

La Estimulación Cognitiva en los Centros de Mayores de la Comarca Noroeste de Tenerife

Trabajo de Fin de Grado
Grado en Trabajo Social

Alumna: Virginia Estévez Díaz
Tutora: Concepción Ramírez Cuelliga

Junio de 2021

Resumen

Este estudio, que utiliza el método de investigación para verificar las hipótesis planteadas, pretende demostrar que en los Centros de Mayores de la Comarca Noroeste de la isla de Tenerife, que abarca los municipios de San Juan de la Rambla, La Guancha, Icod, Garachico, El Tanque, Buenavista y Los Silos, el tiempo dedicado a las actividades destinadas a la psicoestimulación cognitiva es menor de lo que, numerosos estudios, consideran adecuado (defendiendo un mínimo de 8 horas/semana). Los datos se obtendrán mediante un cuestionario que será respondido, por los trabajadores de la rama sanitaria y psicosocial de los mencionados centros para posteriormente ser analizados, contrastados y discutidos.

Palabras clave: Psicoestimulación/Estimulación cognitiva, personas mayores, vejez, centros de mayores, cuestionario, investigación, calidad de vida.

Abstract

This study, in which the research method has been used to verify the presented hypotheses, aims to demonstrate that in the senior centres located throughout the northwest region of the island of Tenerife, which includes the municipalities of San Juan de la Rambla, La Guancha, Icod de los Vinos, Garachico, El Tanque, Los Silos and Buenavista, the time allocated for cognitive psychostimulation activities does not reach the amounts considered appropriate. The data will be collected through a questionnaire which will be answered by the health and psychosocial workers of the aforementioned centres. The resulting data will then be analysed, compared and discussed.

Keywords: Cognitive psychostimulation/stimulation, seniors, senior centres, questionnaire, research, quality of life.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Marco Teórico.....	8
Objetivos e hipótesis	27
Método	28
Resultados	30
Discusión.....	37
Conclusiones.....	41
Referencias bibliográficas.....	44
ANEXO.....	47

Introducción

Una mayor esperanza de vida (descenso del número de muertes por mayor eficacia sanitaria) que alarga la edad de envejecimiento, junto a otros factores como los cambios sociales con nuevos modelos de familia (monoparentales, de pocos miembros, con distanciamiento geográfico), la inserción al mundo laboral de hombres y mujeres, ...han sido las razones prioritarias por las que ha aumentado la oferta de instituciones gerontológicas o geriátricas, públicas, privadas o concertadas, aunque, probablemente, sigan siendo insuficientes para la creciente demanda.

Un extenso abanico de propuestas para denominar los centros de mayores como: residencias de personas mayores, residencias geriátricas, residencias de ancianos, centros de atención residencial para personas mayores, centros gerontológicos, hogar de ancianos, hogar de retiro, casa de reposo, comunidades de retiro, centros de día para personas mayores, asilos de ancianos y un largo etcétera, provoca uno de los enfoques de este trabajo al cuestionar la posibilidad de que las normas y leyes por las que se rigen esto tipo de centros pueden ser tan variadas y diversas como las nomenclaturas que se les asigna.

La impresión que queda, tras el período de prácticas y posterior trabajo en un centro de mayores, es que los protocolos a seguir en lo que se refiere a cuestiones de alimentación, higiene y salud, asociadas a la rama sanitaria, están minuciosamente establecidos y plasmados en informes individualizados y específicos para cada persona usuaria del centro. No parece ocurrir lo mismo con la rama psicosocial, y, aunque son observaciones unilaterales de un período concreto, se puede decir que no se manejaron planes o programas individualizados y específicos de estimulación cognitiva adaptados a las carencias y necesidades de cada usuario/a con su correspondiente seguimiento. Esto provoca la sospecha de que, probablemente, no haya nada legislado acerca de horarios mínimos de dedicación a la ejercitación y mantenimiento de las facultades cognitivas.

Este planteamiento es el arranque de esta investigación, que debe procurar verificar lo que, en principio, han sido simples suposiciones e impresiones junto a la consideración de la relevancia y peso que ejerce la estimulación cognitiva para los avances y mejora de vida de los mayores dentro de los centros, avalado por una extensa documentación

bibliográfica que defiende y argumenta la necesidad de planes y programas de Estimulación Cognitiva.

Si se considera que, junto con los aspectos vitales y fisiológicos (horas de sueño, alimentación saludable, atención médica y administración de medicación, higiene, confort, espacios físicos seguros...), la estimulación cognitivo/afectiva mejora la calidad de vida de los usuarios de los CM, no se tendría que prescindir de aquellas intervenciones y acciones relacionadas con:

- El factor social: el trato humano, las relaciones sociales, la adaptabilidad, el contacto con familiares. -
- El factor afectivo: los sentimientos de culpa, de fracaso, de incapacidad..., la gestión de conflictos, las alegrías y/o tristezas, los recuerdos, la seguridad en uno mismo...
- El factor cognitivo: competencias y habilidades que elevan la autonomía y la autogestión como la memoria, el manejo del lenguaje, la orientación espacial, el razonamiento, el movimiento...

Haciendo una simple comparación entre la atención que recibe la Educación en sus distintas etapas y niveles y la que se dedica a los servicios sociales en el ámbito de la tercera edad, se observan diferencias considerables, en cuanto a legislación se refiere, en detrimento de esta última, y es que nuestros gobiernos (occidentales) no consideran la vejez como una etapa evolutiva importante, como ocurre en otras culturas, “la vejez puede vivirse de distintas maneras según los valores que imperan en cada sociedad” (FIAPAM) lo que podría ser una de las razones por las que no se establecen modelos de atención e intervención, si no iguales, al menos similares, favorecedores del mantenimiento, cuidado y estimulación de las capacidades mentales y funciones cognitivas, con los servicios y profesionales adecuados, en los centros dedicados a este fin.

Proteger los derechos de los mayores y procurar el aumento de su calidad de vida, tan necesario en el momento en el que el /la anciano/a se está despidiendo y desprendiendo de su vida cultural y laboral, hogareña y familiar, afectiva y social...es humanizar los centros, es empatizar con la edad, es incluir en el entorno y en la sociedad.

La LEY 3/1996, de 11 de julio, tiene como finalidad crear un sistema de participación social y de protección de los derechos de los mayores residentes en Canarias con la

intención de sensibilizar a la sociedad de las exigencias que plantea la evolución demográfica con el progresivo envejecimiento de la población. En el artículo 1, dedicado a los objetivos viene bien destacar estos dos: e) Impulsar el desarrollo integral de las personas mayores, en orden a la consecución del máximo bienestar en sus condiciones de vida. f) Fijar unas condiciones de vida básicas a las que deben someterse los diversos centros y establecimientos residenciales para mayores. Por otro lado, en su artículo 3, dedicado a los criterios de actuación, conviene destacar estos apartados: b) Promover la capacidad de las personas mayores para llevar una vida autónoma. c) Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores proporcionándoles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado.

La muestra de la que se extraerá la información será la de 9 centros de mayores de la comarca noroeste de la isla de Tenerife, que en adelante, y para abreviar se mencionará mediante estas siglas CMCNOIT.

Se usará el método de investigación y el cuestionario será el instrumento que permita recabar información para el vaciado de datos. Por lo que estará dirigido a los distintos profesionales que desempeñan sus funciones en los centros elegidos.

Lo que persigue esta investigación es demostrar que, si la estimulación cognitivo/afectiva mejora la calidad de vida de los usuarios de los CM, el tiempo dedicado a su ejercitación es escaso, insuficiente o nulo en algunos casos.

Las partes que componen el trabajo que se presenta son:

- El marco teórico que es el apartado en el que se cimentan las razones y los fundamentos del estudio a desarrollar y se exponen los pilares de soporte necesarios para su desarrollo y avance teniendo en cuenta conceptos como la vejez, gerontología, los datos estadísticos sobre la vejez, la vejez desde el trabajo social, la calidad de vida en la vejez, el deterioro cognitivo en la vejez y la estimulación cognitiva, teniendo en cuenta en este último aspecto la definición sobre la misma, las funciones y capacidades cognitivas, el entrenamiento y rehabilitación cognitiva, las intervenciones cognitivas y programas de estimulación cognitiva y las ventajas de esta.
- Los objetivos e hipótesis donde se plantea un objetivo general, cuatro objetivos específicos y tres hipótesis para verificar.

- El método de investigación, teniendo en cuenta los participantes o muestra, los instrumentos (cuestionario), el procedimiento a seguir para la elaboración del cuestionario, el diseño tipo de investigación y el plan de análisis (programa informático utilizado).
- En el apartado de los resultados se analizan los datos recogidos y se muestran en gráficas.
- En la discusión se interpretan los datos por ítem y relacionados entre sí, se expresan las limitaciones en el desarrollo del trabajo y se hacen propuestas de intervención.
- Por último, las conclusiones se expresan relacionándolas con los datos, con los resultados y con los objetivos, verificando o no las hipótesis.

Marco Teórico

1. La Vejez

La vejez, desde la antigüedad, ha tenido diversos significados según la cultura predominante y el eje temporal, coincidiendo la percepción de esta como un proceso inherente a todos los seres vivos (Acosta A. 2016).

Desde la época clásica se encuentra lo que podrían ser antecedentes del estudio de la gerontología y si Platón presenta una visión positiva de esta etapa con una idea individualista e intimista, Aristóteles considera la vejez como una enfermedad. Ideas contrapuestas, pero ambas prestan atención a esa etapa de la vida.

Muchas definiciones, conceptos, ideas, estudios y publicaciones...sobre la vejez han ido avanzando, mejorando y solapándose para complementarse y progresar en los conocimientos sobre esta etapa evolutiva. Sirvan, a modo de ejemplo, publicaciones como "*La curación de la vejez y la preservación de la juventud*" del año 1236 o el manuscrito en latín "*Gerontocomía*" del año 1489, que demuestran que el interés por el envejecimiento ha sido una constante a lo largo de la historia.

Se pueden encontrar muchas definiciones y opiniones acerca del término vejez:

- Unas relacionadas con la edad cronológica:

El INE habla de “vejez cronológica”, estimándola a partir de los 65 años, que coincide con la edad de retiro del mundo laboral. Considera, por tanto, personas mayores a la población de 65 años o más.

La OMS hace otras estimaciones, dividiendo a las personas mayores en grupos más pequeños de edad, considerando personas de edad avanzada las que tienen entre 60 y 74 años, viejas o ancianas las que tienen entre 75 y 90 años y denomina grandes viejos o grandes longevos a los que sobrepasan los 90 años. Lo cierto es que a todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad.

- Otras definiciones se preocupan más de la evolución y crecimiento del ser humano, teniendo, las más actuales, una visión positiva y alentadora:

El envejecimiento se considera un proceso vital y natural (Moragas, 1991).

La vejez es la última etapa de la vida donde envejecer es un proceso complejo y fascinante que experimentan todos los seres humanos, un cambio continuo que ocurre a través de toda la vida desde el mismo momento del nacimiento, manifestándose de forma compleja por todas las múltiples facetas (fisiológicas, emocionales, cognitivas, sociológicas, económicas e interpersonales) que influyen en el funcionamiento y bienestar social. El envejecimiento se conceptualiza como una experiencia natural dinámica y evolutiva (Guerrini M. 2010).

Se considera esta etapa de la vida como un proceso del ciclo vital (vejez-etapa vital) porque el paso del tiempo produce efectos físicos y sociales en las personas. Esto conlleva a la entrada en una etapa evolutiva distinta de las anteriores (Alejandra M. y Ángela M. 2014).

- Otros se ocupan más de expresarla en términos de vejez funcional. Sirvan a modo de ejemplo algunas opiniones en este sentido:

El envejecimiento no implica enfermedad, dependencia y falta de productividad necesariamente, sin embargo, conforme se van añadiendo años a la vida también se van incorporando en las personas mayores diversas modificaciones fruto del proceso natural de envejecimiento que conllevan cambios en las estructuras internas y externas (Alonso y Moros, 2011).

"Cada persona envejece en función de cómo haya vivido, por lo tanto, el envejecimiento es un proceso diferencial" (Guerrini M. ,2010).

Desde el punto de vista biológico existe siempre una pérdida progresiva del estado óptimo de salud que afecta a nivel de las funciones fisiológicas, cognitivas y emocionales. Lozano (2011)

Por tanto, se puede concluir que:

. La visión que se tiene de la vejez es variada y diversa y que depende del ámbito desde el que se analice (médico, psicológico, social), del tipo de sociedad en la que se produce, del enfoque (biológico, psicológico, cultural), de la dimensión (individual, colectivo)... (Manuel Martín, 2012).

. El paso del tiempo produce efectos físicos, psíquicos y sociales en las personas, pero no se puede hablar solo de desventajas.

. La edad cronológica no es un indicador de vejez por lo que esta etapa no puede ser definida, ni tratada desde un solo enfoque o punto de vista, sino que por el contrario se han de tener en cuenta todos los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales... relacionados con el proceso de envejecimiento.

. La vejez es una etapa evolutiva más de la vida y el envejecimiento una constante.

. Bajo el punto de vista de la persona que escribe, la vejez, que es el último período de la vida, llega en el momento en que la persona siente, percibe o considera que es vieja, por una o más razones, ya sean intrínsecas (deterioro, debilitamiento, fragilidad... físico y/o psicológico) o extrínsecas (soledad familiar, desajuste social, abandono de la vida laboral...).

«Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.» Ingmar Bergman (1918-2007) cineasta sueco.

2. Gerontología.

Según la RAE, la gerontología es la ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan.

Para Filardo Llamas C. (2011) es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de las personas en particular desde todos sus aspectos: biológico,

psicológico, socio-económico y cultural. En este sentido, las principales disciplinas científicas que intervienen en el envejecimiento son la geriatría, la gerontología social, la antropología de la vejez, la psicología de la vejez, la sociología de la vejez, la tanatología, y el trabajo social gerontológico.

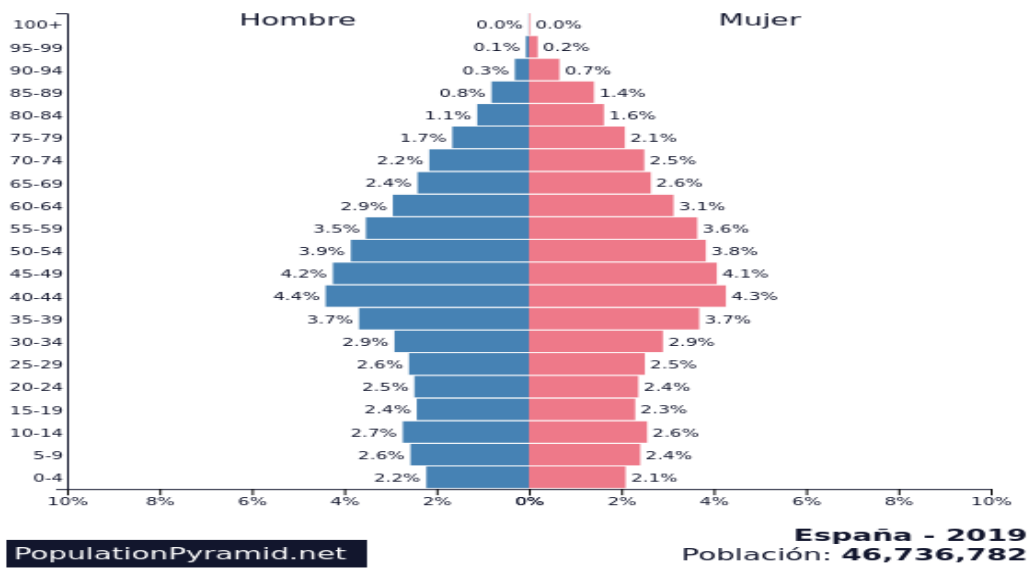
Acosta A. (2016) recoge un compendio de los que dicen otros autores acerca de la gerontología definiéndola como la ciencia encargada del estudio del envejecimiento, cuyo conocimiento permite “concebir la vejez como una etapa de la vida en la que acontecen diversos fenómenos que la caracterizan y diferencian dentro del ciclo vital”.

Esta disciplina engloba otras tres ramas: la biológica o experimental, centrada en conocer los mecanismos de envejecimiento. La rama social, en la cual interviene el estudio de las áreas sociales, económicas y políticas en torno a las personas mayores. La tercera rama estudia los aspectos psicológicos de las personas mayores y trata de comprender, explicar o modificar las actitudes de los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento. (Martínez, H.D. Mitchell, M.E. y Aguirre, C.G. 2013)

Se debe diferenciar la gerontología de la geriatría, por ser esta última una rama de la medicina, que se ocupa de las enfermedades de la vejez y su tratamiento (RAE) ocupándose del estudio clínico, del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de su recuperación y/o rehabilitación (Ballestros S. 2004). Se hace esta aclaración porque son términos que suelen confundirse, sin embargo, la gerontología recoge a la geriatría como una de sus ramas.

3. Datos estadísticos sobre la vejez.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión colectiva del envejecimiento, según los Indicadores Estadísticos Básicos, la pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores de 65 ó más años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de la población (46.736.782));y siguen aumentando tanto en número como en proporción. La edad media de la población, que es otra forma de medir este proceso, se sitúa en 43,1 años; en 1970 era de 32,7.



La feminización de la vejez. Las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32,0% (5.068.440) a los hombres (3.839.711), y esta principalidad es aún más acentuada cuanto más avanzada sea la edad. Sin embargo nacen más hombres que mujeres, y este exceso se mantiene durante muchos años, hasta que la mayor mortalidad diferencial masculina elimina esa ventaja inicial . Ahora se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años (Abellán García, Antonio, 2019).

Este trabajo se centra en la comarca noroeste de la isla de Tenerife, comprendiendo los municipios de San Juan de la Rambla, La Guancha, Icod de los Vinos, Garachico, Los Silos y Buenavista del Norte, donde encontramos las siguientes cifras de mayores de 65 años, por municipio y sexo (ISTAC, 2020):

Municipios	Hombres	Mujeres	Totales
San Juan de la Rambla	421	565	986
La Guancha	535	673	1.208
Icod de los Vinos	698	863	1.561
Garachico	539	635	1.174
Los Silos	540	644	1.184
Buenavista del Norte	520	625	1.145

Totales Comarca	3.253	4.005	7.258
------------------------	-------	-------	-------

Fuente: tabla de elaboración propia.

4. La vejez desde el trabajo social.

El consejo General de Trabajo Social define el término de envejecimiento como el conjunto de modificaciones del organismo, características en las personas a lo largo de su ciclo vital, es decir, con el paso del tiempo y que producen cambios estructurales y funcionales tanto a nivel físico, como psicológico y social. Todos estos cambios, desembocan en la disminución de las capacidades de los órganos y sistemas corporales.

Muchos autores coinciden en que para conocer el proceso del envejecimiento individual hay que abordar los factores biológicos, psicológicos y sociales observando y analizando la interacción que se producen entre estos.

El trabajo social propone como una de sus metas que las personas alcancen un nivel óptimo de satisfacción en cualquier etapa de la vida, con más razón, en la vejez, puesto que es un momento evolutivo en el que, incluso, se puede perder el control de las acciones y formas de proceder. Las circunstancias que rodean a las personas mayores pueden resultar positivas o negativas, según la percibe y la vive cada uno/a. La jubilación, por ejemplo, que para unos/as puede ser algo gozoso y alegre puede convertirse para otros/as en algo vergonzoso y amargo. Hay muchas personas de mayor edad que están satisfechas con su vejez por haber disfrutado de factores favorecedores (nivel cultural, vida social, arropamiento familiar, actividades de ocio...) al entendimiento de esta etapa como una extensión de su pasado.

En el campo del Trabajo Social el propósito básico es mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el individuo y su ambiente, mediante la intervención profesional tanto en los ámbitos más visibles como el físico y el social como en los menos visibles como los sentimientos o estados afectivos. Por lo tanto, el trabajador social ha de entender al individuo en toda su complejidad según interactúa con su ambiente. El principio óptimo que debe dirigir la práctica gerontológica parte de la idea de que *“cada individuo debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida potencialmente satisfactoria y socialmente deseable”* (Guerrini, 2010).

"Es importante que el profesional que trabaje con la persona anciana posea una información general con respecto a las características de esta población como un todo, y que esté alerta a la diversidad. No existen características que puedan ser aplicadas uniformemente a esta población, ya que poseen variedad de necesidades y problemas sociales. Las personas traen a su mayor edad un caudal de experiencias, condiciones de salud y actitudes, diversos patrones de comportamiento y estilos de vida y una gran variabilidad en niveles de funcionamiento físico y emocional" (Sánchez Salgado, 2005).

La intervención se puede definir como la acción que realiza el profesional con el objetivo de introducir cambios en alguna parte del proceso social. La intervención de Trabajo Social con adultos mayores tiene como eje transversal la idea de que cada persona debe tener la oportunidad de desarrollar su potencial y de vivir una vida satisfactoria. Sin embargo se debe recordar que dentro del trabajo con adultos mayores se requieren distintos niveles de intervención, además se debe tener en cuenta que la población de adultos mayores no es un grupo homogéneo sino heterogéneo (Manzanares A. y Rodríguez Y. 2003).

Aunque la mayoría de las personas que sobrepasan los 65 años funcionan relativamente bien y llevan una vida activa, un número considerable de ellas experimentan problemas de índole social, emocional o económica que requieren de una intervención profesional. Por lo tanto, hay que diferenciar entre personas de la misma edad saludables de aquellas frágiles y dependientes.

La intervención en este sector poblacional ha de centrarse en establecer estrategias de ayuda para resolver problemas situacionales, sin modificar su personalidad. La acción del profesional debe ir dirigida al individuo y a su interacción con la familia y la comunidad. La prioridad debe ser mantener a la persona anciana funcionando al máximo dentro de su comunidad, aumentando su propia estima, la confianza en sí misma, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual (Guerrini M. 2010).

«Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador.» Simone de Beauvoir.

5. Calidad de vida en la vejez.

“Calidad de Vida”, un concepto tan amplio, complejo y extenso como la propia vida, que resulta difícil de definir como explica Rocío Fernández Ballesteros en su “Anuario de Psicología” (1997), porque cuenta con multitud de componentes y depende del contexto, del individuo en sí y de las circunstancias anexas al mismo.

Muchos/as autores/as, incluyendo a la mencionada anteriormente, coinciden en que la calidad de vida en la vejez deriva en un concepto multidimensional que se puede medir con diversos y distintos indicadores, que varían según autores/as como pueden ser: edad, género, posición social, lugar en el que viven; domicilio/instituciones...

La OMS, 1995 define la Calidad de Vida desde el punto de vista subjetivo como “La percepción de las personas sobre diversos ámbitos de sus vidas, donde lo importante es destacar la relevancia del contexto social y cultural y del sistema de valores en el que experimenta su vida cotidiana”

En noviembre de 2014 la OMS hace un comunicado de prensa que titula “Envejecer bien. Una prioridad mundial” en el que muestra su preocupación por mantener la calidad de vida en la vejez y propone reformas profundas en los sistemas de salud y atención social, insistiendo en la prevención y detección temprana de enfermedades, siendo estas las palabras del Dr. Chatterji, "debemos mirar colectivamente más allá de los costos normalmente asociados con el envejecimiento para pensar en los beneficios que una población de personas mayores más sana, feliz y productiva puede aportar a la sociedad en general”.

Vemos como Ardila R. en su artículo "Calidad de vida: una visión integradora" enfoca la calidad de vida como un estado de bienestar y satisfacción general que está en función de la persona y sus propias percepciones y potencialidades. Parte de que este concepto posee aspectos subjetivos (seguridad percibida, expresión emocional, intimidad, la salud percibida...) y aspectos objetivos (bienestar material, salud medida cualitativamente, relaciones familiares, sociales...) que determinan el bienestar físico, psíquico y social.

Para medir los diferentes aspectos que conforman el concepto de calidad de vida de las personas, se han creado diversos instrumentos de medida tales como cuestionarios,

test...con una serie de indicadores. Sirva como ejemplo el “Cuestionario Breve de Calidad de Vida” (Fernández Ballesteros, R.) que agrupa las variables en nueve ítems.

● Salud subjetiva: auto-percepción de la salud
● Salud objetiva: síntomas con su frecuencia de aparición
● Salud psíquica: sentirse deprimido, angustiado, desmemoriado.
● Integración psicosocial: frecuencia con que suele verse con familiares y amigos, el grado de satisfacción con sus relaciones etc.
● Habilidades funcionales: nivel de autonomía-dependencia que tiene la persona en su vida cotidiana
● Actividad y ocio: sentido que cada persona da a la experiencia de ocio, las actividades que realiza etc.
● Satisfacción con la vida : la realización de las expectativas y necesidades de la persona.
● Educación: máximo de educación alcanzado o el dominio de algún oficio.
● Ingresos: dinero que por todos los conceptos entran en el hogar.
● Servicios sociales y sanitarios: servicios sanitarios y sociales con que puede contar el anciano

Fuente: Manual de Medicina Preventiva y Social I. Unidad Nº 5. Salud del adulto mayor: gerontología y geriatría.

La calidad de vida en la vejez puede estar relacionada, en gran medida, con el medio en que se ha desarrollado la persona durante su existencia pero también con la autonomía e independencia con la que se haya desenvuelto, con el ejercicio físico e intelectual que haya desarrollado en su vida cotidiana y laboral, con la participación activa e involucración en la comunidad, con el nivel de cultura adquirido durante su evolución, con el grado de salud físico/psíquica con que ha vivido....

Atendiendo a lo que se viene diciendo en este apartado, la intervención profesional para mantener o elevar la calidad de vida, no sólo debe incluir, atender y responder a las especificidades propias de la vejez en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales sino que también debe identificar los elementos y recursos objetivos como redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno... y los subjetivos como satisfacción, auto-percepción.... (Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, 2006).

Acercando estos postulados al presente trabajo, queda justificado que la estimulación cognitiva mejora la calidad de vida de las personas mayores al ejercitar las funciones mentales, manteniendo y cuidando aspectos como la memoria, el lenguaje, la coordinación, la orientación espacial, el razonamiento, el cálculo...tan necesarios para conservar las capacidades y habilidades cognitivas y desenvolverse con autonomía y seguridad en la comunidad en la que se encuentran insertos/as.

“Nuestros cuerpos son nuestros jardines; nuestras decisiones nuestros jardineros”
William Shakespeare

6. Deterioro cognitivo en la vejez.

"Las capacidades cognitivas son aquellas que permiten a las personas conocer y entender lo que les rodea a través del procesamiento de la información que reciben. Estas son: la atención, la percepción, la memoria, la resolución de problemas, la comprensión, la toma de decisiones, el aprendizaje y el procesamiento del lenguaje entre otras" (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2016).

Estas capacidades cognitivas pueden sufrir cambios durante el proceso vital experimentando déficit o pérdida, total o parcial, de una o varias capacidades. Este deterioro es el que impide, en muchos casos, la realización de actividades complejas (Puig, 2001).

Por tanto, toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), comporta, implícitamente, una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados (Franco y Criado, 2002).

Sin embargo, varios investigadores afirman que los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal pues se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez, esto quiere decir que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo (Garamendi F., Delgado D. y Alemán M, 2010).

Si anteriormente se asociaba la vejez con el declive físico y mental sin que nada pudiera hacerse para evitarlo o compensarlo, actualmente se habla de la plasticidad cerebral

durante el envejecimiento que permite a las personas mayores desarrollar nuevos aprendizajes a partir de ciertos cambios neuronales que pueden prevenir el deterioro. En este sentido se habla de capacidades de reserva interna y externa (Baltes, 1987). Las primeras se refieren al incremento del rendimiento ante tareas más complicadas como consecuencia de una práctica o ejercicio continuado. Las segundas están relacionadas con las características del entorno que pueden ayudar a la persona a mejorar y/o prevenir el declive (Carrascal y Solera, 2014).

Los mecanismos neurobiológicos que subyacen al envejecimiento cerebral son múltiples y variados. El deterioro y declive cuantitativo que pueden sufrir las funciones cognitivas durante el envejecimiento no afectan de igual manera a todas las personas, pudiendo no manifestarse nunca en algunos casos. La pérdida de las funciones cerebrales pueden incidir en una, dos o varias capacidades como la de pensar, razonar, calcular, hablar, coordinar... y en líneas generales, se podría hablar de imposibilidad para realizar actividades de la vida cotidiana a las que se estaba acostumbrado/a. Aprovechar las capacidades que se mantienen mediante la ejercitación de las mismas produce grandes ventajas porque sirven de trampolín para nuevos aprendizajes.

Las bases neuroanatómicas de algunas funciones cognitivas no están claramente definidas, aunque como zonas más afectadas por el proceso de envejecimiento se pueden destacar: el córtex prefrontal, estructura en la que residen las funciones ejecutivas y planificación de actividades, el córtex temporal, el hipocampo y el sistema límbico, implicadas, entre otros procesos, en los de memoria y aprendizaje (Villalba y Espert, 2014).

Las principales funciones cognitivas afectadas por el envejecimiento (Villalba y Espert, 2014), son:

- Atención y tiempo de reacción con pérdida de la capacidad atencional, por lo que necesitan más tiempo para emitir respuestas.
- Velocidad de procesamiento, con enlentecimiento más o menos generalizado a nivel sensorial, motor y cognitivo.
- Funciones visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas, relacionadas con la capacidad para percibir la posición, los movimientos o la dirección de puntos en el espacio.

- Funciones ejecutivas, que son las habilidades cognitivas que permiten establecer metas, planes y programas, desarrollar actividades y operaciones mentales y autorregular tareas de forma efectiva.
- El lenguaje parece ser una de las funciones que menos se deteriora y el léxico normalmente puede conservarse e incluso mejorarse. Las dificultades más frecuentes están relacionadas con la fluidez verbal, acceso a la denominación de palabras y a la comprensión de estructuras gramaticales complejas. También suelen aparecer con frecuencia latencias, es decir, momentos de vacíos o dudas, por lo que se tiende al uso de circunloquios como estrategia compensatoria.
- La inteligencia es otra de las funciones cognitivas menos afectada y parece seguir el curso evolutivo. La inteligencia fluida permite adquirir nuevos conceptos y moldearse ante nuevas situaciones. La inteligencia cristalizada se apoya en habilidades intelectuales ya aprendidas.
- La personalidad y la conducta con el envejecimiento reducen su nivel y potencial. La conducta de una persona de edad se adapta peor a las variaciones del ambiente con la consiguiente rigidez en su personalidad.

La memoria, la atención, la inteligencia, el lenguaje y la comunicación son los aspectos cognitivos en los que, en el proceso de envejecimiento, aparecen alteraciones más significativas. Es importante comentar que las manifestaciones del envejecimiento cognitivo serán diferentes en cada persona y dependerá, en gran medida, de la estimulación que hayan recibido durante sus vidas (Aldana et al., 2012).

Hay múltiples indicadores de riesgo. Se enumeran algunos, como: la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia, las quejas subjetivas de memoria, los problemas médicos diversos (hipertensión, diabetes), las dificultades sensorio-motoras, la reducción de la actividad metabólica en ciertas zonas cerebrales, la disminución del volumen hipocampal (donde juega un papel importante la memoria y el aprendizaje), el rendimiento disminuido en tareas de recuerdo inmediato y demorado, el déficit en memoria asociativa y en denominación, la baja plasticidad cognitiva (nuevos aprendizajes), la depresión, la escasa habilidad de lectoescritura, la escasa participación en actividades sociales, el ejercicio físico disminuido, la falta de apoyo social, el uso de medicación y los problemas relacionados con el sueño (López A. y Calero M, 2009).

Por todo lo expuesto, se deduce la importancia que en el proceso de la vejez tienen la anticipación a los cambios, la prevención ante procesos y aspectos que pueden incidir de forma desfavorable, la adaptabilidad a los cambios producidos por la edad, el aprovechamiento de la plasticidad cerebral para nuevos aprendizajes o mantenimiento de los adquiridos, la ejercitación como medida de conservar las capacidades que se poseen, la manipulación del ambiente para moldearlo a las nuevas necesidades, el cuidado de la convivencia y las relaciones familiares y sociales...lo que, en líneas generales, podríamos englobar en el concepto de psicoestimulación de las funciones cognitivas para mejorar la calidad de vida, aspecto que se desarrolla en el apartado siguiente.

“Todo el mundo quisiera vivir largo tiempo, pero nadie querría envejecer” Jonathan Swift

7. Estimulación cognitiva

Entre las **definiciones** sobre psicoestimulación cognitiva se destacan las siguientes:

."El término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (por ejemplo la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas o el cálculo), ya sea en sujetos sanos como en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Ahora bien, en algunos contextos se usa el término rehabilitación, que va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible en el ámbito físico, psicológico y de adaptación social para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social" (Lubrini G., Muñoz E., Perriñez J. y Ríos M., 2009).

."La EC se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “programas de entrenamiento cognitivo”. La EC no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores, tales como la

afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir sobre la persona adulta de forma integral" (Ginarte Y. 2002).

. Muchos autores ven la necesidad de definir la EC relacionando emoción y cognición y entendiendo la educación emocional como "un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social" (Bisquerra, 2000).

. Para concluir el apartado de definiciones, se presenta una miscelánea de estas: La estimulación cognitiva es una agrupación de intervenciones dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal (Berjano, 2002), actuando sobre los síntomas mediante programas y protocolos específicos que favorezcan una mayor independencia (García, 2002), por eso la estimulación cognitiva favorece las funciones de atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial... además de lograr un cambio de actitudes entre las personas mayores ante su percepción de la salud y las formas de conservar o mantener la misma (Berjano, 2002). Todo esto, sin olvidar que emoción y cognición presentan una relación bidireccional y complementaria, por lo que la educación emocional juega un importante papel (Pasupathi y Staudinger, 2001).

Se encuentran numerosas clasificaciones en referencia a las **funciones/capacidades cognitivas**.

"El ser humano tiene una serie de capacidades cognitivas, funcionales, motoras, emocionales y psicosociales que le permiten adaptarse al entorno. Estas capacidades son susceptibles de poder ser mejoradas a través de la práctica y la experiencia, mediante la estimulación cognitiva" (Villalba S. y Espert R. 2014).

Se presenta un listado de todas aquellas funciones o capacidades cognitivas que se han ido sumando a medida que se va manejando la documentación bibliográfica y se enumeran a continuación: orientación, coordinación, atención, concentración, memoria, habilidades visoespaciales, lenguaje, funciones ejecutivas, gnosias (reconocimiento de estímulos auditivos o visuales), praxias (habilidades motoras), percepción, comprensión, razonamiento, cálculo, lectoescritura, resolución de problemas,

motivación/fijación de metas, capacidad de asociación, autoconciencia/identidad, flexibilidad/adaptación, creatividad/pensamiento lateral, anticipación/planificación, simbolización/interpretación, metacognición (tener en cuenta las propias capacidades)...Independientemente del listado y las clasificaciones que se hacen con estas capacidades o funciones, lo que queda claro es que todos tiene relación con las estructuras mentales y en muchos casos con el pensamiento.

No obstante se presenta la siguiente clasificación a modo de ejemplo, por su sencillez y forma de aglutinar, que divide las funciones cognitivas en básicas y superiores, encontrando en las primeras las capacidades de atención (selección de la información separando lo que nos es útil) y de memoria (almacenamiento de la información), y ,en las segundas, las capacidades ejecutivas que regulan el pensamiento y la conducta (elegir, planificar, motivación, comprobación, conciencia de uno/a mismo/a, regulación, planteamiento, barajar alternativas, formular metas, ejecutar conductas...relacionando todo esto con el razonamiento) y el lenguaje (capacidad de comunicación). (Esperanza, 2014).

En cuanto al **entrenamiento o rehabilitación cognitiva** se observa que:

La sociedad Española de Geriátría y Gerontología expone que la Estimulación Cognitiva "se presenta como un objetivo terapéutico puesto que diversos grupos de edad o patologías en la sociedad actual presentan algún tipo de alteración, retraso o déficit de deterioro cognitivo leve o significativo, por este motivo, se van incorporando al tratamiento de las diferentes enfermedades neurodegenerativas este tipo de técnicas de intervención".

“Actuando a través de la percepción sensorial y las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social” de las enfermedades neurodegenerativas, tales como la demencia (Confederación Española de Alzheimer).

En cuanto a la ejercitación cognitiva, hay autores que confirman que “son actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad” (Muñiz y Olazarán, 2002).

Actualmente los estudios gerontológicos tienen como objetivo fundamental conseguir un “envejecimiento activo”, es decir, mantener al anciano activo física, mental y socialmente. Esto implica desarrollar intervenciones o entrenamientos apropiados que motiven a la persona para involucrarse en la realización de actividades que incluyan procesos físicos, psíquicos y de interacción social. De esta manera el individuo se mantiene activo a todos los niveles y esto repercute en una buena salud y calidad de vida (Carrascal y Solera, 2014).

Teniendo en cuenta el concepto de plasticidad neuronal como la reactivación cognitiva para desarrollar nuevos aprendizajes, la neuropsicología ha desarrollado diferentes estrategias de estimulación cognitiva o psicoestimulación para tratar de mantener las funciones cognitivas que no han sufrido daños en la vejez y que pueden favorecer la adquisición de nuevos aprendizajes. De esta manera se pretende conseguir un envejecimiento saludable, evitar el deterioro y garantizar la independencia de la persona el mayor tiempo posible, lo que supone una mejora en su calidad de vida. (Carrascal y Solera, 2014).

Por tanto, a pesar del deterioro físico y cognitivo a edades adultas, conservamos la mayoría de las células cerebrales hasta el final de nuestra vida, por lo que si seguimos utilizando nuestro cerebro de forma activa seremos capaces de construir caminos neuronales. Esta estimulación cognitiva, además de potenciar un continuo proceso creativo, ayuda a que las personas intenten esforzarse al máximo, adaptándose a su entorno y modelando su vida. Estas estrategias pueden actuar sobre varias áreas: física, mental, afectiva y social. Todas ellas desempeñan un papel importante en el proceso de envejecimiento, y la intervención en cualquiera de ellas puede contribuir a prevenir los déficits que aparecen con la edad. (Silvia Carrascal y Eva Solera, 2012).

En conclusión, la EC trabajará las capacidades cognitivas (atención, memoria, lenguaje, coordinación óculo-manual, resolución de conflictos, reconocimiento visual, funciones instrumentales, percepción, atención, razonamiento, abstracción, procesos de orientación, praxias, razonamiento abstracto...) teniendo en cuenta la individualidad de la persona, desde una intervención multidisciplinar y especializada que aborde al individuo de forma integral, logrando que la mejora se traslade a otros factores, tales

como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, previniendo o mejorando el deterioro cognitivo y aportando así, una mayor calidad de vida.

Las intervenciones cognitivas y programas de estimulación cognitiva

“Los adultos mayores se muestran capaces de seleccionar las estrategias más eficientes para resolver los problemas interpersonales, y de adaptar sus estrategias de resolución de problemas a los contextos, utilizando una combinación de estrategias de regulación” (Buck, 2009). Otros autores destacan la importancia de la inteligencia emocional en el suministro de los recursos que las personas mayores necesitan para poder hacer frente a una etapa repleta de cambios y nuevos retos que pondrán a prueba su capacidad adaptativa (Charles, Mather y Carstensen, 2009) y proponen el término de Atención Emocional, que se refiere a la tendencia para focalizar la atención en los aspectos positivos de las emociones a medida que se envejece.

Álvaro Sardina relata que las actividades de EC tienen una repercusión cerebral de manera que potencian los mecanismos de plasticidad cerebral, la neurogénesis, la reserva cerebral y angiogénesis. Se enmarcan dentro de las terapias no farmacológicas y se diseñan en forma de programas cognitivos. El fin es estimular capacidades cognitivas en general y las que están empezando a deteriorarse. Las actividades son variadas y se presentan habitualmente en forma de juego; "Esta disciplina tiene su base científica en el cuerpo de conocimientos que aportan la neuropsicología, la psicología cognitiva, así como las teorías y principios existentes sobre el aprendizaje y la motivación humana" (Francés I, Baradiarán M, Marcellán T, Moreno L. 2003).

Los Programas de Psicoestimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, cálculo, funciones ejecutivas, praxias) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía del ser humano a quién se le aplique (Puig, 2001).

Pero estas intervenciones también tienen un fin lúdico, de diversión y socialización con otras personas, fomentando el desarrollo socio-emocional. De este modo se consigue

que el anciano continúe activo a nivel físico, cognitivo, social y afectivo, mejorando su calidad de vida y promoviendo un envejecimiento saludable (Zamarrón, 2007).

En cualquier intervención se ha de tener en cuenta (Teresa Martínez, 2002):

- a) El carácter terapéutico de la programación.
- b) El carácter global e integral de la intervención.
- c) La programación individualizada.
- d) El carácter especializado de la intervención.

Numerosos estudios (como los de Matsuda, 2007; Olarzán, 2010; Fernandez-Prado, 2012; Fundación María Wolf...) trabajan con dos grupos muestrales de personas mayores (envejecimiento fisiológico, deterioro cognitivo, Alzheimer...) donde uno recibe EC y el otro no, demostrando que cuando se aplica de manera sistemática, en sesiones semanales de 7 o más horas, se logran (después de un año) situaciones afectivas más positivas, menos problemas conductuales, gozan de mayor calidad de vida, las funciones cognitivas se mantienen estables o mejoran... frente a los que no se les aplica, que declinan.

Como conclusión, destacar la necesidad e importancia de elaborar y diseñar actividades y programas de Estimulación Cognitiva para personas mayores, conjugando la inteligencia emocional y desarrollando tareas que permitan el entrenamiento y/o rehabilitación de los aspectos afectivo-cognitivos para mejorar la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento en los centros de mayores.

“El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza” André Maurois

Al analizar la documentación consultada se concluye que son muchas las **ventajas** que proporciona **la estimulación cognitiva** a la vejez.

En líneas generales, se puede deducir que la aplicación sistemática de ejercicios y actividades de psicoestimulación cognitiva mantiene y/o mejora el rendimiento y eficacia de las capacidades mentales pues, al conservar activa la mente, se logra aumentar su potencial y prevenir los déficits, lo que refuerza y aumenta la autoestima

así como la propia autonomía para la realización de rutinas y tareas diarias. Además se puede ralentizar el deterioro psíquico en los casos de avance de la enfermedad y por otro lado, se puede evitar la desconexión con el propio entorno y el estrés cansado (producido por el deterioro cognitivo). Los beneficios son muchos, por lo que no se entiende que muchos centros no cuenten con terapeutas especializados en programas de psicoestimulación cognitiva.

Los programas de estimulación cognitiva tienen como objetivo general el mantenimiento de la reserva cognitiva o la recuperación de las funciones que estaban en desuso, de forma que se pueda ralentizar el proceso de deterioro cognitivo, trabajando las diferentes funciones cognitivas de formas diversas. Este trabajo no solo busca la mejora de la ejecución de las pruebas cognitivas, sino también “la mejora en la calidad de vida, el bienestar personal y el de sus familiares y cuidadores (Molero, Pérez, Gázquez, Barragán, Simón y Martos 2017). Según Olazarán J, Agüera L. y Muñoz R. (2012), estas intervenciones actúan sobre las capacidades cognitivas que muestran, o no, alteraciones y "se fundamentan esencialmente en la reserva cerebral, la neuroplasticidad, la capacidad de aprendizaje, la redundancia y la dependencia de uso", consolidándose como una herramienta útil, versátil y con un razonable coste-efecto.

La mayoría de autores coinciden en la importancia de la prevención del deterioro cognitivo en la vejez con la aplicación de programas de estimulación cognitiva, teniendo en cuenta que no existe un perfil homogéneo, más bien heterogéneo, por lo que el abordaje debe ser interdisciplinar, preciso y personalizado y que este tipo de rehabilitación maximiza, activa y mantiene las funciones cognitivas preservadas así como establece nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas gracias a la plasticidad cerebral. En 1973, fue Luria uno de los primeros en afirmar que las zonas cerebrales lesionadas podían compensarse por la acción de las zonas sanas.

"Es necesario recalcar que el profesional es indispensable. Es fundamental la buena formación en evaluación e intervención con programas de estimulación cognitiva del terapeuta" (Molero, Pérez, Gázquez, Barragán, Simón y Martos 2017).

“Vivir prevenidos, es de buen sentido” dicho popular.

Objetivos e hipótesis

Objetivo General

Conocer e investigar sobre la consideración, valoración y tiempo de dedicación de los profesionales de los CMCNOIT a la psicoestimulación cognitiva y emocional así como aquellos factores (afectivo-cognitivos) a los que se les presta mayor atención.

Objetivos Específicos

1. Recabar información mediante un cuestionario, respecto a la dedicación y tiempo empleado en el desarrollo de programas de estimulación cognitivo-emocional.
2. Elaborar, de forma organizada, precisa y sencilla el cuestionario, teniendo en cuenta estos aspectos:
 - a) La aplicación o no de programas de estimulación cognitiva en los CMCNOIT y en caso negativo, las causas (falta de recursos, tiempo...).
 - b) Las acciones que se desarrollan para estimular el mantenimiento y desarrollo de las habilidades/capacidades cognitivas.
 - c) La opinión de los/as profesionales contratados/as, teniendo en cuenta la titulación y formación de cada uno así como sus intereses respecto a la aplicación de tareas estimulación cognitiva y la valoración que hacen respecto a la misma.
 - d) Inconvenientes de la aplicación de programas y planes de estimulación cognitiva en los CMCNOIT.
 - e) Consideraciones acerca de la importancia de la EC en los Centros de Mayores.
3. Analizar y valorar la frecuencia de la aplicación de programas de estimulación cognitiva en CMCNOIT.
4. Verter los resultados, de acuerdo al cuestionario, para analizarlos y discutirlos en función de las hipótesis planteadas.

Hipótesis

Las hipótesis serán los ejes fundamentales alrededor de los que se desarrollará este estudio que pretende obtener información y proporcionar conocimientos nuevos en referencia a la mayor o menor aplicación y ejercitación de la estimulación cognitiva en los CMCNOIT.

Para el planteamiento de las hipótesis se partirá de supuestos basados en hechos observados durante el período de prácticas en un centro de mayores y servirán como trampolín o punto de partida de la investigación. Esto justifica el uso del método de investigación (método científico/ método de investigación científica) que procura una herramienta de medición como el cuestionario para validar los resultados.

A continuación se formulan los enunciados o las hipótesis que se tratan de verificar:

- El tiempo dedicado a la estimulación cognitiva en los CMCNOIT es escaso (de 1 a 5 horas semanales), insuficiente (de 5 a 8 horas semanales) o nulo (0 horas).
- Las razones por las que se dedica poco tiempo al desarrollo de actividades de estimulación cognitiva en los CMCNOIT estarán asociadas, fundamentalmente, a la escasez de tiempo, de recursos, de personal cualificado y de interés.
- Más del cincuenta por ciento de los CMCNOIT que dedican algún tiempo a la estimulación cognitiva, se ocuparán fundamentalmente de los factores relacionados con el movimiento.

Método

El método científico postula la formulación de hipótesis que se han de verificar o comprobar a través de herramientas de medición y experimentación. Mediante la investigación se obtiene información y conocimientos respecto a preguntas o interrogantes de carácter científico.

El presente trabajo es una combinación de investigación bibliográfica así como empírica, dirigido tanto a la recopilación de beneficios que aporta la estimulación cognitiva a la persona mayor frente al deterioro cognitivo, como a la medición de la

aplicación de programas de estimulación cognitiva en los Centros de Mayores de la Comarca Noroeste de Tenerife.

Participantes: la muestra está formada por profesionales de distintos ámbitos sociosanitarios (trabajadores/as sociales, integradores/as sociales, animadores/as socioculturales, auxiliares de enfermería o gerocultores/as, enfermeros/as...) de nueve Centros de Mayores de la Comarca Noroeste de la Isla de Tenerife repartidos entre los municipios de Buenavista, Los Silos, El Tanque, Garachico, Icod de los Vinos, La Guancha y San Juan de la Rambla.

Instrumentos y definición de variables medidas: en la realización de esta investigación, se ha utilizado como instrumento principal de recopilación de datos, el cuestionario. La composición de este instrumento está basada en preguntas o ítems de tipo cerrado, presentando al encuestado respuestas delimitadas, dándose en algún caso, la posibilidad de respuesta múltiple así como la de añadir otras.

"Un cuestionario es, por definición, el instrumento estandarizado que empleamos para la recogida de datos durante el trabajo de campo de algunas investigaciones cuantitativas, fundamentalmente, las que se llevan a cabo con metodologías de encuestas. En pocas palabras, se podría decir que es la herramienta que permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, empleando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir a la población a la que pertenecen y/o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre medidas de su interés" (Julio Meneses, 2016).

"Sistema de preguntas relacionales, ordenadas de forma coherente, tanto desde el punto de vista lógico como psicológico, expresadas en un lenguaje sencillo y comprensible, que generalmente responde por escrito la persona interrogada, sin que sea necesaria la intervención de un encuestador. Permite recoger información proveniente de fuentes primarias" (Fernando García Córdoba, 2004).

Procedimiento: Por un lado, ha sido necesario llevar a cabo una investigación bibliográfica cuya finalidad ha sido la documentación, profundización y ampliación de conocimientos sobre el tema en estudio, que queda fundamentado en la base teórica que soporta el desarrollo del trabajo. Por otro lado, se ha elaborado un cuestionario para la recogida de datos en el que se vierte la información necesaria para validar las hipótesis

planteadas, permitiendo el acercamiento a fuentes primarias de información (personal de los Centros de mayores) así como una recogida cuantitativa de los datos.

Debido a la situación de pandemia actual y a la especial protección que debemos tener con nuestros/as mayores, se ha optado por la utilización de la herramienta "Google Formularios", que procura el acercamiento a los Centros de manera virtual. Es este el motivo por el que se recaba información exclusivamente de los/as profesionales de los Centros sin hacerlo también con los/as usuarios/as.

Diseño: Investigación no experimental, porque se analiza una realidad, se observa una situación ya existente (no se crea ni se manipula) y descriptiva, ya que proporciona una visión de una situación, indagando la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables.

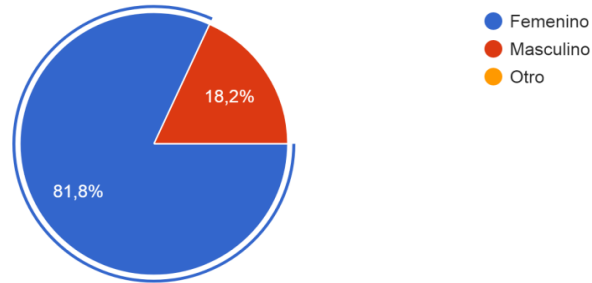
Plan de análisis: El programa estadístico utilizado ha sido "Formularios Google" que recopila y organiza los datos recogidos de forma automática y ordenada con gráficos y datos de las respuestas.

Resultados

Se han obtenido 22 respuestas al cuestionario aplicado a los/as trabajadores/as de diferentes ámbitos sociosanitarios de los nueve Centros de Mayores de la Comarca Noroeste de Tenerife. A continuación se analizan los resultados de acuerdo a cada uno de los ítem:

1.

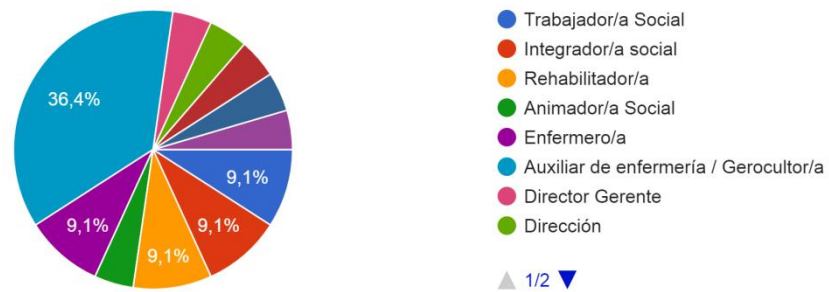
Género:
22 respuestas



De las 22 respuestas, un 81,8% ha sido respondido por mujeres (18) y un 18,2% por hombres (4). Ninguno/a ha marcado otro tipo de identidad de género.

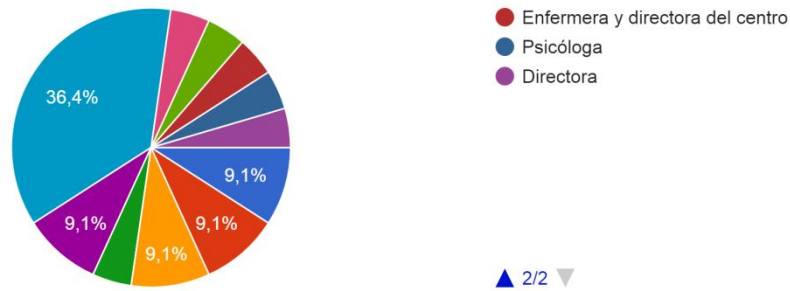
2.

Indique la profesión que desempeña en el Centro de Mayores en el que trabaja:
22 respuestas



Indique la profesión que desempeña en el Centro de Mayores en el que trabaja:

22 respuestas

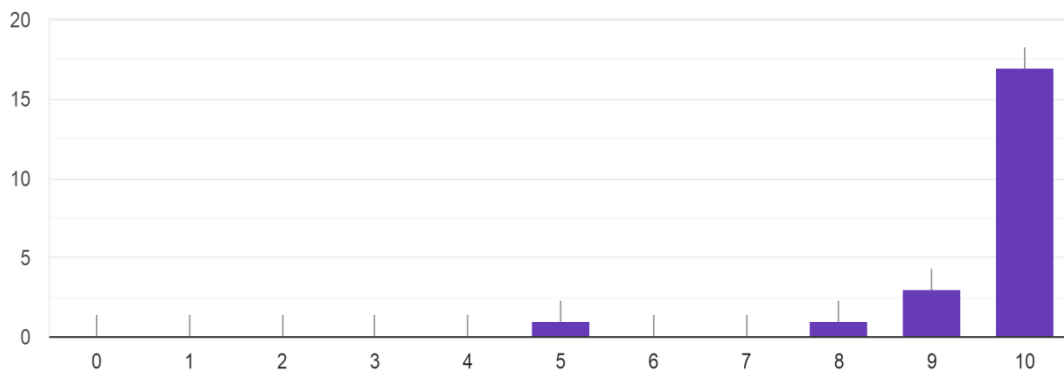


De la variedad de profesionales que han respondido al cuestionario, se encuentra la proporción más alta de participación entre los auxiliares de enfermería o gerocultores/as con un 36,4% (ocho personas), siguiendo enfermeros/as, rehabilitadores/as, integradores/as sociales y trabajadores/as sociales con el mismo porcentaje de respuesta; un 9,1% que corresponde a dos personas de cada especialidad y, por último, un animador/a social, un director/a gerente, una enfermera y directora del Centro, una directora, una persona que escribe "dirección" y una psicóloga, con un porcentaje de respuesta del 4,5% .

3.

Valore del 1 al 10, siendo 10 la máxima puntuación, la consideración que merece, bajo su punto de vista, la estimulación cognitiva y emocional en las personas mayores

22 respuestas

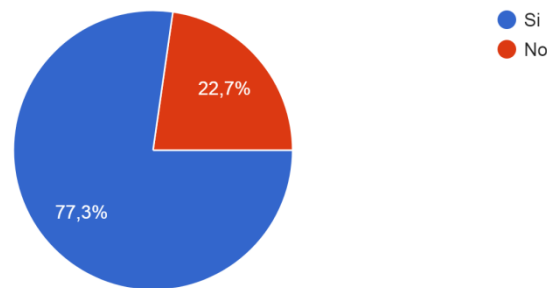


En cuanto a la valoración e importancia que los profesionales estiman a cerca de la estimulación cognitiva en los Centros, se obtienen estos resultados: 17 personas (77,3%) otorgan la máxima puntuación, es decir, 10 puntos. Tres personas (13,6%) otorgan una puntuación de 9, otra persona (4,5%) otorga una puntuación de 8 y por último, una persona (4,5%) otorga una puntuación de 5.

4.

¿Se contempla en la programación de actividades de su Centro de trabajo las destinadas a la estimulación cognitiva y emocional?

22 respuestas

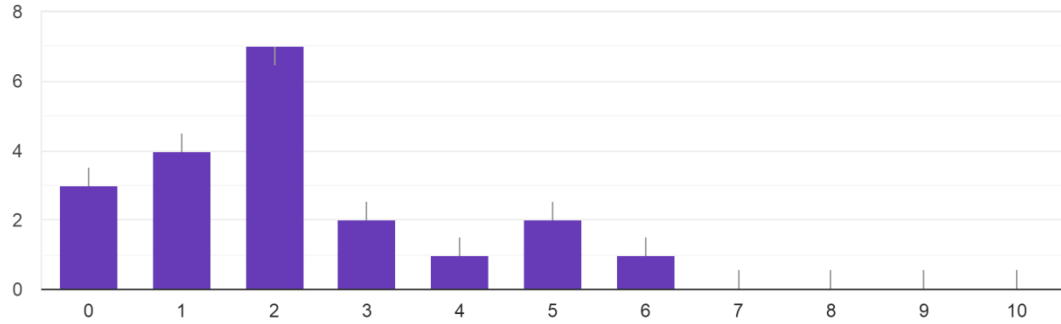


Con respecto a la aplicación de programas de EC en los CM, 17 trabajadores (77,3%) considera que se contempla la programación de estas actividades en sus respectivos Centros de trabajo. Por el contrario, cinco participantes (22,7%) considera que no están contempladas en su programación.

5.

Si la respuesta al apartado anterior es afirmativa, indique las horas diarias dedicadas a esta actividad:

20 respuestas

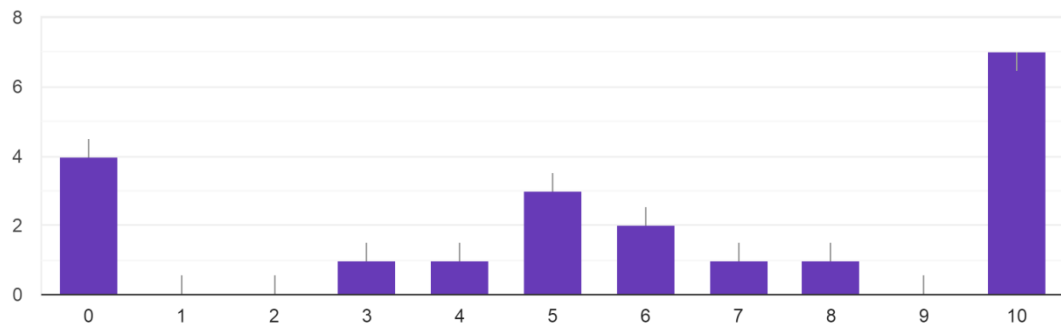


En cuanto a las horas diarias dedicadas a la aplicación de programas de EC, se obtienen los siguientes resultados: para 0 horas diarias, 3 respuestas (15%). Para 1 hora diaria, 4 respuestas (20%). Para 2 horas diarias, 7 respuestas (35%). Para 3 horas diarias, 2 respuestas (10%). Para 4 horas diarias, 1 respuesta (5%). Para 5 horas diarias, 2 respuestas (10%). Y para 6 horas diarias, 1 respuesta (5%).

6.

Y semanalmente, ¿Cuántas horas se dedican a la estimulación cognitiva de las personas mayores de su Centro de trabajo?

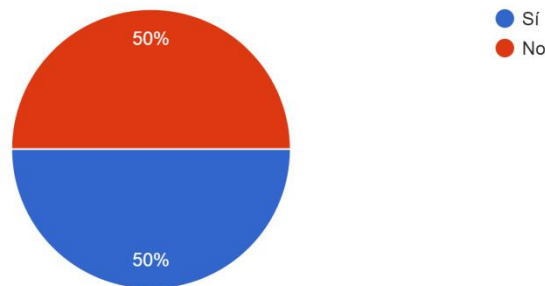
20 respuestas



En relación a las horas semanales dedicadas a la aplicación de actividades de EC, se obtienen los siguientes resultados: 0 horas/semana, 4 respuestas (20%). 3 horas/semana, 1 respuesta (5%). 4 horas/semana, 1 respuesta (5%). 5 horas/semana, 3 respuestas (15%). 6 horas/semana, 2 respuestas (10%). 7 horas/semana, 1 respuesta (5%). 8 horas/semana, 1 respuesta (5%). 10 horas o más/semana, 7 respuestas (35%).

7.

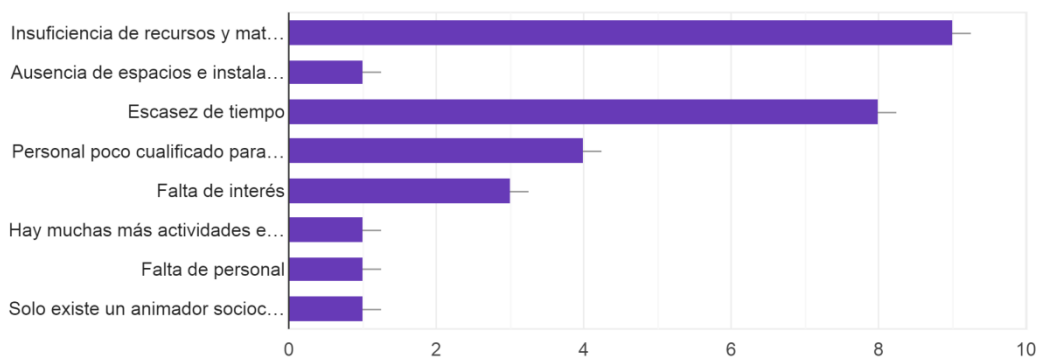
¿Considera adecuado el tiempo dedicado al desarrollo de estas actividades?
22 respuestas



Un 50% de los/las participantes considera que el tiempo empleado para las actividades de EC en sus Centros de trabajo no es adecuado. Y el otro 50% considera que es adecuado.

8.

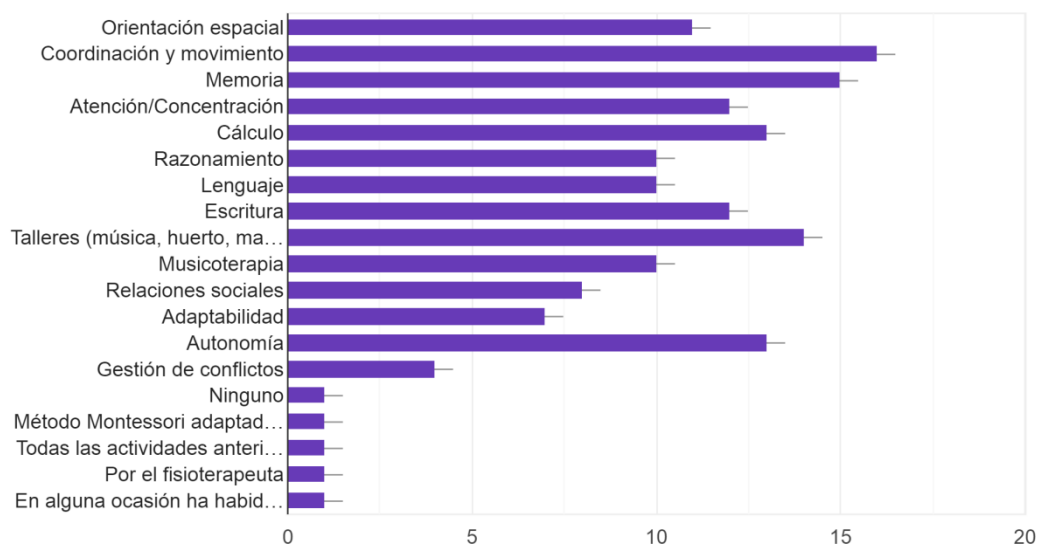
Si considera que el tiempo dedicado a estas actividades es escaso, subraye cuál o cuáles pueden ser el/los motivo/s
14 respuestas



Este ítem es de respuesta múltiple y tiene que ver con los motivos de la escasez de tiempo dedicado a la EC en sus correspondientes centros de trabajo. Se comentan los resultados a continuación: Insuficiencia de recursos y materiales: 9 respuestas (64,3%), principal causa. Escasez de tiempo: 8 respuestas (57,1%,). Personal poco cualificado: 4 respuestas (28,6%). Falta de interés: 3 respuestas (21,4%). Falta de espacios e instalaciones: 1 respuesta (7,1%). En el apartado "otros", los participantes de los Centros podían añadir motivos que no estuviera recogidos y, en este sentido, hay una persona que escribe esto "hay muchas más actividades en el Centro". Y otra persona hace esta anotación "falta de personal". Y por último, otra redacta: "sólo hay un animador sociocultural y se dedica más a los ancianos más válidos, precisamente los que necesitan más estimulación están en el ala de crónicos y no se puede atender a todos. Además es difícil programar actividades porque hay perfiles muy diferentes de usuarios".

9.

Indique los factores de estimulación cognitiva y emocional que se ejercitan en su centro:
20 respuestas



En este ítem, que también es de respuesta múltiple, los factores cognitivos se anotarán en orden decreciente de acuerdo a los porcentajes de atención que se le dedica a cada uno: Coordinación y movimiento: 16 respuestas (80%). Memoria: 15 respuestas (75%).

Autonomía: 13 respuestas (65%). Cálculo: 13 respuestas (65%). Escritura: 12 respuestas (60%). Atención y concentración: 12 respuestas (60%). Orientación espacial: 11 respuestas (55%). Razonamiento: 10 respuestas (50%). Musicoterapia: 10 respuestas (50%). Lenguaje: 10 respuestas (50%). Relaciones sociales: 8 respuestas (40%). Adaptabilidad: 7 respuestas (35%). Gestión de conflictos: 4 respuestas (20%).

La opción de añadir nuevos aspectos cognitivos ha generado estas respuestas:

"Ninguna de las anteriores". " Método Montessori adaptado a enfermos de Alzheimer".
" Todas las anteriores". "Por el fisioterapeuta" ."En alguna ocasión ha habido terapia con perros pero dejó de hacerse".

Discusión

Antes de comenzar con la discusión se incide en la presentación del cuestionario que al inicio contenía un apartado con una breve definición sobre la Estimulación Cognitiva para facilitar y recordar el significado del término. Fue la siguiente: "*La Estimulación Cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan "programas de entrenamiento cognitivo". La Estimulación Cognitiva no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores, tales como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir sobre la persona adulta de forma integral*" (Ginarte Y. 2002). E

En este apartado se interpretan, en primer lugar, los resultados obtenidos siguiendo el orden de los ítem del cuestionario, en segundo lugar se relacionan y comentan las distintas respuestas y por último se expondrán las limitaciones en el desarrollo del trabajo y se harán propuestas de intervención.

Discusión de los resultados

Se comienza por tanto, con la discusión del primer ítem, que tiene que ver con el género de los/as participantes, donde la prevalencia de las mujeres frente a los hombres es notoria. Según el INE, en los trabajos relacionados con lo social, sanitario y de cuidados, las mujeres que ocupan un 15,2% frente a un 3,8% que ocupan los hombres.

En cuanto a la profesión que desempeñan en los Centros, segundo ítem, se ha logrado obtener una muestra representativa de los/as distintos/as trabajadores/as de todos los ámbitos; sociales (trabajadoras sociales, psicólogos, integradores/as sociales y animadores/as sociales) y sanitarios (enfermeras, rehabilitadores/as, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería o gerocultores/as), predominando las respuestas de gerocultores/as y auxiliares que, por lo general, representan el porcentaje más alto de empleo en los Centros, debido a que cubren necesidades básicas como la alimentación y la higiene.

Es necesario aclarar, que la ocupación del cargo de la dirección en los Centros es muy variada. En este estudio, se comprueba que en algún Centro el cargo lo ocupa una enfermera, en otro una trabajadora social, un psicólogo o, en algún caso, el/la Concej/a de Servicios Sociales del Ayuntamiento Municipal.

Cuando se pide valorar la importancia de la EC, tercer ítem, la mayoría de los/as participantes le otorgan la puntuación más alta (10), lo que indica que consideran fundamental este aspecto en el desarrollo del trabajo.

El cuarto ítem tiene que ver con la aplicación o no de programas de EC en los Centros de la CNOIT y una amplia mayoría responde afirmativamente (73.3%). Sin embargo, cinco personas (22,7%) niegan la aplicación de este tipo de programas en sus Centros de trabajo, lo que indica que no hay unanimidad en cuanto a los criterios de dedicación a los programas de EC.

En el quinto ítem, donde se pide la especificación de las horas diarias dedicadas a actividades de EC, se obtiene una máxima de 6 horas diarias frente a la mínima de cero horas. No obstante, la opción más seleccionada (35%) se sitúa en el empleo de dos horas al día para actividades de EC. Se vuelve a observar que no hay unanimidad de criterios en la aplicación de este tipo de actividades.

En el sexto ítem, relacionado con las horas semanales dedicadas a la EC, la opción más elegida por los/as participantes (35%), es la de 10 horas o más semanales. Esto se deriva del ítem anterior, donde el mismo porcentaje (35%) marcó la opción de dos horas diarias.

Ante la opinión de la suficiencia/insuficiencia del tiempo empleado en actividades de EC, séptimo ítem, la mitad exacta (50%) considera que es insuficiente, mientras que a la otra mitad (50%) le parece suficiente. Se vuelve a entrar en una dualidad donde se dan opiniones contrapuestas.

En el octavo ítem se especifican los motivos por los que consideran que el tiempo dedicado a las actividades de EC es escaso. En este sentido, la insuficiencia de recursos y materiales así como la escasez de tiempo, resultan las principales causas.

En lo referente a los factores de EC y emocional que más se ejercitan, noveno ítem, se comprueba que el que tiene que ver con la coordinación y el movimiento es el más elegido, lo que podría estar relacionado los profesionales rehabilitadores con los que cuentan en la mayoría de los Centros, dedicado fundamentalmente a actividades relacionadas con fisioterapia, gimnasia y movimiento.

En segundo lugar, se pasa a una discusión más exhaustiva de los resultados al relacionar los ítem entre sí y con otros apartados de este estudio.

Aunque los resultados no son del todo lo esperado, al no estar tan alejadas las respuestas del desarrollo de programas y la aplicación de actividades de EC en los CMCNOIT, se detecta dualidad, contradicción, contraste, diversidad, antagonismo...en la cumplimentación del cuestionario, así, se puede observar:

- . Disparidad en las respuestas de trabajadores pertenecientes al mismo Centro. Por ejemplo, opinar unos que se desarrollan actividades de EC y otros opinan que no.
- . Contraposición de opiniones respecto a la aplicación de programas de EC.
- . Diferencias considerables, de unos centros a otros, respecto a los horarios empleados para las actividades de EC.
- . Contraste de opiniones respecto a la suficiencia e insuficiencia del tiempo empleado en actividades de EC.

. Variedad en los motivos seleccionados relacionados con la escasez de tiempo dedicado a la EC, llegando varios/as participantes a considerar que no se realizan por falta de interés o incluso, en algún caso, se manifiesta que son actividades que sólo pueden realizar los animadores socioculturales.

. Separación de cada aspecto cognitivo, eligiendo uno, dos o tres que se trabajan en los respectivos Centros, sin considerar que la EC es un Programa y un compendio de todos los factores. De aquí se deduce que, aunque muchos/as consideran que trabajan la EC, no lo hacen en todos sus aspectos.

. Incoherencia en las respuestas de un mismo cuestionario.

. Importancia a la coordinación y movimiento como principal aspecto cognitivo a desarrollar dentro de los Centros. Se recoge alguna opinión que considera que es el fisioterapeuta el que los debe trabajar.

. Percepción de la EC como un entretenimiento grupal (detectado en comentarios concretos e individuales) sin tener en cuenta las necesidades individuales y la diversidad.

. Consideración de que la EC se desarrolla en momentos puntuales y no en la vida diaria y continua de cada persona mayor.

. Contrapartida entre inclinación positiva hacia la EC y la imposibilidad de aplicarla por escasez de tiempo, recursos, profesionales...

. Destacar que los profesionales de algunos centros, no más de dos, muestran una postura muy favorable hacia la ejercitación de la EC y son consecuentes y coherentes en sus respuestas.

Limitaciones en el desarrollo del trabajo

Las restricciones marcadas por la pandemia de COVID 19 han impedido la aplicación de los cuestionarios de manera presencial, por lo que la obtención de los datos vertidos en estos han estado en función de aquellos profesionales que han tenido a bien cumplimentarlo. Por esta razón se ha elegido como herramienta el programa de Google Formularios, lo que convierte esta tarea en impersonal.

Por este motivo, tampoco fue posible, contrastar los datos recabados con la opinión de los/as usuarios/as de los Centros.

Propuestas de intervención.

Teniendo en cuenta los principios establecidos en el marco teórico, la intervención ha de ser interdisciplinar, precisa, personalizada (perfiles no homogéneos), integral, preventiva... mediante programas de estimulación cognitiva que procuren el mantenimiento, y/o recuperación de las funciones mentales y emocionales para garantizar el bienestar personal y una mejor calidad de vida.

Establecer unos objetivos mínimos a cumplir por todos los Centros de Mayores relacionados con la EC unificaría criterios y procuraría mejoras.

Mancomunar servicios, con profesionales especializados en EC, facilitaría el desarrollo de programas de este ámbito en la zona, garantizando su aplicación de una manera más económica.

Conclusiones

Conclusiones sobre los datos

- Pocos CMCNOIT (salvo dos) abordan los aspectos cognitivos como una unidad o conjunto sino que por el contrario los fragmentan, prestando más atención a unos que a otros, perdiendo el concepto de totalidad. Por esta razón, la mayoría de los participantes creen que en sus centros se desarrollan programas de estimulación cognitiva (ítem 4), cuando, en realidad, solo están trabajando algunos aspectos aislados (como se recoge después en el último ítem).
- La variedad de opiniones y de respuestas respecto a los datos vertidos en el cuestionario sobre la EC, denotan que los Centros no se rigen por una normativa que establezca unos mínimos comunes para el funcionamiento de estos.

- Posiblemente, por la misma razón, tampoco existen protocolos de EC específicos para cada usuario/a en todos los Centros.
- Se percibe en algunas respuestas, un desconocimiento respecto al concepto de EC, considerando en muchos casos que es responsabilidad de ciertos profesionales, que se refiere sólo a actividades lúdicas y grupales, que se aplican en momentos puntuales...
- Por la disparidad en el horario que aplican los Centros a las actividades de EC, se detecta que no hay uniformidad en la programación de estos.
- Los datos podrían estar sesgados por desconfianza hacia el anonimato, temor a generar conflicto en el puesto de trabajo, la necesidad de quedar bien ante la empresa para la que se trabaja...
- Con razones de poco peso como falta de interés o considerar que son tareas que desempeña un/a solo/a profesional, se justifica, en algunos casos, la insuficiencia de tiempo empleado para la EC. No obstante, la mayoría de los Centros consideran que si el tiempo es insuficiente es por causas más razonables, como ausencia de recursos y materiales, de personal cualificado...

Relación de los resultados con los objetivos e hipótesis

El objetivo general está directamente relacionado con el diseño del cuestionario que se ocupa de recoger los datos relacionados con la valoración y el tiempo dedicado a la EC así como aquellos aspectos cognitivos a los que se presta mayor atención en los CMCNOIT y el resto de los objetivos están contruidos de acuerdo al seguimiento y desarrollo de este estudio.

En cuanto a la contrastación de la primera hipótesis: El tiempo dedicado a la estimulación cognitiva en los CMCNOIT es escaso (de 1 a 5 horas semanales), insuficiente (de 5 a 8 horas semanales) o nulo (0 horas), se verifica la hipótesis puesto que un 20% de la muestra estaría dentro de la categoría "nulo", al utilizar 0 horas a programas de EC. Un 25% de la muestra pertenece a la categoría "escaso" por dedicar entre 3, 4 y 5 horas semanales. Un 20% entraría en la categoría de "insuficiente" por dedicar entre 5 y 8 horas semanales. El 35% restante dedican 10 o más horas. Por esto, se comprueba que un 65% no dedican el tiempo adecuado a actividades de este tipo.

Respecto a la segunda hipótesis: Las razones por las que se dedica poco tiempo al desarrollo de actividades de estimulación cognitiva en los CMCNOIT estarán asociadas, fundamentalmente, a la escasez de tiempo, de recursos, de personal cualificado y de interés, se verifica la hipótesis al comprobar que los porcentajes más altos se encuentran en estas cuatro razones, ocupando el primer lugar, con un porcentaje del 64,3%, la insuficiencia de recursos y materiales, el segundo lugar, lo ocupa la escasez de tiempo con un porcentaje del 57,1%, el tercer el personal poco cualificado, con un porcentaje del 28,6% y, en último lugar, la falta de interés, con un porcentaje del 21,4%.

Por último, la siguiente hipótesis también se verifica: Más del cincuenta por ciento de los CMCNOIT que dedican algún tiempo a la estimulación cognitiva, se ocuparán fundamentalmente de los factores relacionados con el movimiento. El porcentaje más alto con un 80% de respuesta sobre los factores de EC que se ejercitan en los Centros es el de coordinación y movimiento.

Se verifican las tres hipótesis, aunque se esperaba un porcentaje mayor en las categorías "nulo" y "escaso" de dedicación a la EC en los Centros, sin embargo, comprobar esto resulta satisfactorio al comprobar que se invierte más tiempo de esperado en EC.

Referencias bibliográficas

- González Bernal, J y De La Fuente, R. (30 de marzo de 2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo de los cuatro componentes del ser humano. *Infad*.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/783/723>
- Sosa, M.J. (2 de mayo de 2016). *Deterioro cognitivo en la vejez*. Universidad de Uruguay
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf
- Martín García, M. (1994). Envejecimiento Activo. *Políticas Sociales y Trabajo Social*.
https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_98_envejecimiento_activo_i/
- Cardona, D, Estrada, A y Agudelo, H. (21 de agosto de 2003). *Redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín*. Universidad de Antioquia <file:///C:/Users/Virginia24/Downloads/Dialnet-AspectosSubjetivosDelEnvejecimiento-1382731.pdf>
- Abellán, A., Aceituno, P, Pérez, J. Ramiro, D, Ayala, A y Pujol, R. (22 de marzo de 2019). Envejecimiento en red: un perfil de las personas mayores en España. *Informes*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Filardo, C (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Trabajo Social y acción social*.
<file:///C:/Users/Virginia24/Downloads/DialnetTrabajoSocialParaLaTerceraEdad-4111475.pdf>
- Villalba, S. y Espert, R (1 de abril de 2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapia*.
<https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/344/Therapeia%206-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ginarte Y (1 de noviembre de 2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*. <https://www.neurologia.com/articulo/2002418>
- Francés, I, Baradiarán, M, Marcellán, T y Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007
- Olazarán J, Agüera L y Muñiz R. (2 de octubre de 2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Neurol*. https://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
- Guerrini, M. (marzo de 2010). La vejez. Su abordaje desde el trabajo social. *Margen57*. <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>
- Acosta, A. (2017) Percepción social de la vejez: el cambio de la conducta de las personas mayores. *ULL*. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3825>
- Calero, M y López, A. (Agosto de 2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista española de geriatría y gerontología*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09001073>
- Unión Tecnología y Accesibilidad (2017). Informe general sobre grado de accesibilidad de los entornos, productos y servicios. Observatorio Estatal de la Discapacidad, Gobierno de España. http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4955/La_accesibilidad_cognitiva_en_Espa%c3%b1a.pdf?sequence=1&rd=0031831178298562
- Vázquez, K. (septiembre de 2020). Intervención Neuropsicológica en un Grupo de Adultos Mayores del Centro Geriátrico “Casa del Abuelo” en la Ciudad de Cuenca, Ecuador. *Universidad de Azuay*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10247/1/15877.pdf>
- Molero, M, Pérez, M, Gázquez, J, Barragán, A, Martos, A y Simón, M. Salud y cuidados durante el desarrollo. *Mejora de las capacidades cognitivas en personas mayores* (págs. 145-151). ASUNIVEP. https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_7.pdf#page=287
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Gobierno de España. <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

- Meneses, J. (2016) *El cuestionario*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
<https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario/cuestionario.pdf>
- Carrascal, S y Solera, E (2014). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*.
<https://www.redalyc.org/pdf/5135/513551290001.pdf>
- Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes (2002). *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>
- Brausela, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100003
- Pérez, M, Molero, M; Osorio, J y Mercader, I. (2014). Propuesta de intervención: programa de psicoestimulación cognitiva y emocional para mayores. *INFAD*. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/395>
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Cúpula*.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

ANEXO

CUESTIONARIO

La **Estimulación Cognitiva** se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “programas de entrenamiento cognitivo”. La Estimulación Cognitiva no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores, tales como la afectividad, la esfera conductual, social, familiar y biológica, buscando intervenir sobre la persona adulta de forma integral"

Partiendo de esta base, a continuación se enumerarán una serie de preguntas en relación a la estimulación cognitiva, el Centro de Mayores en el que desempeña su trabajo y su opinión personal:

1. Género: Femenino Masculino Otro

2. Subraya la profesión que desempeñas en el Centro de Mayores.

- Trabajador/a Social
- Psicólogo/a
- Integrador/a Social
- Rehabilitador/a
- Enfermero/a
- Auxiliar de enfermería/ gerocultor/a
- Otra (especificar):

3. Valora del 1 al 10, siendo 10 la máxima puntuación, la consideración que merece, bajo tu punto de vista, la estimulación cognitiva y emocional en las personas mayores.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Se contempla en la programación de actividades de tu Centro de trabajo, las destinadas a la estimulación cognitiva y emocional?

SI NO

5. Si la respuesta al apartado anterior es afirmativa, indica, rodeando con un círculo, las horas dedicadas.

- DIARIAS (si se programan para cada día):

0 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10 o más.

- SEMANALES (si se programan para ciertos días de la semana):

0 1h 2h 3h 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10 o más horas

6. ¿Consideras adecuado el tiempo dedicado al desarrollo de estas actividades?

SI NO

7. Si consideras que el tiempo dedicado a estas actividades es escaso, subraya cuál o cuáles pueden ser el/los motivo/s

- Insuficiencia de recursos y materiales
- Ausencia de espacios e instalaciones
- Escasez de tiempo
- Poco personal cualificado
- Falta de interés
- Otros (especificar):

8. Subraya los factores de estimulación cognitiva y emocional que se ejercitan en tu centro:

- . Orientación espacial
- . Coordinación y movimiento

- . Memoria
- . Atención/Concentración
- . Cálculo
- . Razonamiento
- . Lenguaje
- . Escritura
- . Talleres (música, huerto, manualidades...)
- . Musicoterapia
- . Relaciones sociales
- . Adaptabilidad
- . Autonomía
- . Gestión de conflictos
- . Otros (especificar):