribio, Parra, Viñas, Bueno, Cid y Franco, 2018 p.66). Se manifiestan en Traumatismos craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, demencias, trastornos neuropsiquiátricos de afectación cerebral, enfermedad cerebral, parálisis cerebral, así como también se utiliza en pacientes sanos como estimulación cognitiva y mejora del funcionamiento cerebral.

Este programa permite la “interacción directa del usuario con el ordenador” (Franco, Orihuela, Bueno y Cid, 2000, p.23). Dicha interacción se lleva a cabo a través de una pantalla táctil (que permite prescindir del ratón), la cual se denomina arquitectura cliente/servidor no siendo necesario tener conocimientos previos de informática para realizar los ejercicios. Contiene ejercicios dinámicos que proporciona en cada sesión una estimulación distinta a la anterior ya que ningún ejercicio se repite, gracias a que el sistema hace que los contenidos de los ejercicios cambien en cada sesión. Contiene más de 12.500 ejercicios, Tabla 4, distribuidos por funciones cognitivas que van cambiando constantemente para evitar el efecto aprendizaje, aportando un gran número de contenidos basados en la vida real.

Tabla 4  
Ejemplo de ejercicios GRADOR según la función cognitiva deteriorada

Modalidad	Función Cognitiva Deteriorada	Submodalidad Cognitiva
ATENCIÓN	Capacidad para seleccionar	Atención selectiva visual secuencia/simultanea
	Conductas mantenidas	Atención vigilancia color/destellos
	Memoria asociativa	Ordenación de historias
MEMORIA	Aprendizaje asociativo	Memoria asociativa Cara-Nombre
	Memoria de trabajo	Memoria spam, letras, números y objetos/directa e inversa

Fuente: elaboración propia

Seguidamente, con los niveles obtenidos en la Evaluación Inicial se diseña el Tratamiento de Rehabilitación el cual se llevará a cabo en 3 sesiones semanales de 30 minutos de duración cada una, teniendo en cuenta, si es necesario, las capacidades cognitivas de cada paciente y su capacidad de atención para si es necesario, modificar el número de sesiones y el tiempo de cada sesión. Los pacientes acceden a su sesión a través de una clave individual elegida por ellos en forma de pictograma. La terapia de ejercicios en el programa se mantuvo durante 32 semanas.

Este tratamiento consiste en la aplicación sistematizada de un conjunto de ejercicios dinámicos, como hemos mencionado anteriormente, (misma actividad cognitiva, distinto contenido) o tareas cognitivas, las cuales se revisarán transcurridas las 10 primeras sesiones para observar si es necesario cambiar de nivel de dificultad, estimándose estas 10 primeras sesiones como de prueba para que el paciente se familiarice con la metodología del programa. El tratamiento diseñado, debe estar pensado

a largo plazo y hay que completarlo para obtener resultados concluyentes sobre su efectividad.

A medida que se van completando las distintas sesiones podremos obtener, a través del “gestor de los informes” en cualquier momento los resultados que va obteniendo (datos de sesión y ejercicios de la misma con sus aciertos, fallos por omisión, fallos por comisión, tiempo de reacción mínimo, medio y máximo, y resumen de la sesión con los porcentajes de aciertos, porcentaje de fallos por omisión, y porcentajes de fallos por comisión) sea esta de Valoración o de Rehabilitación.

El programa se implementó durante 32 semanas, tal y como se señaló al principio, se realizó la evaluación inicial en la semana previa al comienzo de la intervención con todos los instrumentos señalados y los resultados postest se recogieron justo después de las 32 semanas de intervención.

#### 4. Análisis de Datos

Los resultados obtenidos son considerados como un indicador de calidad con respecto al objetivo que se pretende alcanzar con la aplicación de dicho programa. En este sentido hemos analizado la Frecuencia como el Porcentaje de respuestas para cada una de las diez cuestiones planteadas a los participantes.

##### 1, ¿Cómo consideras tu intervención en el programa Grador?

Tabla 5

Ítem 1. ¿Cómo consideras tu intervención en el programa Grador?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy Buena	9	42,9
	Buena	4	19,0
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Con respecto a la pregunta planteada, la respuesta deseada sería positiva en cuanto la intervención llevada a cabo por los usuarios en el programa Grador. Ciertamente observamos en la Tabla 5, que el 42,9 % se decantan por una intervención Muy Buena con respecto al 19% que se manifiesta como Buena. Con estos porcentajes podemos afirmar que los usuarios se han sentido satisfechos y cómodos con el entrenamiento realizado, deduciendo que a más satisfacción en su intervención mayor será el resultado de su mejora cognitiva. Cabe destacar la ausencia de respuestas negativas ante la intervención.

##### 2, ¿Cómo ha sido tu experiencia?

Tabla 6

Ítem 2. ¿Cómo ha sido tu experiencia?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy Buena	9	42,9
	Buena	4	19,0



*Ítem 2. ¿Cómo ha sido tu experiencia?*

	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Con respecto a la experiencia que muestran los participantes observamos en la Tabla 6 como, el 42,9% de los usuarios demuestran que su entrenamiento con el programa ha sido Muy Buena frente al 19% que refieren Buena. Efectivamente y como observamos en la frecuencia de respuestas, más del doble de los participantes manifiestan que su experiencia ha resultado Muy Buena y el resto indican Buena. En términos generales los participantes se sienten satisfechos con su participación y declaran como necesaria para mejorar significativamente su deterioro cognitivo y la calidad de vida.

**3. ¿Te ha resultado fácil?**

Tabla 7

*Ítem 3. ¿Te ha resultado fácil?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Siempre	4	19,0
	Casi Siempre	8	38,1
	A veces	1	4,8
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Con respecto a la dificultad ante la ejecución, Tabla 7, observamos que, el 38% de los participantes declaran que Casi Siempre encontraban dificultad en las distintas modalidades y submodalidades de entrenamiento. Esto demuestra que las actividades de entrenamiento propuestas se establecen de forma personalizada y orientadas hacia el daño cerebral presentado por el participante. En este sentido, modificamos el nivel de dificultad de las actividades dependiendo de los resultados obtenidos en las diferentes sesiones tras un seguimiento exhaustivo de las mismas.

**4. ¿Has encontrado dificultades a la hora de realizar las distintas sesiones?**

Tabla 8

*Ítem 4. ¿Has encontrado dificultades a la hora de realizar las distintas sesiones?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casi Siempre	1	4,8
	A veces	5	23,8
	Casi Nunca	5	23,8

*Ítem 4. ¿Has encontrado dificultades a la hora de realizar las distintas sesiones?*

	Nunca	2	9,5
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Observamos en esta cuestión que el 23,8% de los usuarios del programa expresan que A Veces o Casi Nunca han encontrado dificultad. Teniendo en cuenta que para la participación en la investigación no se requería conocimientos previos sobre informática, muchos de ellos necesitaron un tiempo de adaptación a la herramienta. Observamos en las sesiones iniciales y posteriores una evolución positiva frente a la actividad presentada en cuanto al porcentaje de aciertos y fallos por omisión o comisión, así como el tiempo de reacción ante el estímulo solicitado. El 9,5% responde que Nunca han encontrado dificultades a la hora de ejecutar las distintas actividades.

**5. ¿Recomendarías el programa Gradior a otros usuarios?**

Tabla 9

*Ítem 5. ¿Recomendarías el programa Gradior a otros usuarios?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Siempre	11	52,4
	Casi Siempre	2	9,5
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

La contestación ante la respuesta planteada, advertimos que, la gran mayoría de los participantes se decantan por aconsejar el uso del programa para el entrenamiento de las facultades superiores. Como queda reflejado en la Tabla 9, el 52,4% de los usuarios refieren que lo recomendarían Siempre y el 9,5% Casi Siempre. Los porcentajes arrojados reflejan la satisfacción ante el programa, por su dinamismo, fomentando el trabajo autónomo y la autoestima.

**6. ¿Has notado cambios en tus facultades cognitivas?**

Tabla 10

*Ítem 6. ¿Has notado cambios en tus facultades cognitivas?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	9	42,9
	NO	4	19,0
	Total	13	61,9

*Ítem 6. ¿Has notado cambios en tus facultades cognitivas?*

Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

En cuanto a los cambios en las facultades cognitivas, Tabla 10, de los participantes y tras las sesiones realizadas durante el periodo de intervención de los mismos, el 42,9% refieren que SI han observado algún cambio respecto a la atención y concentración indicando que han aumentado su capacidad a la hora de realizar ciertas actividades de la vida diaria. En cuanto a los participantes que refieren NO haber notado ningún cambio significativo, el 19%, indican que no observan cambios para el desempeño diario. Efectivamente, los cambios son significativos en cuanto la zona cerebral afectada es de mayor o menor grado repercutiendo en su mejora o recuperación dependiendo de la plasticidad cerebral.

**7. ¿Cómo calificarías tu mejoría a través del programa Grador?**

Tabla 11

*Ítem 7. ¿Cómo calificarías tu mejoría a través del programa Grador?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy Buena	5	23,8
	Buena	8	38,1
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

En la Tabla 11, observamos la calificación con respecto a la mejoría de los usuarios tras la intervención cognitiva con la herramienta Grador. La mejoría referida como el aumento con respecto a la ejecución de las funciones vitales básicas. En este sentido, el 38,1% apuntan como Buena con respecto al 23,8% que manifiestan como Muy Buena. En ambos casos la mejoría está presente por lo que podemos afirmar que la intervención con el programa siempre es positivo para el entrenamiento cognitivo, se padezca algún daño cerebral o no, por eso el programa se aplica en diferentes campos terapéuticos frenando el deterioro cognitivo.

**8. Si has notado empeoramiento, ¿piensas que el programa Grador no te ha ayudado en la mejora cognitiva?**

Tabla 12

*Ítem 8. Si has notado empeoramiento, ¿piensas que el programa Grador no te ha ayudado en la mejora cognitiva?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1

*Ítem 8. Si has notado empeoramiento, ¿piensas que el programa Grador no te ha ayudado en la mejora cognitiva?*

Total	21	100,0
-------	----	-------

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Ante la pregunta planteada, el 61,9% responden que NO, Tabla 12, todos los participantes indican que el programa sólo puede mejorar o incrementar las funciones cerebrales superiores. En ningún caso puede provocar el efecto opuesto. Las pruebas son tan cercanas y familiares a la realidad de los sujetos que su realización cotidiana supone una actividad más de las muchas que realizan diariamente.

### 9. ¿Has trabajado con programas parecidos a Grador?

Tabla 12

*Ítem 9. ¿Has trabajado con programas parecidos a Grador?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
Total		21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

La Tabla 12 nos apunta que los participantes nunca han trabajado con algún programa similar al software Grador. El 61,9% refieren que NO, por lo que la intervención se ha realizado de forma más significativa con respecto a los resultados obtenidos evitando costumbres o aprendizajes de otras plataformas similares.

### 10. ¿Qué valoración le darías al terapeuta con el que has trabajado?

Tabla 13

*Ítem 10. ¿Qué valoración le darías al terapeuta con el que has trabajado?*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy Buena	11	52,4
	Buena	2	9,5
	Total	13	61,9
Perdidos	Sistema	8	38,1
	Total	21	100,0

Fuente: Datos de la Investigación y elaboración propia

Con respecto a la valoración que hacen los participantes sobre la dirección y asesoramiento del terapeuta con respecto al programa, más de la mitad de los usuarios, el 52,4% refieren Muy Buena frente al 9,5% que se decantan por Buena. La diferencia de frecuencia es significativa, de los 13 participantes, 11 de ellos señalan Muy Buena frente a sólo 2 que marcan Buena. En este sentido, el terapeuta sale favorecido en cuanto al

trabajo de entrenamiento cognitivo realizado, consiguiendo la motivación e interés por la implicación de los usuarios para su mejora cognitiva.

#### 4. Conclusiones

Tras la aplicación del cuestionario a todos los participantes y a la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que a nivel general los participantes se sienten satisfechos ante su intervención en el programa Grador, manifestando, en general, la mejoría significativa de sus funciones cerebrales superiores y por ende su calidad de vida.

En cuanto al terapeuta, Educador Social, su figura en los centros de atención a personas con discapacidad es fundamental, su aportación repercute, no sólo, en la mejora y normalización de los usuarios como objetivo primordial aumentando considerablemente su desarrollo social y personal trascendiendo en su inclusión social, si no que, es una figura clave en el equipo multidisciplinar estableciendo parámetros de intervención y dando a conocer los resultados de dichas intervenciones, ya que, igual de importante tiene la atención al usuario en todos sus aspectos como dar a conocer los resultados conseguidos, pues la publicación de los mismos son una herramienta motivadora para todas las personas que padecen algún tipo de discapacidad en cuanto a su rehabilitación o mantenimiento de sus funciones básicas.

#### 5. Bibliografía

- ANECA (2005). Libro Blanco. Título de grado en Pedagogía y Educación Social. Volumen I y II. Madrid. Recuperado de: <http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Libros-Blancos>
- ASEDES (2007) Documentos profesionalizadores. Asociación Estatal de Educación Social. Recuperado de: <https://www.eduso.net/wp-content/uploads/documentos/143.pdf>
- Banco Mundial (2021) Recuperado de: <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#1>
- Franco, M., Orihuela, T., Bueno, Y. Cid T. (2000). Programa Grador. Programa de evaluación y rehabilitación cognitiva por ordenador. Colección tecnología y cerebro. Edintras. Zamora.
- Gómez, A. (2012). Tratamiento de rehabilitación cognitiva de la atención en pacientes con daño cerebral adquirido a través de la plataforma Previrnec. Universidad de Barcelona. Recuperado de: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/663994/AGP\\_TESIS.pdf?sequence=1&jsAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/663994/AGP_TESIS.pdf?sequence=1&jsAllowed=y)
- León, I., García, J., & Roldán L. (2016). Cognitive reserve scale and ageing. Anales de la psicología. vol.32 (1) 218-223. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n1/psicologia\\_vejez1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n1/psicologia_vejez1.pdf)
- Marqués, A.M. (2008) El Educador Social en los centros Sociosanitarios. RES Revista de Educación Social, vol. 8. Recuperado de: <https://www.eduso.net/recursos/el-educador-social-en-centros-sociosanitarios/>
- Pertíñez, G. G., & Linares, A. G. (2015). Plataformas de rehabilitación neuropsicológica: estado actual y líneas de trabajo. *Neurología*, 30(6), 359-366.
- Petrus, A. (1997). Concepto de Educación Social. En Antonio Petrus (Ed.), Pedagogía Social (pp. 9-39). España: Ariel.
- Quemada, J.I. (2012). Daño Cerebral adquirido. Evaluación, diagnóstico y rehabilitación. (pags. 21-23). González B. (coord.) Ed. Síntesis. Madrid.
- RAE (2021) Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/social>

- Rabassa, O.B., Junqué, C., Pérez, C., Mataró, M., Subirana, J., Aramburu, I. Y Macias, C. (2011) La familia en el proceso de rehabilitación neuropsicológica. En Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. Y Ruano, A. (Eds). *Rehabilitación Neuropsicológica*. (pp. 397-415) Barcelona: Elsevier Masson.
- Roig, T., Enseñat, A. y Bernabéu, M. (2011) Traumatismos craneoencefálicos. En Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. Y Ruano, A. (Eds). *Rehabilitación Neuropsicológica*. (pp. 151-167) Barcelona: Elsevier Masson.
- Ronda, L. (2012). El educador social. Ética y práctica profesional, en *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 19, pp. 51-63.
- Tiana, A. (2017) La evolución de la educación social como campo académico y profesional. *Revista de educación social*. (24), 81-109.
- Toribio, J., Parra, E., Viñas, M.J., Bueno, Y., Cid, M.T., y Franco, M.A. (2018). Rehabilitación cognitiva por ordenador en personas mayores: programa Grador. Computes cognitive rehabilitation in older people: gradior program. *Aula24: Revista de pedagogía de la Universidad de Salamanca*. Págs. 61-75. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6606283c>
- Vázquez, E., Fernández, E., & López, E. (2017). Los ámbitos de intervención de los profesionales de la Educación Social. Un estudio con mapas conceptuales multimedia. Recuperado de: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/7105/1695-288X\\_16\\_2\\_205.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/7105/1695-288X_16_2_205.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Wilson, B. A., Mac Auliffe, M., & Salas, C. (2020). Principios generales de la rehabilitación neuropsicológica. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(2). Recuperado de: <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/423>
- WHO (2020) Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

### **Sobre los autores:**

#### **Gázquez Hernández, Juan Francisco**

Educador Social. Máster en Educación Especial por la Universidad de Almería. Doctorando en Educación. Coordinador del Equipo Multidisciplinar de la Residencia y Unidad de Día para Personas Gravemente Afectadas de la Federación Almeriense de Personas con Discapacidad - FAAM. Miembro del Grupo de Investigación HUM782 – Diversidad, Discapacidad y Necesidades Educativas Especiales. Universidad de Almería.

#### **María del Mar Miralles Dionis**

Psicóloga de la Federación Almeriense de Personas con Discapacidad - FAAM. Profesora Asociada de la Universidad de Almería en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación. Miembro del Grupo de Investigación HUM782 – Diversidad, Discapacidad y Necesidades Educativas Especiales. Universidad de Almería.

#### **José Manuel Aguilar Parra**

Profesor Titular de la Universidad de Almería en el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación. Doctor en Psicología Evolutiva y de la Educación. Coordinador del Máster de Educación Especial. Responsable del Grupo de Investigación Desarrollo Humano e Intervención Socioeducativa (HUM878) de la Universidad de Almería