

CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN UN GRUPO DE ADULTOS  
MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO PERTENECIENTES AL CENTRO  
BIENESTAR DEL ANCIANO HOGAR NAZARETH

CORESMA MARTINEZ ARRIETA

MARIA CAMILA CAÑAS DIOSA

MARIA ISABEL CAÑAVERAL CANO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

CARACTERÍSTICAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN UN GRUPO DE ADULTOS  
MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO PERTENECIENTES AL CENTRO  
BIENESTAR DEL ANCIANO HOGAR NAZARETH

CORESMA MARTINEZ ARRIETA

MARIA CAMILA CAÑAS DIOSA

MARIA ISABEL CAÑAVERAL CANO

SANDRA MILENA CASTAÑO RAMIREZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de PSICÓLOGO(S).

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

## HOJA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

Envigado, 2018

## AGRADECIMIENTOS

En el inicio de esta carrera nos encontramos con nuevos aprendizajes, retos y sorpresas los cuales han contribuido a nuestro crecimiento tanto personal como profesional, sin embargo, ahora que nos encontramos en la etapa culminante de este maravilloso proceso nos damos cuenta de que es solo el inicio de los logros y alegrías que llegaran.

Por esto, solo nos quedan palabras de agradecimiento para todas aquellas personas que contribuyeron indirecta o directamente en el desarrollo de nuestro proceso y así mismo, al logro de nuestras metas. Le agradecemos eternamente a nuestras familias por apoyarnos en la elección de nuestra carrera y en todo este camino. Igualmente, le agradecemos a nuestros maestros, a nuestra asesora de grado Sandra Castaño por guiarnos en la elaboración de nuestro proyecto, al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth por brindarnos la oportunidad de trabajar con ellos y a los adultos mayores los cuales alegraron nuestras mañanas y de los cuales aprendimos tanto.

MUCHAS GRACIAS.

## DEDICATORIA

A nuestras familias

A los adultos mayores del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth

Gracias por ser parte de este proceso.

## Glosario

### A

#### **Adulto mayor**

Según la OMS, (2016) se considera una persona de edad avanzada a partir de los 60 a 74 años, de 75 a 90 años son considerados personas ancianas y aquellas que sobrepasan este límite, es decir los noventa años son denominados longevos. De igual manera toda persona que tenga sesenta años en adelante se considera parte de la tercera edad.

Así mismo, la ley 1276 de 2009 el congreso de la república define el adulto mayor como aquella persona que cuenta con más de sesenta años o más.

#### **Adulto mayor institucionalizado**

Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010) definen el término de asilo como un lugar que provee al adulto mayor: alimentación, habitaciones y actividades recreativas. En la mayoría de estas residencias habitan ancianos que padecen de problemas tanto físicos como mentales, por ende, esto les impide ser independientes.

Según Bazo (1991) existen diversas causas a la hora de que un adulto mayor sea institucionalizado, entre estas se encuentra: necesidad de protección social, es decir, falta de cuidado en la familia o bien por falta de recursos económicos, así mismo, son causa de ello, las pérdidas afectivas, físicas, sociales o económicas.

## **D**

### **Deterioro cognitivo**

Pose y Manes (2010) afirman que este es un declive asociado a la edad interviniendo aspectos como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, lenguaje, razonamiento lógico, capacidad de aprendizaje y la habilidad viso espacial.

Se clasifica en:

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.

## **H**

### **Habilidades sociales**

Caballo (1993) define las habilidades sociales como esos comportamientos generados por la persona en un contexto interpersonal y que se dan acorde a la situación. Respetando además las conductas emitidas por los demás y minimizando la aparición de futuros problemas y la resolución de los inmediatos.

Según Goldstein (1978, como se citó en García, 2014) las habilidades sociales “son las habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional” (p. 2).

## **Resumen**

El presente trabajo pretende identificar cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth. La metodología de la investigación es de enfoque cuantitativo, el alcance es descriptivo con un diseño transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Mini Mental y el inventario de habilidades sociales (CHASO) de Caballo, Salazar, Irurtia y Equipo de investigación. La muestra estuvo conformada por 33 adultos mayores, siendo estas 17 mujeres y 16 hombres. Los hallazgos obtenidos consistieron en que los adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo son más habilidosos socialmente, y que las variables sociodemográficas no son un factor determinante a la hora de afectar o disminuir las habilidades sociales exceptuando en la variable escolaridad ya que se evidencio que los adultos mayores que habían cursado algún grado tenían mayor habilidad social en afrontar las críticas.

## **Palabras clave**

Adulto mayor, Adulto mayor institucionalizado, Deterioro cognitivo y Habilidades sociales.



## **Abstract**

The research aims to identify which are the social skills inside an older adults group with or without cognitive impairment. The group belongs to Centro Bienestar Del Anciano Hogar Nazareth. Methodology used on the research is a quantitative approach, which have a descriptive reach with a transversal design. The used instruments were Mini-mental and Inventory of Social Skills (CHASO) by Caballo, Salazar, Iruiria and research team. The sample were conform by 33 older adults, 17 of them were women and the rest of them, 16 men. Final results consisted that those older adults who don't present cognitive impairment have more social skills. Socio-demographic variables are not a determinant fact in the moment of affect or decrease the social skills. Excepting the scholar variable, because it proved that older adults who has coursed any year in the school they have more social skills to face criticism.

## **Keyword**

Older adult, institutionalized older adult, cognitive impairment and social skills.

## Tabla de contenido

### Introducción

1. Justificación .....	13
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Pregunta de investigación .....	19
4. Objetivo general.....	19
4.1 Objetivos específicos .....	19
5. Marco institucional .....	20
5.1 Misión y visión del centro bienestar del anciano hogar de Nazareth.....	20
6. Antecedentes investigativos .....	21
6.1 Antecedentes internacionales .....	21
6.2 Antecedentes nacionales .....	25
7. Marco teórico .....	28
7.1 Adulto mayor .....	28
7.2 Adulto mayor institucionalizado .....	36
7.3 Deterioro cognitivo .....	39
7.3.1 Trastorno neurocognitivo mayor.....	43
7.3.2 Trastorno neurocognitivo leve. ....	44
7.4 Habilidades sociales.....	49
8. Marco legal y ético.....	59
9. Diseño metodológico .....	61
9.1 Metodología .....	61
9.2 Enfoque .....	61
9.3 Tipo de estudio.....	61
9.4 Diseño .....	62
9.5 Nivel.....	62
9.6 Población.....	62
9.7 Muestra .....	62

9.8 Procedimiento .....	63
9.9 Análisis de datos .....	63
10. Consideraciones éticas .....	64
11. Variables .....	65
12. Cuestionario de habilidades sociales EHS .....	71
12.1 Ficha técnica .....	71
12.1.1 Nombre. ....	71
12.1.2 Autor. ....	71
12.1.3 Fiabilidad del cuestionario habilidades sociales .....	71
12.1.4 Validez del cuestionario habilidades sociales .....	72
13. Resultados .....	72
13.1 Descripción de las variables demográficas de la muestra .....	73
13.2 Resultado de deterioro cognitivo .....	75
13.3 Evaluación del estado mental actual .....	75
13.4 Resultado de las habilidades sociales.....	76
13.5 Variables en relación las habilidades sociales .....	77
14. Discusión.....	85
15. Conclusiones .....	91
16. Recomendaciones .....	92
17. Referencias.....	93
18. Presupuesto .....	99
19. Anexos .....	103
19.1 Consentimiento informado.....	103
19.2 Autorización para la utilización de la prueba CHASO .....	105
19.3 Cuestionario de habilidades sociales.....	105
19.3.1 Cuestionario de habilidades sociales (chaso).....	105
19.3 Examen Cognoscitivo de Folstein “Minimental”. ....	109

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Variables sociodemograficas	79
<b>Tabla 2.</b> Resultado de deterioro cognitivo	80
<b>Tabla 3.</b> Evaluación del estado mental actual	81
<b>Tabla 4.</b> Resultado de las habilidades sociales	82
<b>Tabla 5.</b> Habilidades sociales en relación con el deterioro cognitivo	83
<b>Tabla 6.</b> Habilidades sociales en relación con el sexo	85
<b>Tabla 7.</b> Habilidades sociales en relación con la red de apoyo	87
<b>Tabla 8.</b> Habilidades sociales en relación con el estado civil	88
<b>Tabla 9.</b> Habilidades sociales en relación con la escolaridad	90

## **Introducción**

Según el informe presentado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2016) se generará un incremento en la población adulto mayor, por ende, para el año 2030 habrá un aproximado de 1400 millones de personas adultos mayores, encontrándose en Colombia un aumento demográfico para el año 2025 de 10,1% y para el año 2050 un 28,7%. Se ha descubierto, según los antecedentes investigativos, que en esta población se presenta en la mayoría de los casos un deterioro cognitivo caracterizado por la pérdida de las funciones mentales, conductuales y neuropsicológicas las cuales afectan el desempeño del adulto mayor, siendo esto un componente el cual puede afectar las habilidades sociales de este grupo poblacional.

La pérdida de estas habilidades sociales, tanto básicas como avanzadas, puede causar un declive en el funcionamiento normal del individuo, afectando así la calidad de vida, las relaciones interpersonales, el cuidado de sí, el ambiente familiar y los diversos aspectos socioculturales en los cuales estos se ven inmersos.

Por ende, el presente trabajo de grado surge con el fin de identificar cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth en el municipio de Sabaneta, Antioquia durante el segundo semestre del año 2018.

Los resultados y hallazgos de la investigación permitieron identificar cuáles habilidades sociales se presentan en el adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. A su vez, dar cuenta si estas se ven afectadas a causa del mismo, así como de las condiciones socio demográficas tales como edad, sexo, red de apoyo, escolaridad, temporalidad en el hogar y estado civil en las cuales se vio inmerso el adulto mayor.

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó una exhaustiva revisión de los antecedentes y referentes teóricos ya que permitieron ofrecer datos y conceptos suficientes para la comprensión del fenómeno. Este trabajo se elaboró bajo el enfoque de la investigación cuantitativo, el alcance es descriptivo con un diseño transversal.

Para la recolección de la información se utilizó el Test Mini Mental con el fin determinar el estado mental actual y con ello la presencia o ausencia de deterioro cognitivo, así como el tipo de deterioro o gravedad de este en los adultos mayores, posteriormente, se realizó la aplicación del Inventario de Habilidades Sociales (CHASO) para identificar cuáles habilidades se presentaban o no en esta población. Se contó con el consentimiento informado del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth y de cada uno de los adultos mayores a los cuales se les aplicó la prueba. Los resultados se presentan estadísticamente con su específico análisis descriptivo y se incluyen en las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## 1. Justificación

La investigación propuesta pretende ampliar el conocimiento acerca de cuáles son las habilidades sociales que pueden verse afectadas en el adulto mayor con y sin deterioro cognitivo que se encuentra institucionalizado y de qué manera tales habilidades pueden afectar o deteriorar la funcionalidad en cuanto a lo conductual, afectivo y psicológico.

Hablar sobre habilidades sociales en el adulto mayor es importante ya que estas son capacidades que se pueden ir perdiendo con el paso de los años, además se pueden ver deterioradas si se encuentran acompañadas de algún tipo de enfermedad ya sea mental o física. Estas habilidades pueden ser un sinónimo de calidad de vida, ya que proporcionan un estado físico y mental sano, un grado de independencia y buenas relaciones interpersonales.

La pérdida de las habilidades produce una decadencia en la adecuada interacción de las relaciones interpersonales. Por tal motivo, es necesario la intervención en esta población ya que en investigaciones presentadas por la ONU (2016) se encuentra que para años venideros habrá un incremento de la población adulto mayor, por ende, el bajo funcionamiento y la calidad de vida reducidas sería una problemática que se acrecentaría con el deterioro de estas habilidades sociales ya que las habilidades sociales posibilitan un efectivo desenvolvimiento de la vida social del individuo, permitiendo el aprendizaje o permanencia de habilidades como asertividad, empatía, relaciones interpersonales y expresiones emocionales frente al entorno.

El tema a investigar sienta algunas bases que pueden fomentar la creación de planes de acción e intervención para el cuidado y bienestar del adulto mayor, potencializando el tema de las habilidades sociales para una mejor calidad de vida. Así mismo, generar un mayor interés por esta población con el fin de restablecer el papel de adulto mayor en la sociedad.

Un factor clave que permite desarrollar esta investigación es que las habilidades sociales han sido ampliamente estudiadas en los niños y adolescentes con conductas disruptivas, además en problemáticas conductuales como TDAH, asperger, autismo, dificultades en las relaciones sociales, entre otros problemas relacionados con el comportamiento, mientras que en el adulto mayor se han hecho mayores estudios acerca de la vulnerabilidad del mismo, inclusión social, calidad de vida, funcionalidad y grado de dependencia, entre otros. Según lo indagado en las bases de datos no se ha encontrado gran material bibliográfico que tenga en cuenta el contenido de las habilidades sociales en el adulto mayor.

Un segundo factor a tener en cuenta es la institucionalización del adulto mayor ya que dependiendo de la institución en la que se encuentre se pueden presentar dificultades a la hora de interactuar y socializar, además de que en estos lugares el adulto mayor se encuentra privado de ciertos privilegios como: afecto, apoyo emocional, cuidado familiar, entre otros a los que solo puede acceder si cuenta con el apoyo social y familiar. Por esta razón, según Acuña y González (2010) contar con redes de apoyo suficientes ya sea familiares, amigos, vecinos, entre otros propicia y contribuye a que las habilidades sociales del adulto mayor se mantengan y a su vez mitiguen su disminución paulatina ya que la red de apoyo proporciona afectividad, acompañamiento, ayuda en la solución de problemas, entre otros, contrario a estar en una institución donde la dinámica familiar, social y afectiva se puede alterar y modificar, siendo así que las habilidades sociales se pueden ver deterioradas, ya que se genera, según Cerquera (2008, como se citó en Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio y Chavarriaga, 2012) marginación social, abandono, sentimientos de carga, inutilidad, aislamiento con el medio, entre otros.

Por tal motivo, es de resaltar que este trabajo permite que se realicen otras investigaciones acerca del tema ya que partiendo de este estudio y sus hallazgos, podrá permitir que otros grupos



investigativos indaguen más acerca del tema de las habilidades sociales en el adulto mayor, por tal motivo, se tiene la necesidad de ampliar el conocimiento en relación a las habilidades sociales en dicha población y a su vez llevará a que se implementen estrategias para el mejoramiento de estas habilidades. La realización de este estudio sirve para la facultad de psicología de la Institución Universitaria de Envigado ya que puede proporcionar conocimientos acerca del adulto mayor, igualmente para la especialización de psicogerontología. El estudio quedará como insumo investigativo para el Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, lo que generará que a futuro esta investigación pueda ampliarse y llevar a realizar trabajos de intervención basados en los resultados arrojados.

Para la psicología este estudio es importante puesto que, a pesar de que existe teoría e investigaciones acerca del adulto mayor, el tema de habilidades sociales en esta población debe ser mucho más indagado. Igualmente, el tema a abordar es de suma importancia ya que a futuro la población de adulto mayor pues según la ONU (2016) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) habrá un incremento de la misma. Por tanto, deben de generarse más investigaciones acerca del tema para propender por un mejor trabajo de intervención con ellos.

## **2. Planteamiento del problema**

El interés de realizar el presente trabajo gira en torno a cómo la presencia o ausencia del deterioro cognitivo caracterizado por la pérdida de las funciones mentales, conductuales y neuropsicológicas en la vejez interviene de forma negativa en las habilidades sociales en dicha población. Se ha encontrado según los antecedentes investigativos referenciados en el estudio que este grupo poblacional presenta disminuidas muchas de estas habilidades básicas y avanzadas, generando así que su entorno social y familiar se vea afectado.

Se considera al adulto mayor como aquel sujeto que presenta una serie de modificaciones a nivel cognitivo, conductual, personal, emocional y físico. Así mismo, existe una división dentro de esta misma población que comprende al adulto mayor autovalente o independiente, capaz de realizar actividades por sí mismo, el adulto mayor no autovalente, quien requiere de la ayuda y protección de terceros, y el adulto mayor frágil que presenta una discapacidad física (Plan nacional para las personas adultos mayores, Ministerio de la Protección Social, 2010).

Teniendo en cuenta la definición adulto mayor la ONU (2016), destaca un aumento significativo de esta población, pues se encontró que en el 2017 hay un total de 962 millones de personas mayores de 60 años, es decir que el 13% de la población es adulto mayor. Además, la hipótesis planteada por la ONU es de que para el año 2030 la población adulto mayor será de 1400 millones de personas, con respecto a Colombia también se ha presentado una transición demográfica ya que se esperaría que en el 2025 aumente al 10,1% y al 2050 haya aumentado un 18,7%. Este aumento poblacional puede generar grandes desafíos en cuanto a lo socio demográfico y al desarrollo de la población debido al incremento de enfermedades físicas y mentales. Especialmente, las enfermedades mentales que se pueden derivar en un posible deterioro cognitivo, el cual puede generar ciertas dificultades a la hora de realizar determinadas actividades ya sean procedimentales, comportamentales y cognitivas en el adulto mayor.

El deterioro cognitivo es según Sosa (2016) un descenso de las funciones cognitivas que puede o no presentarse en la etapa del adulto mayor. Por tal motivo, en el envejecimiento, este daño se presenta como una disminución de los procesos cognitivos tanto básicos como superiores, incluyendo memoria, atención y procesamiento de la información y que puede llegar a estar asociado a cambios no evolutivos. Esta alteración genera cambios a nivel perceptual y sensorial, así como disminución en la orientación.

Igualmente, debe entenderse que en muchos casos el deterioro cognitivo es un cambio normal que acompaña a la vejez, sin embargo, llega a ser problemático cuando se presenta la demencia, por ende el deterioro cognitivo afecta a millones de personas en el mundo, esto se puede evidenciar en una escala mundial planteada por Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares y Bendezu (2012) en la cual encuentran que las personas de 70 a 79 años representan el 10% de adultos mayores con deterioro cognitivo, al igual que aquellos donde el rango de edad es de 80 a 85 años representan el 25%. En Colombia, Cardona, Duque, Arango y Cardona (2016) realizaron una investigación con 543.997 adultos mayores, encontrando que el 83,1 % de la población presentan algún grado de deterioro cognitivo, el 46,8% presenta un riesgo de deterioro leve, el 32,1% moderado y el 4,2% de riesgo severo. Igualmente, se encuentra que la prevalencia de riesgo cognitivo es del 83,2% frente al 16,8% que no tiene riesgo, el 65,7% promedia entre las edades 60 y 74 años, donde el aumento de la edad incrementa una probabilidad de padecer dicho deterioro.

Esto sugiere que el deterioro cognitivo es una problemática actual que acrecienta con la edad, puesto que existe una mayor probabilidad de presentar esta pérdida, y según el tipo de deterioro cognitivo y la gravedad de este, se puede generar así una disminución en las funciones a nivel físico y conductual, además, pudiendo generar un posible decrecimiento en las habilidades sociales de los adultos mayores.

Existen factores protectores frente al padecimiento de un deterioro cognitivo siendo esto lo biológico, cultural, ambiental, social y educativo pues son componentes que permiten el desarrollo de la calidad de vida y el funcionamiento de las personas, en este caso del adulto mayor. Por tanto, llegar a la vejez con un acompañamiento social, afectivo, emocional genera en el adulto mayor en algunos casos estabilidad y seguridad pues cuenta con redes de apoyo y

elementos protectores como vivienda, alimentación, inclusión social, recreación, cuidado familiar, apoyo emocional, entre otros aspectos positivos que le permiten sentirse parte de su entorno. Estos factores protectores generan que se retarde el posible desarrollo de un deterioro cognitivo en el tiempo, ya que propicia al adulto mayor bienestar y mejora la calidad de vida.

En relación a lo anterior, existen otros factores que pueden ser de riesgo y pueden facilitar el posible desarrollo de un deterioro cognitivo, siendo estos el ambiente social caracterizado por bajas interacciones sociales, condiciones económicas precarias y exclusión social llevan a que se disminuya la funcionalidad en todos los ámbitos del individuo, así mismo, se ha encontrado que a menor nivel educativo son más las posibilidades de padecer problemáticas de esta índole, Rodríguez, Carrasco, Delgado y Palenzuela (2012) corroboran esto con una investigación en la cual se encontró que el 90% de las personas que presentan un deterioro cognitivo tienen baja escolaridad.

A causa de esto, presentar un deterioro cognitivo puede determinar en gran parte el funcionamiento de las habilidades sociales que se van adquiriendo con el desarrollo constante del individuo, ya que dicho deterioro es un decaimiento de las funciones cognitivas básicas y superiores lo que lleva a que el desempeño de las actividades diarias se pueda ver afectado, estas al irse deteriorando generan que no haya una adecuada interacción social, comunicación asertiva y eficaz mantenimiento de las relaciones interpersonales.

De igual manera Caballo (1993) afirma que las habilidades sociales son capacidades que se presentan mediante un contexto social, ya que se manifiestan por medio de los sentimientos, actitudes, deseos, entre otros de un modo adecuado, las cuales ayudan a resolver una dificultad o problemática de una situación interpersonal. Es por ello, que estas deben de ser entendidas según el contexto o cultura en la cual se está inmerso puesto que lo que es considerado apropiado en un

contexto social puede ser inapropiado en otro, por lo tanto no puede haber un concepto general de habilidad social ya que las mismas dependen de las diversas situaciones, emociones, creencias y valores que posee el individuo, es decir dos personas al estar en una misma situación pueden comportarse de distinta manera teniendo en cuenta el desarrollo de sus habilidades sociales.

Partiendo de esto, un factor a tener en cuenta al hablar de habilidades sociales en el adulto mayor es la institucionalización del mismo que, según Cerquera (2007) el estar en un hogar gerontogeriátrico hace que en el adulto mayor se presenten múltiples pérdidas como la independencia, el desarraigo familiar, de sus bienes, el rol social y el trabajo. A esto se agrega el trato recibido por parte del personal especializado en cuanto al cuidado del adulto mayor, ya que algunas veces este no es oportuno, lo que puede llevar a que la persona se sienta abandonada e impotente. Contrario al adulto mayor que se encuentra en su hogar está rodeado de su familia y son estos sus cuidadores, lo cual propicia un desenvolvimiento oportuno del ámbito social.

### **3. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth?

### **4. Objetivo general**

Identificar cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth.

#### **4.1 Objetivos específicos**

-Identificar el nivel de gravedad de deterioro cognitivo en un grupo de adultos mayores pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth.

- Comparar como las habilidades sociales se presentan en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo.

-Determinar cómo las variables sociodemográficas influyen en la presencia o ausencia del deterioro de las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo.

## **5. Marco institucional**

El Centro Bienestar del Anciano Hogar de Nazareth fue fundado en Sabaneta el 2 de febrero de 1972. Su finalidad es brindar atención integral en hospedaría, alimentación, aseo e higiene personal, primeros auxilios y cuidado espiritual a los adultos mayores institucionalizados provenientes de diferentes municipios y departamentos del país (Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, 1972).

Marco legal: la base jurídica o legal está constituida por los derechos fundamentales de los adultos mayores considerados en el artículo 46 de la constitución política de Colombia “el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección, la asistencia y el bienestar de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria” (Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, 1972)

### **5.1 Misión y visión del centro bienestar del anciano hogar de Nazareth**

Misión: somos una institución comprometida con la atención integral a las personas mayores para satisfacer sus necesidades bio-psicosociales y espirituales según las políticas del estado y de la congregación (Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, 1972).

Visión: para el año 2020 el Hogar se ha posicionado como una organización líder en calidad y calidez en del Depto. De Antioquia, con una económica estable y un equipo multidisciplinario de

colaboradores, capacitados para prestar un servicio humano de alta calidad (Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, 1972).

## **6. Antecedentes investigativos**

### **6.1 Antecedentes internacionales**

En un estudio realizado por Arcila, Camacho, Cedano, Suazo, Chávez y Milián (2007) titulado “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor” buscan encontrar la relación entre deterioro cognitivo y funcional con factores sociales, económicos, enfermedades y polifarmacia en el adulto mayor. La investigación se realizó en Queretaro - Mexico en el año 2007, este con una población de 422 adultos mayores de 60 años o más. Se excluyeron a sujetos que presentaran una discapacidad física o mental y que no pudieran contestar el cuestionario de Miniexamen del estado mental de Folstein. Se encontró que hay un deterioro leve 45%; moderado 15%; grave o demencia 3.5%. Igualmente, se incluyó el factor socioeconómico pues había mayor deterioro cognitivo en quienes no tenían un adecuado nivel económico, al igual que factores educativos y nutritivos. Además, tuvieron relevancia enfermedades cardiovasculares, embolias, hipertensión como predisponentes para presentar un deterioro cognitivo. Por último, se plantea que deben de crearse programas que fomenten el cuidado y mantenimiento de las condiciones físicas como mentales de esta población.

Igualmente, en una investigación realizada por Acuña y González (2010) “Autoeficacia y red social en adultos mayores” se indagó acerca de la auto eficacia y la red de apoyo del adulto mayor, fue un estudio cuasi- experimental- descriptivo- correlacional, se entrevistaron a 100 adultos mayores de por lo menos 60 años, se les aplicó la batería de Expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos. Se obtuvo como resultado que la red de apoyo tiene gran influencia en la auto eficacia de cada adulto mayor, las complicaciones físicas y las

limitaciones funcionales pueden influenciar en la percepción del adulto mayor en cuanto a la eficacia, ya que limita las actividades que estos realizan a diario.

En un trabajo investigativo de corte cualitativo sobre “Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú”, realizado en Argentina a un grupo de adultos mayores institucionalizados, los cuales fueron 8 mujeres y 8 hombres de 60 años, se analizaron las representaciones sociales que estos con respecto a su institucionalización. Se realizaron las siguientes técnicas: entrevista no estructurada, observación participante, investigación bibliográfica y registros fotográficos. Según esto, se arrojaron diversos resultados, dentro de los más comunes se encuentra según esta población que son una carga para la familia, sienten vulnerados sus derechos, su situación económica es de baja y estas son unas de las causas por las cuales ellos asisten a la institución. Por otro lado, se concluyó que son ancianos que se sienten a gusto con lo que les brindan allí, ya que suplen muchas de sus necesidades, sin embargo, no se dejan de sentir solos, puesto que nadie los visita y no tienen con quien conversar (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2010)

Caballero y Casal (2011) desde su investigación “Elaboración y aplicación de un programa de desarrollo de habilidades sociales en adultos mayores”, entre 60 y 80 años, miembros de un club de abuelas, el instrumento utilizado fue un cuestionario de habilidades sociales elaborado por la investigadora, al igual se utilizó la entrevista a profundidad, un programa de desarrollo de habilidades sociales, entrevistas grupales/ discusión, para así medir cuatro habilidades sociales como: Comunicación, Liderazgo, Asertividad y Autoestima, realizando la aplicación del instrumento al inicio y al final del programa grupal, observándose cambios actitudinales en la comunicación grupal. Además, se replicó en las familias de las participantes. Viéndose así avances en la implementación del liderazgo democrático con respecto al trabajo en equipo.



Además, para lograr el éxito de los mismos se resalta la importancia de herramientas de exteriorización de autoestima. El objetivo de este programa fue incrementar por medio de estrategias como dinámicas, entrevistas, juego de roles, entre otros las habilidades sociales anteriormente mencionadas.

Según Rodríguez, Carrasco, Delgado y Palenzuela (2012) en su estudio “Terapia de rehabilitación con entrenador mental en el adulto mayor con deterioro cognitivo” en el municipio de Guines provincia Mayabeque en Cuba, realizaron una investigación cuasi experimental con grupo de 48 personas de 65 años en adelante con deterioro cognitivo y estadios iniciales de demencia. Se realizó una rehabilitación cognitiva con un entrenador mental para mejorar las funciones cognitivas de la población. Se aplicaron técnicas para mejorar la orientación, memoria, lenguaje, atención y esfera afectiva. Se presentó que el sexo femenino predominó ante el masculino con un 56% y el 90% de los adultos mayores presentaron haber tenido un nivel bajo de escolaridad. Con base a las técnicas utilizadas por el entrenador, se encontró que en el grupo poblacional el 77% mejoró el lenguaje, el 79% la orientación. El 77% de las personas después de un tiempo demostraron optimismo en la esfera afectiva y el 50% aumentó la satisfacción. Por lo tanto, se concluyó que el entrenamiento en estimulación mental resultó satisfactorio debido a que mejoró los procesos cognitivos y la calidad de vida de los pacientes.

Según Carneiro y Oliveira (2013) en “Desarrollo de habilidades sociales en el anciano y su relación con la vida de satisfacción”, se contó con un grupo poblacional de 20 personas en el grupo experimental entre los 62 a 83 años y 20 en el grupo de control entre los 60 a 74 años. El elemento de selección se realizó por medio de una escala de Depresión en geriatría y el Mini Examen del Estado Mental. Estos instrumentos se utilizaron antes de la intervención con el objetivo de evaluar quienes presentaban síntomas de depresión y de demencia. Se realizó un

juego de roles antes y después de la intervención para evaluar las respuestas de los participantes en siete situaciones: iniciar una conversación, rechazar un pedido, expresar la opinión personal, cobrar una deuda, defender los propios derechos en situaciones que son ofrecidos servicios insatisfactorios, lidiar con personas con actitudes groseras y hacer un pedido cuando hay un conflicto de interés. Con el juego de roles se pretendía observar las respuestas sociales inadecuadas, las parcialmente adecuadas y las socialmente adecuadas. Igualmente, se realizó un cuestionario de 12 ítems asociados al estado de humor (soledad, tristeza y felicidad) y las actitudes de satisfacción o insatisfacción con la propia vida en la vejez. Estas respuestas fueron comparadas entre los dos grupos. Se encontró que los participantes del grupo experimental presentaron resultados superiores a los del grupo de control en las siete situaciones de juego de roles. Igualmente, refieren que los programas para el desarrollo de las habilidades sociales contribuyen al aprendizaje y perfeccionamiento de las habilidades sociales y el aumento de la satisfacción con la vida en esta población.

Además, la Universidad Nacional Autónoma de México en su trabajo investigativo denominado “Calidad de vida en la tercera edad” se tuvieron en cuenta factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor como: espiritualidad, jubilación, bienestar subjetivo, enfermedad, soledad, actividades cotidianas, comportamientos y auto eficacia, se estudiaron alrededor de dos escenarios distintos, uno en el centro de salud y el otro en un centro recreativo-cultural. Partiendo de ello, se arrojaron los siguientes resultados, la calidad de vida depende de las necesidades de cada persona, la calidad de vida favorece el proceso de la vejez y aumenta la satisfacción existencial. Se realizó la entrevista a profundidad, se hizo una categorización de la información, es decir de las categorías que hacen parte de la calidad de vida. Se concluyó que la

calidad de vida según los adultos mayores entrevistados es estar en un estado de tranquilidad y felicidad con los logros alcanzados y especiales con la familia (Aponte, 2015).

## **6.2 Antecedentes nacionales**

En un estudio titulado “Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores” se pretendió identificar la relación entre diferentes variables como las habilidades funcionales y la integración social del adulto mayor para así observar las distinciones entre el sexo, la edad, el estado civil. Para la realización de esta investigación se tomó una muestra de 500 adultos mayores, se les aplicó un cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI) midiendo la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y ocio, la calidad ambiental, la satisfacción con la vida, la educación, los ingresos, los servicios sociales y sanitarios. Dando como resultados que se observa una disminución significativa en la integración social y la satisfacción con la misma, viéndose deterioradas las habilidades funcionales a medida que avanza la edad, debido principalmente a la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales, que impiden o limitan la realización de diversas actividades cotidianas (Duran, Valderrama, Uribe y Uribe, 2007).

Cerquera (2007) en su estudio “Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga” busca identificar la relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga. Se recolectó información a partir de la aplicación de dos instrumentos (el Minimental y la escala geriátrica de depresión de Beck), y por medio de la entrevista a profundidad con un muestreo no probabilístico de 67 adultas mayores. Igualmente, fueron caracterizados por ser funcionales y sin limitaciones físicas ni enfermedades crónicas. Con respecto a las pruebas realizadas se encontró relación entre el deterioro cognitivo y

la depresión aspecto que afecta la visión general ante la vida y el mundo y el nivel de atención de las adultas mayores.

Patiño y Suárez (2011) en su estudio llamado “Funcionalidad física de personas mayores. Institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia”, determinaron la funcionalidad física de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados por medio de un estudio descriptivo transversal en 469 adultos mayores, entre los 70 y 80 años. El 73,5 % eran mujeres y 26,4 % eran hombres. Se evaluó la dependencia e independencia en cuanto las actividades de la vida diaria, se utilizó el índice de Barthel, para lo cual se arrojaron los siguientes datos: existe un alto riesgo de dependencia funcional en los adultos mayores que se encuentran en una institución geriátrica ya que necesitan ayuda y soporte a comparación de los adultos que no están internados en ninguna institución, sin embargo el adulto mayor puede mantener una funcionalidad de sus actividades cuando encuentran apoyo familiar y cuidados profesionales.

A su vez Ramírez, González y Klimenko (2011) en su estudio “Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el Hogar Santa Isabel del municipio de Envigado”, de corte preexperimental, aplicando un test - posttest en el cual pretendían observar la incidencia de un programa de estimulación cognitiva para adultos mayores institucionalizados. Plantean que el desempeño cognitivo en la tercera edad presenta ciertas dificultades, pues es una etapa en la que se generan cambios a nivel cognitivo, social y conductual. Realizaron el test Mini mental, así como un pretest con el cual se pretendía indagar cuál era el nivel de deterioro cognitivo de los pacientes con el fin de categorizar la población a trabajar. Posteriormente, se realizó la aplicación de un posttest con la cual se comprobó que con la implementación del programa de

estimulación cognitiva se pudo mejorar los resultados presentados por el test Mini mental es decir el nivel de deterioro cognitivo.

Continuando, en un antecedente investigativo “Rendimiento cognitivo y calidad de vida en adultos mayores asistentes a grupos de la tercera edad” se establecieron diferencias entre el rendimiento cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que participan en grupos de la tercera edad y adultos que no participan en programas de esta índole, por lo que se aplicó una batería neuropsicológica, la cual midió la calidad de vida de 36 adultos mayores entre 60 y 75 años, se dividieron en grupos, los A, hace referencia a las personas que llevan asistiendo de forma regular a grupos de la tercera edad donde se promueve una vejez activa y B por el contrario no asisten a dichos grupos. Por lo que se llegó a la conclusión que las personas pertenecientes al grupo A tenían un mayor rendimiento cognitivo que aquellos que no, aunque esto no fue un determinante en cuanto a cambios cognitivos entre ambos, que afecten la vida de las personas que no pertenecieran a estos grupos, aunque sí se resalta la importancia de la inclusión social (García, Moya y Quijano, 2015).

En la investigación “Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia”, muestra en una escala nacional, la cual tuvo como objetivo principal buscar cual era la prevalencia del deterioro cognitivo y su relación en cuanto a lo demográfico y aspectos sociales de los adultos mayores en Antioquia. Es un estudio cuantitativo, se midió a partir de la escala MMSE de Folstein, donde se evidenció que el 81,3% de los adultos mayores padecen un deterioro cognitivo, significativamente en las mujeres, dentro de los resultados se muestra que los riesgos más altos para padecer dicho deterioro se encuentran en magdalena medio y Medellín. También se presenta que la mayoría de las personas mayores tienen buena orientación viso espacial. De los mayores que tenían riesgo de deterioro cognitivo, el 65,7%

tenía entre 60 y 74 años, a medida que aumenta la edad hay más probabilidad de padecerlo (Cardona, Duque, Arango y Cardona, 2016).

Holguin, Higuita y Ceballos (2016) realizaron una investigación titulada “Diseño e implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de adultos mayores del centro gerontológico ‘dejando huellas’ del municipio de Santa Fe de Antioquia”, implementaron un entrenamiento en habilidades sociales tales como: comunicación de necesidades y hacer pedidos. La población estudiada consto de adultos mayores entre los 54 y los 81 años. Se utilizaron dos grupos, el de control y un grupo experimental. A los dos grupos se les aplicó un Pretest y un posttest, sin embargo, al grupo experimental fue al que se le aplicó el entrenamiento en habilidades sociales. Igualmente, se determinó el grado de deterioro cognitivo y a partir de allí se realizaron 12 sesiones de una hora. Entre los resultados encontrados se determinó que lo que fomentaba el deterioro era que los adultos mayores tenían baja escolaridad, es decir, habían estudiado hasta la básica primaria. Se encontró, además, que el grupo experimental presentó mejoras en cuanto a las habilidades sociales pues con ellos fue con quien se realizó la intervención, así mismo, se lograron adoptar formas de comunicación más adecuadas y acertadas, se mejoraron las relaciones interpersonales entre cada integrante al igual que las diferencias personales entre ellos.

## **7. Marco teórico**

### **7.1 Adulto mayor**

El término envejecimiento depende de la proporción de la población en cuanto al estilo de vida y salud que esta lleve. Por lo tanto, el envejecimiento, según Papalia, Feldman y Martorell (2012) trae consigo dos etapas: la primer llamada envejecimiento primario que

comienza en una edad temprana, es gradual e inevitable ya que con el paso de los años el cuerpo se transforma y se va deteriorando poco a poco, en esta etapa las personas pueden realizar una serie de actividades o estrategias para no envejecer, pero a lo largo de los años el organismo se modifica. Y se presenta una segunda etapa denominada envejecimiento secundario el cual se refiere a un resultado de la enfermedad y la poca actividad física que se obtuvo durante el ciclo de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, el término de adultos mayores, según Berger (2009) no puede generalizarse en todas las culturas, ya que no se comprenden estos en el mismo rango de edad, para los gerontólogos existe una distinción del adulto mayor, pues lo categorizan a partir de anciano joven, anciano-anciano y anciano-muy anciano. La edad no solo es un determinante distintivo, sino que también entra la salud y el bienestar en esta población.

Partiendo de ello, el anciano joven (oscila entre 60 y 75 años) según los gerontólogos se encuentran activos, sanos, por lo general son independientes y tiene una estabilidad económica. El anciano-anciano (mayores de 75 años), se encuentra en otro nivel más avanzado, debido a que en este momento de la vida el adulto mayor presenta alteraciones en su cuerpo y en su mente y aunque poseen algunas fortalezas en este ciclo se va perdiendo el rol social y el apoyo de los demás. Por último, se encuentra el grupo de los ancianos-muy ancianos (mayores de 85 años) pierden independencia y surgen más enfermedades de lo normal (Berger, 2009).

Según la OMS (2016) se considera una persona de edad avanzada a partir de los 60 a 74 años, de 75 a 90 años son considerados personas ancianas y aquellas que sobrepasan este límite, es decir los 90 años son denominados longevos. De igual manera toda persona que tenga 60 años en adelante se considera parte de la tercera edad.

Así mismo, en la ley 1276 de 2009 el congreso de la república define el adulto mayor como aquella persona que cuenta con 60 años o más.

De acuerdo con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo social (2010) en su Plan Nacional para las Personas Adultos Mayores, estas se dividen en:

Persona adulta mayor independiente o autovalente: es aquel adulto mayor que tiene la capacidad de tener autonomía frente a sus decisiones y desarrollo de actividades, es decir, puede bañarse, comer, salir, vestirse, cocinar, manejar, caminar, administrar entre otras más por sí solo.

Persona adulta mayor frágil: es aquel adulto mayor que presenta algún tipo de discapacidad o limitación a la hora de realizar una actividad básica.

Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): es el adulto mayor que requiere del apoyo y ayuda de terceras personas.

Por otro lado, teniendo en cuenta la psicología de la vejez, Ballesteros (1996) realiza una distinción entre la vejez y el envejecimiento, donde el primero es un estado normal del ciclo vital del ser humano, mientras el segundo es el proceso que se va dando a medida que transcurren los años. La creencia más común que se tiene al llegar a esta etapa es el establecimiento de la jubilación, las diferentes pérdidas que se manifiestan y por ende el declive o deterioro cognitivo que este puede presentar en algún momento de este ciclo. Así mismo es un periodo donde los sistemas biológicos pierden eficiencia y la habilidad motora en algunos casos puede perderse.

Además, cuando se llega a la vejez, los individuos llegan a esta etapa con distintos bagajes y experiencias desde lo biológico, la historia de vida y las circunstancias por las cuales le ha tocado vivir.

Ballesteros (1996) menciona dos factores que se encuentran afectados o alterados en la vejez, el primero es el factor de las funciones cognitivas donde se presenta un alto porcentaje en la



pérdida de la memoria, es decir, fallos en el recuerdo de nombres, números, información relevante, actividades diarias, por ende, estas funciones declinan con la edad avanzada. Un segundo factor es las funciones afectivas, en cuanto a que la vejez trae consigo una serie de situaciones que se tornan difícil de sobrellevar, por ejemplo, la jubilación, la pérdida de seres queridos, enfermedades de índole física y mental, la dependencia y en ocasiones la discapacidad. Entendiendo esto como una afectación de índole emocional, donde se puede presentar depresiones, sentimientos de soledad, malestar, en definitiva, manifiesta un sufrimiento, donde existe la mayor probabilidad de experimentar una afectividad displacentera.

Así mismo, Rodríguez (2010) menciona que el envejecimiento es un proceso donde se perciben una serie de cambios a nivel físico, mental, individual y social. Partiendo de ello, el adulto mayor en cuanto al enfoque biológico, manifiesta una disminución o decadencia en su funcionamiento orgánico, causando en ello un declive en su cuerpo y enfermedades.

Otro enfoque es el socioeconómico, ya que al adulto mayor se le generan más gastos económicos por los cambios que se presentan en esta etapa, igualmente, entra a formar parte de este entorno la jubilación y el sistema de salud. Adicional a esto, dentro de esta etapa de los 60 años hasta los 80 años, específicamente en este último año se va perdiendo la independencia y autonomía. Cabe mencionar la longevidad es un factor importante, ya que se encuentra que en las mujeres es mayor que en los hombres debido a factores fisiológicos en cuanto a lo hormonal y social, ya que trabajos y labores de alto riesgo son realizados por los hombres, entendiendo esto como el cuidado que tiene la mujer por sí misma y por su quehacer, adicionalmente, por el rol que se adopta en la sociedad desde años atrás.

Seguido a este, surge el enfoque sociocultural, donde el término del adulto mayor, es símbolo de respeto, sabiduría y experiencia pura. Por otro lado, el enfoque familiar, dentro del cual el

adulto mayor vive experiencias como enviudar, la independencia de los hijos, entre otras, que hacen que la vejez se perciba como una etapa de soledad y aislamiento. Por último, se presenta el enfoque psicológico, el cual considera a la vejez como una etapa donde se disminuye la capacidad cognitiva y la pérdida del rol social.

Por otro lado, Ey (1965, como se citó en Griffay Moreno, 2011) menciona que la senescencia, es decir la vejez es un fenómeno psicobiológico que se manifiesta en diferentes niveles del organismo, por ejemplo, a nivel celular, tejidos, personalidad y vínculos interpersonales, cabe mencionar que estos niveles en el adulto mayor se van deteriorando con el proceso de envejecimiento. Dicho fenómeno psicobiológico se acompaña de un déficit en el funcionamiento de la actividad psíquica, ya que se ha observado una decadencia o pérdida de las funciones mentales, dificultades en la adaptación frente a nuevas situaciones y una disminución en el control de las emociones. Según este autor, con el deterioro progresivo en la vejez se pueden presentar cuadros patológicos como: depresiones, psicosis y demencias.

Seguidamente se retoma a Guardini (1959, como se citó en Griffay Moreno, 2011) quien considera “El hombre senil se caracteriza por la disminución de sus capacidades y por la consiguiente dependencia respecto de los demás” partiendo de ello, se deriva el concepto de personas mayores frágiles, para lo cual esta situación se puede agravar si el anciano vive solo (p.224).

Guardini (1959, como se citó en Griffa y Moreno, 2011) expresa que en el adulto mayor se presentan una serie de cambios y modificaciones con el pasar de los años. Las primeras modificaciones que se observan en la vejez son las corporales ya que cuando se entra a esta etapa y se sobrepasa la edad de los 65 años comienzan a aparecer limitaciones a nivel físico.

Los cambios corporales según Griffa y Moreno (2011) se hacen más notorios a partir de los 75 a 80 años. Sin embargo, se pone de manifiesto que hay una distinción entre el envejecimiento fisiológico y las enfermedades que pueden acompañar a este. Por lo tanto, se producen dos fenómenos paralelos: el primero es la declinación fisiológica normal: son cambios que aumentan con la edad y que en individuos mayores sanos estos cambios se mantienen normales y el segundo es el aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades.

Dentro de los cambios corporales se encuentra: un proceso gradual de encorvarse, rigidez en sus articulaciones, pérdida de elasticidad muscular, disminución metabólica y en ciertas ocasiones respiratoria, pérdida de movilidad y agilidad, dificultades en la visión, deterioro en la capacidad auditiva, se presenta una constante preocupación por el cuerpo, disminución en el equilibrio, pérdida de elasticidad en la piel, es decir surgen las arrugas, se presenta desconcentración y pérdida de autonomía (Griffa y Moreno, 2011).

Otra modificación que se presenta en el adulto mayor es la vida sexual, según Masters y Johnson (1979, como se citó en Griffa y Moreno, 2011) se ha demostrado que, en el envejecimiento, en la mujer no se conoce un límite en la edad para dejar la sexualidad, en cambio referente al hombre su capacidad excede a los 80 años. La menopausia se presenta en la mujer, esto no quiere decir que se anule todo deseo sexual, pues en algunas mujeres puede aumentar. Según investigaciones se ha encontrado que lo que se pierde a nivel femenino son las inhibiciones al envejecer, se presenta una disminución en los estrógenos.

Así mismo, se presenta en el hombre la andropausia, por ende, al llegar a esta edad avanzada se requiere de más tiempo para obtener una erección, sin embargo, los hombres que lleven una vida sana y mantienen actividad sexual regular y una orientación psicológica sana, pueden llegar a más de 80 años realizando actividad sexual (Griffa y Moreno, 2011). Sin embargo, las

personas con edad avanzada se pueden sentir de cierta manera limitada en su actividad sexual ya que si presenta algún tipo de enfermedad sea mental o física, esto puede disminuir parte de su deseo.

Otra modificación que se presenta en el adulto mayor es la capacidad de rendimiento de las funciones psíquicas, es decir cuando se llega a esta etapa de la vejez se presentan cambios y disminución en los procesos psicológicos como: atención, inteligencia y el aprendizaje, además cambios sensorio perceptivos. Estas pérdidas causan en el adulto mayor una disminución en el interés por el mundo exterior. Por consiguiente, se pierde la interacción social, la motivación por la realización de actividades entre otros. De igual manera la ejecución de tareas que exige rapidez y coordinación también se van afectando con la edad (Griffa y Moreno, 2011).

Se observa además una mayor pérdida de memoria, en especial la memoria a corto plazo, es decir se pueden presentar dificultades para recordar algún dato en específico después de unas horas. Al igual que la atención, es otro factor que se ve alterado, partiendo de ello cabe mencionar que el uno acompaña al otro. Por otra parte, el adulto mayor requiere de más tiempo para aprender ya que su habilidad mental no es tan veloz como la de un joven (Griffa y Moreno, 2011).

Por último, se presentan modificaciones en la personalidad. Los cambios presentados anteriormente conllevan a que la personalidad del adulto mayor se encuentre en términos de falencia. Tenido en cuenta esto, Méndez (1979, como se citó en Griffa y Moreno, 2011) propone cuatro pérdida básicas en esta etapa: la primera, el duelo por el cuerpo potente (declinación física), la segunda, el duelo por el rol paternal (enfermedad, establecimiento en un asilo de modo que en muchos casos depende de otro para que lo cuide), la tercera, el duelo por el rol social

(pérdida del rol laboral, profesional y económico) y la cuarta, el duelo por la pérdida de las relaciones objetales significativas (pérdida de amigos, familiares).

Ante todos los cambios y modificaciones que se evidencian en el adulto mayor, cabe mencionar que la etapa de la vejez es una experiencia compleja de asumir, aunque no es generalizable para muchos adultos mayores el proceso de envejecimiento se les vuelve dificultoso (Griffa y Moreno, 2011).

Por otra parte, Gonzales, Iglesias, Balo y Gómez (2006) hablan sobre la psicología del envejecimiento que junto con la gerontología estudia la senescencia, que vendría siendo una forma de envejecer en términos normales, así mismo estudian la senilidad, donde se envejece en términos patológicos. Sin embargo, para estos autores envejecer no es sinónimo de patología ya que las condiciones para presentar determinada enfermedad varían según el organismo, las condiciones físicas, el estado de salud en general, las condiciones biológicas y hereditarias, entre otros componentes, por lo cual, no se pueden generalizar. las condiciones de vida de todos los adultos mayores.

Seguido a esto, se presentan cambios psicológicos en relación al envejecimiento, pues la psicología se ha enfocado en estudiar desde años atrás los cambios que se dan a nivel de las funciones cognitivas, es decir, la atención, memoria, lenguaje y razonamiento (González, Iglesias, Balo y Gómez, 2006).

Las funciones cognitivas mencionadas anteriormente, se alteran a causa de enfermedades que van en relación a la edad, por ejemplo, el Alzheimer que tiene grandes efectos sobre la memoria y la capacidad para recordar. Es por esto, que la mayoría de los adultos mayores cuando entran a esta etapa de la vejez notan cambios a nivel memorístico, aclarando que se altera más la memoria a corto plazo (González, Iglesias, Balo y Gómez, 2006).

Las principales enfermedades tanto mentales como físicas que se presentan en relación a la etapa del envejecimiento son: la depresión ya que en el adulto mayor se muestra con sentimientos de tristeza y soledad a causa de la jubilación, la viudedad, el estilo de vida y diferentes situaciones económicas. Otra manifestación es la ansiedad, que se puede asociar y relacionar también con la depresión. Por otro lado, se establecen diagnósticos de tipo médico como: la insuficiencia cardiaca o respiratoria, alteraciones endocrinas, artritis, dolores crónicos, entre otros (Gonzales, Iglesias, Balo y Gómez, 2006).

Además de esto, se toma como referente a Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010) quienes explican la vejez como una etapa de la vida caracterizada por aspectos biológicos, psicológicos y físicos que determinan de cierto modo la edad en esta etapa. Según estas autoras, el proceso de envejecimiento se produce con el pasar de los años por medio de cambios corporales, fisiológicos y psicológicos.

Dentro de los cambios que acompañan la vejez, se presentan cambios en la piel, manchas, arrugas, pérdida de elasticidad, canas, aumento de curvatura, reducción de los sentidos (audición, visión, tacto, gusto y olfato), también se manifiesta la lentitud motriz, aumento de fatiga y en algunos casos dificultad para desplazarse, pérdida de neuronas lo cual puede causar problemas neurológicos (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2010).

## **7.2 Adulto mayor institucionalizado**

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, el adulto mayor cuando llega a esta etapa se puede observar desde dos vertientes, el adulto mayor que se encuentra institucionalizado y el que no lo está, partiendo de ahí se evidencian varias diferencias que le permiten al adulto mayor ser auto eficiente, autónomo, independiente, o no, entre otros factores.

Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010) definen el término de Hogar Geriátrico como un lugar que provee al adulto mayor: alimentación, habitaciones y actividades recreativas. En la mayoría de estas residencias habitan ancianos que padecen de problemas tanto físicos como mentales, por ende, esto les impide ser independientes.

Según Bazo (1991) existen diversas causas a la hora de que un adulto mayor sea institucionalizado, entre estas se encuentra: necesidad de protección social, es decir, falta de cuidado en la familia o bien por falta de recursos económicos, así mismo, son causa de ello, las pérdidas afectivas, físicas, sociales o económicas.

Tobin y Lieberman (1976, como se citó en Bazo, 1991) expresa lo siguiente

La decisión de internamiento es causada por la interrelación de tres variables: a) el creciente deterioro físico, b) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes vive de presentar los cuidados que el anciano necesita y c) la falta de servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (p. 150).

Concluyendo que no es el factor de la salud lo cual lleva a internar un adulto mayor, sino la falta de redes de apoyo social que necesitan estos.

En muchos casos el adulto mayor prefiere la independencia frente a sus hijos y por ende encuentran como alternativa un lugar donde residir, siendo este un instituto o asilo. Además, de que resulta siendo el último recurso para la familia y el adulto mayor cuando la situación se torna difícil de sobrellevar (Bazo, 1991).

Un factor como el enviudar para el adulto mayor causa una decisión representativa a la hora de ingresar a una institución, pues esto impide en muchos casos que se mantenga en su hogar, ya

que expresan ser una carga dentro del núcleo familiar, también el hecho de dejar en libertad a sus hijos y no ser responsabilidad para ninguno de ellos. Otras causas que llevan al proceso de institucionalización son: conflictos familiares, residencias en bajos costos, el exceso de trabajo que tiene el cuidador y en algunos casos voluntad propia (Bazo, 1991).

Por otro lado, Cerquera (2008, como se citó en Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio y Chavarriaga, 2012) explica que el proceso de institucionalización puede tener cargas negativas para el adulto mayor ya que se produce un cambio de contexto “dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras” (p. 82). Así mismo se evidencia que la falta de contacto social, afecto y comprensión familiar genera en el adulto institucionalizado síntomas depresivos, inestabilidad emocional, pérdida de autonomía y salud física reducida, lo que genera así mismo que este se sienta solo y abandonado. Sin embargo, hay adultos mayores que se institucionalizan voluntariamente y las consecuencias anteriores no se presentan tan notoriamente.

Seguido a esto Aranda, Pando, Flores y García (2001, como se citó en Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio y Chavarriaga, 2012) afirman:

Estas entidades han llevado un proceso de institucionalización del anciano que ha tenido como una de sus principales finalidades resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social, etc., en el que se encuentra el adulto mayor (p. 82).

En el caso del adulto mayor, según Acrich (2012), Cardona, Gallego, Villa (2004), Bell y Rodríguez (2002, como se citó en Alves, 2013), el proceso de institucionalización permite suplir



necesidades y demandas cuando las personas entran a la etapa de la vejez. Diversos trabajos afirman que la principal razón por la cual se institucionaliza un adulto mayor es la falta de compañía, atención, cuidados y cubrimiento de las necesidades que este requiere

Entendiendo por esto, que el pertenecer a un hogar no es una situación fácil para el adulto mayor, ya que es un proceso dentro del cual surgen cambios a nivel emocional, personal, social, entre otros. Por tanto, la institucionalización resulta como una respuesta o solución frente a una o varias necesidades que presenta el adulto mayor durante su proceso de envejecimiento.

### **7.3 Deterioro cognitivo**

Abordar el término de deterioro cognitivo puede generar contradicciones según los autores que lo abordan, debido a que es un tema amplio que puede confundirse con diferentes afecciones o enfermedades de orden neurológico las cuales tienen sintomatologías muy parecidas y que pueden llevar a confusiones entre sí, asociados por lo general a la edad sobre todo a las demencias. Dada su relación con la edad es un tema que está directamente relacionado al aumento progresivo de la longevidad en la población y a múltiples enfermedades de tipo físico y mental como enfermedades cerebro vasculares, hipertensión, diabetes, endocrinopatías, patología psiquiátrica, aislamiento sociocultural, alteraciones sensoriales y el proceso de envejecimiento (Amor y Martin, 2011).

Además, según Amor y Martin (2011) otros factores de tipo personal o estructural de cada individuo como la predisposición genética, la reserva funcional y las estructuras cerebrales pueden llevar a ser un predisponente que puede llevar a padecer deterioro cognitivo. Por ende, es muy complicado determinar o definir cuándo se denomina normal o patológico dicha afección.

Sin embargo, Amor y Martin (2011) proponen el término de olvido benigno del anciano, visto como una alteración aislada de la memoria, por el contrario, otros autores como Petersen

(1999, como se citó en Amor y Martin, 2011) ha elaborado diferentes nomenclaturas para referirse al término, como el deterioro de la memoria asociada a la edad. Aun así, al existir tantas nomenclaturas y definiciones nace a finales de los 90 el término deterioro cognitivo, aunque teniendo en cuenta que este concepto está incluido en aquellos que no presentan criterios clínicos de alguna entidad neurodegenerativa pero que en las baterías neuropsicológicas presenten un rendimiento anormal.

Pose y Manes (2010) mencionan que todas las definiciones en relación al deterioro cognitivo tienen características comunes o llegan al mismo punto como: la alteración de la memoria a nivel subjetivo, la confirmación por medio de baterías neuropsicológicas y la preservación de las actividades habituales. Aunque la clave para el diagnóstico tiene que ver con la pérdida de memoria que sería un determinante para la detección de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

Aun así, posteriormente se ha dicho que el deterioro cognitivo es un tema mucho más amplio al Alzheimer y que si bien se relacionan no deben ser entendido como único determinante (Pose y Manes 2010), ya que este deterioro tiene diferentes subtipos como:

- DC amnésico dominio único
- DC amnésico dominio múltiple
- DC no amnésico dominio único
- DC no amnésico dominio múltiple

Aunque Pose y Manes (2010) plantearon la importancia de la pérdida de la memoria en el deterioro cognitivo debido a que la mayoría de pacientes consultaban por quejas de memoria, estos rendían de forma adecuada en las pruebas neuropsicológicas, pero presentaban un proceso de olvido acelerado que probablemente se puede asociar a próximas etiologías de origen

degenerativo y vascular, por ende, la importancia de corroborar la prueba desde la entrevista con el paciente.

Según lo expuesto anteriormente se evidencia que sigue siendo difícil definir el concepto de deterioro cognitivo debido a que muchos autores opinan diferente al respecto. Es considerada como una etapa inicial de la demencia, otros por el contrario afirman que es la etapa intermedia entre el envejecimiento normal y el patológico, mientras que otros afirman que es una condición normal del envejecimiento (Pose y Manes, 2010).

Por ejemplo, Pose y Manes (2010) afirman que este es un declive asociado a la edad interviniendo aspectos como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto, lenguaje, razonamiento lógico, capacidad de aprendizaje y la habilidad viso espacial.

Sosa (2016) en su estudio “Deterioro cognitivo en la vejez ¿fenómeno normal?” el Deterioro Cognitivo leve (DCL) lo define como una declinación de las funciones cognitivas, este se puede o no presentar en la etapa de la vejez, así mismo produce una serie de cambios que la acompañan, entre estos aparece la demencia como una de las enfermedades más comunes. Esta es una investigación teórica donde se llega a la conclusión de que el DCL está estrechamente relacionado con la memoria, atención y velocidad del procesamiento. Además, expone que en la vejez no siempre se evidencia una enfermedad, pues ésta puede estar presente en cualquier etapa del ciclo vital. por último, se concluye que la pérdida de memoria es apenas el deterioro de una de las funciones cognitivas, que podría estar o no relacionada a un DCL o a una Demencia.

Por otro lado, Custodio (2012, como se citó en Vincenzo, 2016) sigue el discurso de Petersen diferenciando el deterioro cognitivo de la demencia, definiendo esta última como la queja subjetiva con respecto a la pérdida de memoria en adultos mayores caracterizada porque dicha pérdida de memoria tiene que ver con nombres, objetos o personas conocidas pero

conservando otras funciones intelectuales, al mismo tiempo la reconocen como una alteración más amplia de trastornos cognitivos no limitados a la memoria. Por lo tanto, el deterioro cognitivo como ya se ha dicho es una alteración cognitiva de insuficiente intensidad como para ser catalogada como demencia.

No se puede desconocer que a la hora de identificar el deterioro cognitivo se deben tener ciertos criterios diagnósticos según lo mencionado por Petersen (2011, como se citó en Jurado, Mataro, y Pueyo, 2013) entre los más básicos estarían; quejas de memoria preferiblemente corroboradas por un informe, alteraciones de la memoria según la edad y educación, función cognitiva general preservada, actividades de la vida diaria intactas, no presentar demencia entre otros, pero a parte de estos criterios es válido incluir el tipo amnésico es decir el tipo de pérdida de memoria, corroborado por una evaluación neuropsicológica. Por lo tanto, si la memoria está alterada en relación a la edad y educación del paciente se habla de deterioro cognitivo leve amnésico, de dominio único por el contrario si otras funciones se ven afectadas como las ejecutivas, visoespacial o lenguaje, se denominará a deterioro cognitivo leve amnésico de dominio múltiple.

Es conveniente entonces, tener presente a la hora de realizar un diagnóstico con respecto a este tema no solo la prueba neuropsicológica, sino también utilizar información relevante de la historia clínica, aquello que puedan opinar o aportar los familiares y/o cuidadores, por último, las neuroimágenes. Con base en ello se podrá tomar una decisión sobre si clasifica o no el paciente en tener deterioro cognitivo, si este pasa o no el umbral de demencia. El proceso diagnóstico inicia con la queja a nivel cognitivo del paciente, sería de gran utilidad confirmar la información con algún familiar o persona cercana, seguidamente confirmar la hipótesis con una prueba neuropsicológica, en la que se evalúa la memoria, clasificada en memoria de trabajo, episódica y

de recuerdo libre, además de la memoria a corto plazo, allí se evalúan los recuerdos facilitados, la memoria semántica, además, se evalúa el lenguaje identificando si hay fallas en la fluidez verbal. El razonamiento lógico y la atención (Amor y Martín, 2011).

Es importante resaltar además la importancia de los criterios diagnósticos a la hora de determinar o especificar que una persona padece o no de deterioro cognitivo analizando además los aspectos antes mencionados, por lo tanto, según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013, p. 438), guía de consulta de los diagnósticos del DSM - 5 categorizan el padecimiento de la siguiente forma:

### **7.3.1 Trastorno neurocognitivo mayor.**

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y

2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Para el diagnóstico se deben especificar si son alteraciones del comportamiento, es decir si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento significativa o si se padecen alteraciones del comportamiento, si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa como síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales. Además, se debe especificar la gravedad actual.

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas como tareas del hogar o gestión del dinero.

Moderado: Dificultades con las actividades básicas o procedimentales cotidianas como comer o vestirse.

Grave: El ser totalmente dependiente, perdiendo las principales funciones.

### **7.3.2 Trastorno neurocognitivo leve.**

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y 336 Trastornos neurocognitivos
2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia) (APA. 2013. P. 438, guía de consulta de los diagnósticos del DSM - 5).

Por otro lado, según Pose y Manes (2010) inciden en el inicio de los síntomas cognitivos, ritmo de la progresión, empeoramientos recientes y factores relacionados, historia y presencia de síntomas psiquiátricos acompañantes, fármacos y sustancias tóxicas que consume o ha consumido, cambios en la personalidad, actividades que ha dejado de hacer, síntomas neurológicos acompañantes e historia familiar de demencia.

Con respecto al diagnóstico diferencial los principales procesos son según Amor y Martín, (2011, p 110)

- Delirium: cuando el curso clínico suele ser agudo-subagudo adicional a fluctuaciones importantes en el estado mental y alteraciones en el grado de atención y en el nivel de conciencia. Es necesario detenerlo porque indica la existencia de enfermedades médicas con elevadas implicaciones si no se tratan a tiempo.

- Depresión: influye negativamente sobre las funciones cognitivas, y puede confundirse con una demencia, aunque también pueden coexistir en el mismo paciente. Ya que los pacientes con depresión pueden tener muchas más quejas de memoria

Por lo cual es importante la aplicación de herramientas neuropsicológicas que puedan emplearse para este fin, entre ellas está el Mini Mental State Examination (MMSE), el cual es el más empleado debido a su eficacia y lo fácil de aplicar y calificar, examina la orientación, atención, cálculo, memoria inmediata y diferida, capacidad viso espacial, lenguaje y habilidad

constructiva. Para incrementar su valor predictivo se recomienda corregir la puntuación en función de la edad y del nivel educativo. El MemoryImpairmentScreen (MIS) también es un test breve que explora la memoria, con cuatro ítems de recuerdo libre y facilitado. Por último, el test de los siete minutos trae consigo un subtests que exploran aspectos fundamentales como el recuerdo facilitado, fluidez por categorías, test de orientación temporal y dibujo de un reloj (Amor y Martín, 2011).

Siguiendo esta lógica como herramienta de rehabilitación del deterioro cognitivo leve Hunckans (2013, como se citó en Jurado, Mataro, y Pueyo, 2013) desde el modelo cognitivo, tiene como objetivo reducir los síntomas del deterioro cognitivo leve, demorar o prevenir la progresión de deterioro cognitivo leve a envejecimiento normal, para lograrlo plantea cuatro aproximaciones posibles; entre ellas un 1. Entrenamiento cognitivo restaurativo, dirigido a la restauración de habilidades cognitivas afectadas desde la repetición de tareas estructuradas trabajando un dominio cognitivo específico, 2. Entrenamiento cognitivo compensatorio, busca mejorar la afectación funcional mejorando estrategias compensatorias internas, externas y ambientales, 3. Intervenciones en el estilo de vida trata de mejorar el equilibrio entre los factores de riesgo y de protección asociados al deterioro cognitivo desde la disminución de hábitos dañinos, ejercicio físico, actividades de estimulación cognitiva, 4. Intervenciones psicoterapéuticas, dirigidas a mejorar los síntomas neuropsiquiátricos de depresión, ansiedad, fatiga e insomnio, comunes en el deterioro cognitivo leve por ente se recurren a métodos cognitivo – conductuales como ejercicios de relajación y las técnicas de mindfulness.

El deterioro cognitivo leve es definido por Petersen, Geda y Negash (2005) como parte del envejecimiento cognitivo normal y la demencia temprana, quiénes lo presentan padecen un



mayor deterioro mnésico previsto para su edad, pero lo que respecta al resto de funciones lo hacen de forma independiente sin cumplir los aspectos habituales de demencia.

Con respecto a la Epidemiología poco se sabe acerca de la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores, aunque algunos investigadores hacen referencia a que la incidencia de este deterioro varía entre el 1 y el 6% al año y la prevalencia del mismo es de 3 a 22% al año, Bennet (2002, como se citó en Petersen, Geda y Negash, 2012). Recientemente un grupo de investigadores australianos demostró que la prevalencia del deterioro cognitivo de individuos entre 60 – 64 años donde la tasa fue de 3,8% para el deterioro cognitivo y de 3,1% para la declinación cognitiva asociada a la edad Kumar (2005, como se citó en Petersen, Geda y Negash, 2012).

Con base a lo anterior, desde el estudio neurológico hecho desde la neuroimagen del deterioro cognitivo han sido muchos los trabajos investigativos acerca del tema, sin embargo, el aspecto neuropsiquiátrico ha sido poco indagado, aunque sería lógico inferir desde las manifestaciones neuropsiquiátricas de regiones como el lóbulo temporal y su relación con conexiones con estructuras prefrontales desempeñan un papel fundamental en el efectivo funcionamiento de la cognición como por ejemplo el comportamiento emocional, Lyketsos (2002, como se citó en Petersen, Geda y Negash, 2012). El deterioro cognitivo representa un gran determinante como síntoma de afecciones neurológicas como el Alzheimer, entre otras, siguiendo esta lógica en un estudio realizado por Sheikhy Yesavage (1986, como se citó en Petersen, Geda y Negash, 2012) demuestran como la depresión tiene un alto grado de responsabilidad en cuanto al aumento del deterioro cognitivo, además de encontrar una interrelación entre la depresión y el genotipo de apolipoproteína E.

Se debe diferenciar la enfermedad del Alzheimer con el deterioro cognitivo leve, ya que una de las mayores diferencias según Drag (2010, como se citó en Jurado, Mataro, y Pueyo, 2013) es que la memoria episódica y la fluidez semántica que son marcadores neuropsicológicos de progresión es decir los cuales avanzan mucho más rápido al padecer Alzheimer, siendo más lento en el deterioro cognitivo leve, además en el deterioro cognitivo leve se presenta atrofia en el lóbulo temporal presentando con el tiempo y al ser progresivo mayores cambios comportamentales y dificultad en la respuesta inmediata o la velocidad del pensamiento, a diferencia de la enfermedad Alzheimer, en la cual las primeras estructuras afectadas son el hipocampo y corteza entorrinal, y la corteza cingulada posterior. Posteriormente invaden neocórtex, especialmente regiones temporales, parietales y prefrontales, y el daño en estas regiones induce los déficits en lenguaje (anomia), apraxia, déficits visoespaciales y alteraciones ejecutivas

Los estudios por neuroimagen son de suma importancia para mayor seguridad ante el diagnóstico de deterioro cognitivo, por ejemplo, la resonancia magnética donde se logra identificar el daño en la corteza entorrina imprescindible para demostrar problemas de deterioro cognitivo amnésico y predictivo para la enfermedad de Alzheimer, además en investigaciones realizadas mediante resonancia magnética funcional han demostrado cómo el rendimiento de memoria se ve activado por la región medial del lóbulo temporal o el hipocampo, Dickerson (2004, como se citó en Petersen, Geda y Negash, 2012) presentando mayor activación en la circunvolución parahipocámpica, además de las circunvoluciones frontal, temporal, cingulada anterior y fusiforme siendo estas redes compensatorias aun así se ha presentado una menor activación. Sin embargo, se necesitan de muchos más estudios para determinar la incidencia del deterioro cognitivo en relación con estas estructuras aun así es todavía un interrogante el cómo se

evidencian y mucho más si el deterioro cognitivo tiene la enfermedad de Alzheimer ya que por los estudios de imagen del sistema nervioso indican una relación en especial en la región medial del lóbulo temporal y el depósito difuso de amiloide en la neocorteza.

#### **7.4 Habilidades sociales**

Antes de comenzar el tema sobre las habilidades sociales es necesario definir qué se entiende por habilidad. Según Dosh (1989, como se citó en Pacheco, 2009) las habilidades son un conjunto de capacidades que ayudan a resolver las diversas problemáticas que se deben de enfrentar día a día. Incluyen diversos factores como la disposición y aptitud, así como las destrezas que posee el individuo. Por tanto, las habilidades son las capacidades que posee una persona para realizar x o y tarea y que lo lleva a finalizarla de manera adecuada.

Las habilidades sociales se refieren a las capacidades que posee una persona para interactuar con los demás, llevando esto a que pueda realizar esta actividad de manera conveniente. Según Goldstein (1978, como se citó en García, 2014) las habilidades sociales “son las habilidades y capacidades (variadas y específicas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas de índole interpersonal y/o socioemocional” (p. 2). Igualmente, Caballo (1993) define las habilidades sociales como esos comportamientos generados por la persona en un contexto interpersonal y que se dan acorde a la situación. Respetando además las conductas emitidas por los demás y minimizando la aparición de futuros problemas y la resolución de los inmediatos. Asimismo, Leon Rubio y Medina Anzano definen la habilidad social como “la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma

efectiva” (1998, p. 15). De este apartado se llegan a desprender cuatro características que son centrales en las habilidades sociales:

1. Su carácter aprendido
2. La complementariedad e interdependencia de otro sujeto
3. La especificidad situacional
4. La eficacia del comportamiento interpersonal.

Según Lacunza y González (2011) es importante el desarrollo de las habilidades sociales no solo por su condición relacional sino porque además influyen en todas las áreas de interacción del hombre siendo esto lo familiar, social, laboral, escolar, entre otras. Además, estas habilidades permiten que el sujeto pueda ser parte del entorno social en el que se encuentra pues de esta manera podrá asumir las normas sociales que le asigna la sociedad. Sin embargo, estas habilidades sociales deben ser consideradas dentro de un contexto social determinado, pues las conductas comunicacionales e interactivas varían según la cultura, además del sexo, la clase social, la educación, entre otros factores (Caballo, 1993).

Por ende, según Hargie, Saunders y Dickson (1981, como se citó en Caballo, 1993) estas están dirigidas hacia un objetivo específico, por lo cual pueden aprenderse para realizar la actividad requerida y están en todo momento bajo el control de la persona que está ejecutando la actividad.

Estas habilidades se van desarrollando y aprendiendo desde la primera infancia, por tal motivo al infante se le van transmitiendo estas por medio del modelado y la conducta. Este aprendizaje se va generando por medio de modelos de comportamientos que se acoplan y requieren ser realizados por una o más personas, pues de esta manera el infante podrá aprender a

realizar dicha conducta la cual se va logrando a su vez por el desarrollo cognitivo que comienza a presentarse en el infante (Schaffer, 1990).

Holguin, Higueta y Ceballos (2016) plantean que el adecuado aprendizaje de las habilidades sociales conlleva el manejo de las propias emociones, pensamientos y conductas y que estas a su vez contribuyen a la configuración de la personalidad puesto que cada persona, desde la infancia expresa estos de diversas maneras lo que va llevando a que estos aspectos se vayan entrelazando. Igualmente, durante la adolescencia esta búsqueda de identidad y personalidad se va consolidando, según Papalia, Olds y Feldman (2012) ya que el adolescente pasa por la crisis de la identidad pues busca la adopción de valores, el desarrollo sexual, entre otras cosas que logra configurar gracias a las bases que se sentaron en la infancia y en las cuales están incluidas las habilidades que fue aprendiendo. Así, se van asentando las bases que posteriormente irán consolidando la forma en que se relaciona con los demás.

En la adultez se presenta lo que es el apropiamiento de las habilidades sociales. En esta etapa son de gran importancia, ya que son las que establecen la forma en que el sujeto se comunica adecuadamente con los otros, así como posibilita que los sujetos tengan relaciones significativas y satisfactorias, además del mantenimiento de estas. Finalmente, se llega a la etapa de la vejez, en la cual frente a las habilidades sociales se van presentando ciertos cambios pues en esta etapa de la vida las personas mayores tienden a reducir su círculo social, lo que va llevando a que sus habilidades sociales se vayan modificando y alterando según las necesidades y requerimientos (Papalia, Olds y Feldman, 2012).

Por ende, Lancuza y Gonzalez (2011), refieren que el déficit en el aprendizaje de las habilidades sociales puede potenciar la posible ocurrencia de un trastorno psicopatológico, especialmente en la infancia o la adolescencia. Por tal motivo, es de tal importancia que se

genere posibilidades de interactuar con los pares, no se inhiben los comportamientos sociales, igualmente, se ayude en la solución de problemas, se reduzcan las expresiones y manifestaciones agresivas ya que la aparición de esas reduce las oportunidades de interactuar con los demás y aprender comportamientos asertivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, Hasselt (1979, como se citó en Caballo, 1993) plantea los tres elementos básicos que deben de tener las habilidades sociales.

- a. Las habilidades sociales son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación en que tenga lugar (p. 7).
- b. La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden (p. 7).
- c. El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás (p. 7).

Así mismo, Fernández Ballesteros (1994, p. 163) plantea algunas características de las habilidades sociales

- a. Heterogeneidad ya que el constructo habilidades sociales incluye una diversidad de comportamientos en distintas etapas evolutivas, en diversos niveles de funcionamientos y en todos los contextos en los que puede tener lugar la actividad humana.
- b. Naturaleza interactiva del comportamiento social, al tratarse de una conducta interdependiente ajustada a los comportamientos de los interlocutores en un contexto determinado. El comportamiento social aparece en una secuencia establecida y se realiza de un modo integrado.
- c. Especificidad situacional del comportamiento social, por lo que resulta imprescindible la consideración de los contextos socioculturales

Lazarus (1963, como se citó en Caballo, 1993) es el primero en establecer los primeros tipos de respuestas conductuales clínicas que abordan las habilidades sociales. Siendo estos como la capacidad del individuo para decir no, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos, e iniciar, mantener y concluir una conversación.

Por otro lado, Caballo (1993) plantea que para que las habilidades sociales puedan presentarse deben de tener en cuenta no solo la interacción con el medio sino también ciertos componentes que generan que estas se desarrollen adecuadamente. Estos componentes son los conductuales y los cognitivos.

Elementos conductuales: se dividen en dos niveles. Niveles molares que son los que se componen por el tipo de habilidades de la persona como la eficacia a la hora de realizar una entrevista laboral, socialización de la persona, y los niveles moleculares de respuesta que son los que acompañan los niveles molares como tono de voz, postura corporal, entre otros (Caballo, 1993).

Comunicación no verbal: el individuo transmite mensajes acerca de si mismo mediante expresiones fáciles y corporales (Caballo, 1993).

Mirada: por medio de esta la persona se puede dar cuenta de que tan atentos están los demás en medio de una conversación, igualmente se pueden enviar mensajes que indiquen la manera en que se continua una conversación (Caballo, 1993).

La expresión facial: es la principal forma de mostrar las emociones no verbales. A menudo son de corta duración y por lo general muestra el estado emocional de una persona, dan una retroalimentación acerca de lo que se comunica pues se observa si la persona comprende o no, indica una actitud hacia los otros y actúa como meta comunicacional (Caballo, 1993).

La postura corporal: se observa más fácilmente. A través de la posición corporal se reflejan las actitudes que se tiene frente a sí mismo y a los demás (Caballo, 1993).

Gestos: sirven para ampliar o contradecir la información que se está transmitiendo. Está a su vez, puede ser independiente de la comunicación verbal (Caballo, 1993).

Componentes paralingüísticos: son componentes del contenido verbal que se expresa mediante señales, esto va como el tono de voz en que se dicen las cosas. La forma en que se vocaliza, la fluidez del habla, entre otros (Caballo, 1993).

Los elementos cognitivos: se refiere a que el entorno influye en la forma en cómo el sujeto piensa, siente y actúa. Caballo (1993) plantea los siguientes elementos:

Percepciones sobre ambientes de comunicación: el ambiente se configura por unos rasgos, esto genera que se tenga una percepción de estos. Por ejemplo, a medida que se deteriora una relación interpersonal la percepción de este ambiente también se deteriora (Holguin, Higuira y Ceballos, 2016).

Variables cognitivas del individuo: la percepción y evaluación que el individuo realiza de una determinada situación se determina por la concepción que tiene del mundo.

Con base en lo anterior las habilidades sociales son capacidades que a medida que avanza la vida puede ir viéndose deterioradas por los cambios cognitivos que se van dando con la edad, por tal motivo, según Varela, Chávez, Gálvez y Méndez (2004, como se citó en Holguin, Higuira y Ceballos, 2016), estos se presentan más en la población adulto mayor lo que ocasiona condiciones de incapacidad y problemas socio asistenciales.

Por otro lado, Caballo (1993) plantea que existen diferencias entre las personas socialmente habilidosas y las no habilidosas. Para esto se presentan diferencias a nivel conductual, cognitivo y fisiológico.



En las habilidades conductuales las personas socialmente habilidosas presentan conductas más asertivas como más gestos con su mano, variación en su postura, presentan contacto ocular, más sonrisas, no hay perturbaciones en el habla, más afecto, más verbalizaciones de índole positiva, realizan mayor número de preguntas, un mayor número de palabras, entre otras. Sin embargo, las personas no habilidosas rehúyen el contacto ocular, poca variación en la expresión facial, silencios más amplios, menos gestos amigables, menos sonrisas, entre otros (Caballo, 1993). Así mismo, Caballo y Buela (1989, como se citó en Caballo, 1993) presentan que el individuo con habilidades sociales “expresa de modo más adecuado todo un conjunto de componentes comportamentales comparado con su contrapartida no habilidosa” (p. 103).

En las diferencias cognitivas las personas con pobres habilidades sociales tienden a presentar un pensamiento mucho más negativo frente a las circunstancias de la vida, así como mayor probabilidad de presentar auto esquemas bajos, mayor recuerdo de retroalimentación negativa, más consciencia de sí mismos, entre otros. En cambio, los individuos con habilidades sociales presentan un continuo de pensamientos positivos acerca de la vida (Caballo, 1993).

En el componente fisiológico se presenta que no es un componente fundamental en la capacidad de poseer o no habilidades sociales, sin embargo, diversas investigaciones planteadas por Caballo (1993) refieren que el tema del sexo juega un papel fundamental, atribuyéndole a la mujer mayores capacidades en las habilidades sociales.

Sin embargo, Caballo (1993, p. 104), data algunos factores que llevan a que una persona no se comporte de una manera socialmente aceptada.

1. Las respuestas habilidosas necesarias no están presentes en el repertorio de respuestas del individuo.

2. El individuo siente ansiedad condicionada que le impide responder de una manera socialmente adecuada.
3. El individuo contempla de manera incorrecta su actuación social, autoevaluándose negativamente.
4. Falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada.
5. El individuo no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta determinada probablemente sea efectiva.
6. El individuo no está seguro de sus derechos o no cree que tenga el derecho de responder apropiadamente.
7. En el caso de pacientes psiquiátricos, los penetrantes efectos de la institucionalización han producido unas deshabituaciones de las respuestas sociales.
8. Obstáculos ambientales restrictivos que impiden que el individuo se exprese apropiadamente.

Curran (1985, como se citó en Caballo, 1993, p. 181) plantea que las habilidades sociales pueden y deben de enseñarse con la premisa de que estas son componentes que permiten al individuo mejorar su competencia interpersonal en las diferentes situaciones sociales.

Siendo estas:

1. Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
3. Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.

4. Esos estilos y estrategias interpersonales pueden especificar y enseñarse.

5. Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas.

6. La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Por tal motivo, es de resaltar la importancia de las habilidades sociales ya que estas permiten incrementar la capacidad de un individuo para implicarse en ciertas situaciones sociales y además de que la conducta que realizara será socialmente apropiada y aceptada por el contexto social en el que se encuentre (Caballo, 1993). Por esto, Monjas Casares (2002) plantean que la evaluación de estas debe ser mediante un proceso de distintas fases. El primer momento comprende la identificación, clasificación y diagnóstico. El segundo, supone la planificación de los efectos de la intervención. La tercera y última, remite a la evaluación de los efectos de dicha intervención.

Igualmente, Goldstein (1978, como se citó en García, 2014) plantea 50 habilidades sociales las cuales se dividen en 6 categorías:

-Primeras habilidades sociales: son habilidades básicas que deben desarrollar las personas se basan en iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido.

-Habilidades sociales avanzadas: si el individuo las desarrolla adecuadamente podrá desenvolverse y relacionarse con el entorno, como pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás.

-Habilidades relacionadas con los sentimientos: habilidades que desarrolla el individuo para comprender las emociones y sentimientos de los otros, como conocer los propios sentimientos,

expresar los sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado de otro, expresar afecto, resolver el miedo, autorrecompensarse.

-Habilidades de planificación: habilidades que generan el establecimiento de objetivos, la resolución de problemas y toma de decisiones como pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, empezar el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas, evitar los problemas con los demás, no entrar en peleas.

-Habilidades para hacer frente al estrés: estas habilidades surgen en momentos de crisis y permiten el adecuado desarrollo de mecanismo de afrontamiento, como formular una queja. Responder a una queja, demostrar deportividad después del juego, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder a una acusación, prepararse para una conversación difícil, hacer frente a las presiones de grupo.

-Habilidades alternativas a la agresión: habilidades que se relacionan con el desarrollo del autocontrol y la empatía al momento de presentarse situaciones de enfado, como tomar decisiones, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, determinar las propias habilidades, recoger información, resolver los problemas según su importancia, tomar una decisión, concentrarse en una tarea.

Según el cuestionario de habilidades sociales (CHASO) desarrollado por Caballo, Salazar, Iruña y equipo investigativo CISO-A, 2016, se enuncian diez habilidades, las cuales fueron utilizadas para fines investigativos, estas son:

- Habilidad 1. Interactuar con desconocidos
- Habilidad 2. Expresar sentimientos positivos
- Habilidad 3. Afrontar las críticas

- Habilidad 4. Interactuar con las personas que me atraen
- Habilidad 5. Mantener la calma frente a las críticas
- Habilidad 6. Hablar en público/ interactuar con superiores
- Habilidad 7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo
- Habilidad 8. Defender los propios derechos
- Habilidad 9. Pedir disculpas
- Habilidad 10. Rechazar peticiones

### **8. Marco legal y ético**

Según la ley 1276 a nivel nacional, el adulto mayor

Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen” (Secretaría jurídica distrital, 2009, p. 3).

Así mismo, según el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2010) clasifica el adulto mayor en tres grupos:

**Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar,

lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental (pág. 3).

Persona Adulta Mayor Frágil: Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica (pág. 3).

Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente): Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental (pág. 3).

Para las Naciones Unidas (2013) el adulto mayor tiene unos derechos económicos, sociales y culturales, tenidos en cuenta a nivel internacional, estos son:

- Igualdad de derechos para hombres y mujeres (Artículo 3), es decir, a las mujeres de edad avanzada se les debe prestar mayor atención, al igual que las personas mayores que requieran necesidad o subsidios.
- Derecho al trabajo (Artículos 6, 7 y 8) se deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo que garanticen un trabajo hasta llegar a la jubilación.
- Derecho a la seguridad social (Artículo 9) los estados deben fijar seguros de vejez obligatorios y proporcionar subsidios.
- Derecho de protección de la familia (Artículo 10) Los gobiernos deben apoyar a las familias y proveer ingresos para que a las personas de edad avanzada subsistan dentro del seno familiar.
- Derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 11) las personas con edad avanzada deben tener alimentación, cuidados, ingresos, vivienda etc.
- Derecho a la salud física y mental (Artículo 12) los adultos mayores tienen derecho a tener intervenciones sanitarias con el fin de mantener una salud acorde a su ciclo de vida.

- Derecho a la educación y la cultura (Artículo 13) las personas de edad avanzada tienen derecho a participar de actividades educativas que les provee conocimientos.

## **9. Diseño metodológico**

### **9.1 Metodología**

Cuantitativo-Descriptivo y Transversal

### **9.2 Enfoque**

Cuantitativo

Para este estudio se seleccionó un enfoque cuantitativo debido a que como investigadores se plantea un problema de estudio delimitado y se desarrolla en un modelo que consta de: una revisión de literatura que constituye un marco teórico, unas teorías que orientan las hipótesis de la investigación, una recolección de datos que orienta un análisis de resultados basados en datos estadísticos. El método cuantitativo es secuencial y probatorio, caracterizado por un orden riguroso, delimitado, donde se plantean unas hipótesis y se establece un plan que se conoce como diseño y que básicamente mide las variables de investigación planteadas.

### **9.3 Tipo de estudio**

Descriptiva

Se realizó la medición de las variables: “Habilidades Sociales” y “Deterioro cognitivo”, realizando la medición de las variables con la ayuda de unos instrumentos que miden e identifican las conductas propias de cada una de estas. Lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **9.4 Diseño**

##### Transversal

Es de corte transversal, siendo el propósito recolectar y analizar las diversas variables y su incidencia en un determinado momento y lugar. Se realizó la medición de las variables: “Deterioro cognitivo” y “Habilidades sociales”, realizando la medición de las variables con la ayuda de unos instrumentos que miden e identifican la afectación de dichas habilidades en el grupo poblacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **9.5 Nivel**

Esta investigación gira en torno al método descriptivo, puesto que se busca especificar y determinar las propiedades y características del fenómeno a estudiar por medio del test utilizado. Se pretende recoger información específica sobre las variables a trabajar es decir deterioro cognitivo y habilidades sociales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **9.6 Población**

La población, está compuesta por todos los adultos mayores del Municipio de Sabaneta, que se encuentren en una edad entre los 65 y 95 años que estén institucionalizado.

#### **9.7 Muestra**

La muestra fueron 33 adultos mayores internos en al Centro Bienestar del Anciano Hogar de Nazareth los cuales accedieron voluntariamente a firmar el consentimiento informado y estuvieron de acuerdo en participar de la investigación. se tuvo en cuenta como criterio de exclusión los adultos mayores que como diagnóstico presentaran deterioro cognitivo grave, es decir, demencia y como criterios de inclusión adultos mayores a partir de los 65 años, que presentaran como diagnóstico deterioro cognitivo leve o moderado y que estuvieran institucionalizados.



## **9.8 Procedimiento**

Inicialmente se indagó acerca del tema de las habilidades sociales, encontrando como resultado que estas han sido más estudiadas en la población adolescente y en niños en comparación a la población adulto mayor, pues son muy pocas las investigaciones arrojadas según las bases de datos, a partir de allí, se citó a una reunión dentro del asilo Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth con la directora del mismo, allí se obtuvo el permiso para la realización del trabajo. Consistió en 4 visitas dentro de las cuales se recolectó el consentimiento informado, se revisó la historia clínica de los adultos mayores con el fin de determinar quiénes presentaban o no se seleccionó la muestra poblacional para el presente estudio, se realizó un criterio de selección el cual consistió en que ningún adulto mayor tuviera deterioro cognitivo grave, es decir demencia, esto se verificó por medio de la historia clínica de los adultos mayores y del Test Mini Mental teniendo como base las puntuaciones del mismo tales como: Normal, Sospecha de deterioro, Posible deterioro y Posible demencia. Esto con el fin de evaluar el estado mental actual de cada uno y verificar el diagnóstico, igualmente se aplicó el cuestionario de las habilidades sociales CHASO, partiendo de ello, se tuvo la oportunidad de tener observación en dicho contexto al adulto mayor.

## **9.9 Análisis de datos**

Se utilizó un análisis descriptivo mediante la media y la desviación estándar para identificar cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth.

Para diferenciar las habilidades sociales predominantes o no según las variables sociodemográficas se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney dado que las

variables no tenían una distribución normal, se estableció un valor de significancia estadística  $p < 0,05$ .

### **10. Consideraciones éticas**

La presente investigación hizo uso de la Ley 1090 de 2006, código deontológico y bioético y otras disposiciones del psicólogo. Teniendo en cuenta el artículo 1, la investigación se sustentó desde las bases teóricas desde cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth con el propósito de conocer y comparar la posible disminución de las habilidades sociales a causa del deterioro cognitivo de este grupo poblacional (Ministerio de la Protección Social, ley 1090, 2006).

Por otra parte, partiendo de las disposiciones generales establecidas en el artículo 2, la investigación se rigió por los principios fundamentales de responsabilidad, desde la adecuada participación en los espacios intervenidos, de manera competente y a su vez reconociendo los límites que implica el ejercicio del psicólogo, guiados por los estándares de moralidad y legalidad, dando así un uso adecuado en el manejo de la información y la confidencialidad proporcionado, además velando por el bienestar de los adultos mayores del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, desde una adecuada actuación bajo las relaciones estrictamente profesionales. Es por ello que en dicha investigación fue fundamentada desde conocimientos en psicología aplicándose de manera ética y responsable partiendo de la validez de estos mismos (Ministerio de la Protección Social, ley 1090, 2006).

Con el fin de llevar a cabo nuestra finalidad investigativa en buenos términos, según la Ley 1090 de 2006, artículo 2 todo psicólogo en Colombia deberá regirse por los siguientes principios: la responsabilidad, los estándares legales y morales, la competencia, el bienestar del usuario, las

relaciones profesionales, la confidencialidad y evaluación de técnicas con participantes humanos, siendo los últimos dos principios parte fundamental para la elaboración del consentimiento informado que respaldó el cuestionario aplicado.

Este consentimiento se elaboró de manera tal que los participantes fueran adultos mayores en la capacidad de aprobar su participación y quienes no aprobados por la institución, allí de forma escrita se esclareció el objetivo del estudio, la ley mencionada anteriormente la cual rige la investigación y según la resolución 8430 de 1993 la cual hace referencia de manera clara y precisa a la importancia de un consentimiento de manera previa a la investigación, ya que por medio de este el estudiante establece su pleno conocimiento de la naturaleza del procedimiento y autoriza su participación anexando la fecha, su firma y el número de identificación (Ministerio de Salud, ley 8430 1993).

## 11. Variables

<b>Nombre Variable</b>	<b>Definición concepto</b>	<b>Definición operativa (Indicadores de medida)</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Valor final</b>

Edad	Según la Real Academia Española (2014), tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	La muestra poblacional fue tomada desde la consideración de la edad adulta la cual va a partir de los 65 a 95 años en adelante	Cuantitativa	65 (1) 70 (2) 75 (3) 80 (4) 85 (5) 90 (6) 95 (7)	65– 95
Deterioro cognitivo	El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información (VPI), que se produce con el envejecimiento normal. (Maxpanel, 2016).	Las variables de deterioro cognitivo se estimaron en: sin deterioro (1), deterioro cognitivo leve (2) y deterioro cognitivo moderado (3)	Cualitativa	Sin deterioro cognitivo (1) Deterioro cognitivo leve (2) Deterioro cognitivo moderado (3)	1 - 3

Sexo	Según la Real Academia Española (2014), es una condición orgánica, masculina o femenina	La variable sexo se tomó como hombre (1) y mujer (2)	Cualitativa	Hombre (1) Mujer (2)	1- 2
Nivel educativo	Serie ordenada de categorías que corresponden en términos generales a los conocimientos, destrezas y capacidades que se exigen a los participantes para que puedan terminar con éxito los programas de esas categorías (Cultura, 2006).	La variable de nivel educativo se tomó desde la medida de paso de nivel educativo nacional; Ninguna (1), primaria (2), secundaria (3) y superior (4)	Cualitativa	Ninguna (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)	1 - 4
Estado civil	Según la Real Academia (2014) lo define como una condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Esta variable se definió según la situación legal de una persona según las medidas de Con pareja y sin pareja	Cualitativa	Con pareja (1) Sin pareja (2)	1- 4

Temporalidad en el hogar	Según la Real Academia Española (2014) define temporalidad lo perteneciente o relativo al tiempo	La variable se establece por el número de meses de las personas del Hogar geriátrico convertidos en días (1)	Cuantitativa	Días (1)	1
Redes de apoyo	Estrategias que ponen en función la búsqueda de apoyo emocional	Se estimó esta variable desde las consideraciones con red de apoyo (1) y sin red de apoyo (2)	Cualitativa	Red de apoyo (1) Sin red de apoyo (2)	1- 2
Habilidades sociales	Las habilidades sociales se refieren a las capacidades que posee una persona para	Las variables de las habilidades sociales se toman de las	Cuantitativa	Interactuar con desconocidos (1)	1- 10

	<p>interactuar con los demás, llevando esto a que pueda realizar esta actividad de manera conveniente.</p> <p>Goldstein (como se citó en García, 2014)</p>	<p>expuestas según el cuestionario de habilidades sociales (CHASO) desarrollado por Caballo entre las cuales está:</p> <p>Interactuar con desconocidos (1), expresar sentimientos positivos (2), afrontar las críticas (3), interactuar con las personas que me atraen</p>		<p>Expresar sentimiento s positivos (2)</p> <p>Afrontar las críticas (3)</p> <p>Interactuar con las personas que me atraen (4)</p> <p>Mantener la calma frente a las críticas (5)</p> <p>Hablar en público/ interactuar con superiores (6)</p>	
--	--	--	--	--	--

		<p>(4),mantener la calma frente a las críticas</p> <p>(5),hablar en público/ interactuar con superiores(6)</p> <p>,afrontar situaciones de hacer el ridículo</p> <p>(7),defender los propios derechos</p> <p>(8),pedir disculpas (9) y rechazar peticiones</p> <p>(10)</p>		<p>Afrontar situaciones de hacer el ridículo (7)</p> <p>Defender los propios derechos</p> <p>(8)</p> <p>Pedir disculpas</p> <p>(9)</p> <p>Rechazar peticiones</p> <p>(10)</p>	
--	--	--	--	---	--



## **12. Cuestionario de habilidades sociales EHS**

### **12.1 Ficha técnica**

#### **12.1.1 Nombre.**

Cuestionario de habilidades sociales (CHASO)

#### **12.1.2 Autor.**

Vicente E. Caballo, Isabel C. Salazar y Equipo de Investigación CISO-A, 2017, España  
Universidad de Granada (España).

#### **12.1.3 Fiabilidad del cuestionario habilidades sociales**

Se calculó la consistencia interna (alfa de Cronbach) de la versión final del CHASO (40 ítems) así como de las 10 dimensiones o habilidades obtenidas por medio del AFE (10 factores). Así mismo se calculó la fiabilidad tanto del cuestionario completo como de cada una de las 10 habilidades por medio del coeficiente de fiabilidad de las dos mitades de Guttman. El alfa de Cronbach para el CHASO total fue de 0,88 mientras que el coeficiente de fiabilidad de Guttman fue de 0,86. Para cada factor es: La primera habilidad (Interactuar con desconocidos), el alfa de Cronbach fue de 0,79 y la fiabilidad de Guttman de 0,82. Para la segunda (Expresar sentimientos positivos), el alfa y la fiabilidad fueron 0,81 y 0,82, respectivamente. Para la tercera (Afrontar las críticas), fueron 0,78 y 0,71. Para la cuarta (Interactuar con las personas que me atraen) 0,90 y 0,89. Para la quinta (Mantener la calma en situaciones embarazosas) 0,68 y 0,66. Para la sexta (Hablar en público/Interactuar con superiores) 0,80 y 0,79. Para la séptima (Afrontar situaciones de hacer el ridículo) 0,64 y 0,71. Para la octava (Defender los propios derechos) 0,72 y 0,75. Para la novena (Pedir disculpas) 0,81 y 0,83. Y para la décima (Rechazar peticiones) de 0,71 y

0,70. (Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A, 2017, España Universidad de Granada: España).

#### **12.1.4 Validez del cuestionario habilidades sociales**

Mediante las correlaciones entre las diferentes habilidades sociales evaluadas por el CHASO y las dimensiones de la ansiedad social que evalúa el CASO, el primer factor (Interactuar con desconocidos) se relaciona moderadamente ( $r = -0,48$ ) con la dimensión de la ansiedad social Interacción con desconocidos. el factor de (Interactuar con las personas que me atraen) se relacionaba moderadamente ( $r = -0,55$ ) con la dimensión de la ansiedad social Interacción con personas del sexo opuesto. el siguiente factor de (Mantener la calma en situaciones embarazosas) se relacionaba moderadamente ( $r = -0,32$ ) con la dimensión de la ansiedad social Quedar en evidencia o en ridículo. El otro factor (Hablar en público/Interactuar con superiores) se relacionaba moderadamente ( $r = -0,64$ ) con la dimensión de la ansiedad social Hablar en público/Interacción con superiores. El próximo factor (Rechazar peticiones) se relacionaba moderadamente ( $r = -0,30$ ) con la dimensión de la ansiedad social Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Finalmente, la ansiedad social global (CASO) correlacionó moderadamente con la habilidad social general medida por el CHASO ( $r = -0,49$ ) (Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A, 2017).

### **13. Resultados**

Tras la tabulación de los datos recogidos en la muestra de la presente investigación, se presentan a continuación los siguientes hallazgos:

### 13.1 Descripción de las variables demográficas de la muestra

**Descripción:** De acuerdo con la tabulación de las variables anteriores se evidencia que la mayoría de los adultos mayores cuentan con redes de apoyo dentro del hogar tales como, hijos, hermanos, sobrinos o conocidos.

Así mismo, con respecto al nivel de escolaridad se arroja que en mayor proporción los adultos mayores culminaron el nivel educativo de primaria y en menor proporción el nivel educativo alcanzado es superior, es decir que los adultos mayores del hogar no cuentan con una educación superior alcanzada.

Con base al estado civil, se encontró que en mayor proporción los adultos mayores según lo manifiesto por ellos en algún momento de su vida contaron con una pareja, es decir tuvieron una relación mediada por el compromiso del matrimonio y/o al estar vinculado bajo la unión marital de hecho y en menor proporción se arrojó que algunos adultos mayores no cuentan y/o contaron con una pareja, es decir, nunca se casaron o tuvieron compañero (a) permanente.

Lo correspondiente a la variable de sexo se encontró mayor cantidad de mujeres en relación a los hombres.

En la variable edad se encuentra que el promedio es de 78 años, la edad máxima que se ha hallado es de 93 años y la edad mínima 64 años.

Según los resultados, en la variable temporalidad se evidencia que tiempo promedio en que los adultos mayores han estado institucionalizados es de 5.475 días.

**Tabla 1.** Variables sociodemograficas

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Redes de apoyo</i>	Con redes de apoyo	28	84.8
	Sin redes de apoyo	5	15.2
<i>Escolaridad</i>	Ninguna	5	15.2
	Primaria	16	48.5
	Secundaria	9	27.3
	Superior	3	9.1
<i>Estado civil</i>	Con pareja	20	60.6
	Sin pareja	13	39.4
<i>Sexo</i>	Hombre	17	51.5
	Mujer	16	48.5

### 13.2 Resultado de deterioro cognitivo

**Descripción:** Teniendo en cuenta la historia clínica presentada por el Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, se encuentra que la mayoría de los adultos mayores del hogar presentan deterioro cognitivo moderado, así mismo se encuentra la misma cantidad de adultos mayores con deterioro leve y deterioro.

*Tabla 2. Resultado de deterioro cognitivo*

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Diagnóstico</i>	Sin deterioro cognitivo	9	27.3
	Deterioro cognitivo leve	9	27.3
	Deterioro cognitivo moderado	15	45.5

### 13.3 Evaluación del estado mental actual

**Descripción:** Según los datos arrojados del test del Mini Mental, se arroja que el estado mental actual de la mayoría de adultos mayores se encuentra deteriorada, predominando un posible deterioro lo cual se corrobora con la historia clínica. Se muestra que los adultos mayores que están en un rango normal y con sospecha de deterioro presentan un resultado o rango similar.

**Tabla 3.** Evaluación del estado mental actual

		FRECUENCIA	PUNTUACIÓN DE REFERENCIA
<i>Mini mental</i>	Normal	9	30-25
	Sospecha de deterioro	9	24-22
	Posible deterioro	15	21-13
	Posible demencia	0	12-0

### 13.4 Resultado de las habilidades sociales

**Descripción:** En relación a los 10 factores de habilidades sociales evaluadas, se utiliza como referencia el puntaje máximo de cada uno de los ítems de cada habilidad, siendo este de 20.0. De esta manera se encontró que las habilidades interactuar con desconocidos y afrontar situaciones de hacer el ridículo son las que más dificultad presentan los adultos mayores.

Así mismo, se encontró que las habilidades sociales como expresar sentimientos positivos y pedir disculpas son las que mayor presentan los adultos mayores del hogar, son según los resultados las que tienen más desarrolladas.

Sin embargo, los resultados arrojados según la prueba en relación al puntaje máximo, la mayoría de los factores no alcanzan dicho puntaje, es decir en las habilidades de interactuar con desconocidos; afrontar las críticas; interactuar con las personas que me atraen; mantener la calma en situaciones embarazosas; hablar en público/ interactuar con superiores; defender los propios derechos; rechazar peticiones.

**Tabla 4. Resultado de las habilidades sociales**

Dimensión	Media (D.E )	Puntuación máxima
F1. Interactuar con desconocidos	10.4 (3.4)	20.0
F2. Expresar sentimientos positivos	14.4 (3.1)	20.0
F3. Afrontar las críticas	12.2 (3.5)	20.0
F4. Interactuar con las personas que me atraen	10.9 (4.6)	20.0
F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	12.4 (3.1)	20.0
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	11.2 (3.4)	20.0
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	9.8 (3.6)	20.0
F8. Defender los propios derechos	10.5 (3.5)	20.0
F9. Pedir disculpas	13.0 (3.4)	20.0
F10. Rechazar peticiones	12.1 (2.7)	20.0

### 13.5 Variables en relación las habilidades sociales

#### Habilidades sociales en relación con el deterioro cognitivo

**Descripción:** Con respecto a los resultados obtenidos en la prueba se observa que la población adulto mayor sin deterioro cognitivo presenta las habilidades de expresar sentimientos positivos, pedir disculpas, afrontar las críticas, mantener la calma en situaciones embarazosas,

rechazar peticiones e interactuar con desconocidos, en comparación con el grupo de adultos mayores que tienen deterioro cognitivo ya que los resultados que estos arrojaron fueron bajos, lo cual se evidencia en el puntaje máximo.

La habilidad social que ambos grupos presentan igual puntaje es la de interactuar con las personas que me atraen.

Sin embargo, en relación al valor P se encuentra que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes arrojados por el grupo de adultos mayores con y sin deterioro cognitivo en relación con algunas habilidades sociales. Pese a esto, el resultado significativo se encuentra en el total de las habilidades sociales ya que el valor de  $P=0.04$  lo que indica que, si hay una diferencia entre los dos grupos, al observarse la mediana de estos siendo sin deterioro cognitivo 129.0 y con deterioro cognitivo de 112.0 lo que significa que en términos generales si son más habilidosos socialmente quienes no presentan deterioro cognitivo.

**Tabla 5.** *Habilidades sociales en relación con el deterioro cognitivo*

Dimensión	Sin deterioro Mediana (R.I)	Con deterioro Mediana (R.I)	U de Mann- Whitney	Valor P
F1. Interactuar con desconocidos	12.0 (6.0)	9.5 (5.0)	78.500	0.22
F2. Expresar sentimientos positivos	16.0 (2.0)	15.0 (4.0)	73.00	0.15
F3. Afrontar las críticas	14.0 (4.5)	12.0 (6.5)	71.000	0.13
F4. Interactuar con las personas que me atraen	12.0 (7.5)	12.0 (10.8)	102.000	0.80



F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	14.0 (3.0)	11.0 (5.8)	66.500	0.90
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	12.0 (6.5)	11.0 (4.8)	85.500	0.36
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	11.0 (2.5)	10.5 (6.0)	93.000	0.54
F8. Defender los propios derechos	12.0 (6.0)	10.0 (6.5)	98.000	0.68
F9. Pedir disculpas	15.0 (5.0)	12.5 (6.0)	74.000	0.16
F10. Rechazar peticiones	13.0 (4.0)	12.0 (2.8)	82.000	0.28
Total	129.0 (20.0)	112.0 (17.5)	57.500	0.04

### Habilidades sociales en relación con el sexo

**Descripción:** Según los resultados mencionados se muestra que los hombres presentan mayores habilidades sociales que las mujeres, siendo estas expresar sentimientos positivos; mantener la calma en situaciones embarazosas; pedir disculpas, interactuar con desconocidos, interactuar con las personas que me atraen y rechazar peticiones se encuentra igual ambos grupos. En comparación con las mujeres, estas presentan la habilidad social de afrontar las críticas, sin embargo, las habilidades que presentan ambos grupos en un mismo porcentaje es hablar en público/ interactuar con superiores y defender los propios derechos y rechazar peticiones.

Pese a esto, no se encuentra una diferencia significativa en ambos grupos con respecto a cada factor evaluado, dado que el valor de P de cada factor no puntuó menos al 0.05. En términos

generales con base en la tabla son los hombres quienes presentan más habilidades sociales que las mujeres.

**Tabla 6.** *Habilidades sociales en relación con el sexo*

Dimensión	Mujeres Mediana (R.I)	Hombres Mediana (R.I)	U de Mann- Whitney	Valor P
F1. Interactuar con desconocidos	8.0 (4.5)	12.0 (5.8)	85.500	0.06
F2. Expresar sentimientos positivos	15.0(4.5)	16.0 (3.8)	117.000	0.48
F3. Afrontar las críticas	13.0 (5.5)	12.5 (7.3)	129.500	0.81
F4. Interactuar con las personas que me atraen	10.0 (8.5)	12.0 (9.5)	129.500	0.81
F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	13.0 (5.0)	15.5 (5.8)	85.500	0.06
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	11.0 (5.0)	11.0 (4.8)	134.000	0.94
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	10.0 (6.5)	11.0 (5.8)	116.000	0.46
F8. Defender los propios derechos	10.0 (7.0)	10.0 (5.8)	116.500	0.47
F9. Pedir disculpas	13.0 (7.0)	14.0 (6.8)	101.500	0.21
F10. Rechazar peticiones	12.0 (4.5)	12.0 (2.8)	125.000	0.68
Total	113.0 (19.0)	123.0 (31.0)	120.000	0.56

### Habilidades sociales en relación a la red de apoyo

**Descripción:** Con base a la tabla, se muestra que la habilidad de interactuar con personas que me atraen, es un factor que tienen en común ambos grupos con y sin red de apoyo. Los adultos mayores que no presentan red de apoyo, presentan más dificultades para afrontar situaciones de hacer el ridículo, hablar en público/ interactuar con superiores, defender los propios derechos e interactuar con desconocidos.

A diferencia de los adultos mayores que poseen redes de apoyo como familia, amigos o conocidos, son más habilidosos para expresar sentimientos positivos, afrontar las críticas y pedir disculpas.

No se encontró una diferencia entre ambos grupos ya que ninguno puntuó por debajo del valor  $P=0.05$  evidenciando esto que en el grupo de adultos mayores del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth presentar o no redes de apoyo no genera una influencia en la presencia o ausencia de sus habilidades sociales.

**Tabla 7.** *Habilidades sociales en relación con la red de apoyo*

Dimensión	Con redes de apoyo Mediana (R.I)	Sin redes de apoyo Mediana (R.I)	U de Mann-Whitney	Valor P
F1. Interactuar con desconocidos	11.5 (6.0)	9.0 (3.0)	57.000	0.51
F2. Expresar sentimientos positivos	16.0 (3.8)	15.0 (5.5)	62.500	0.70
F3. Afrontar las críticas	13.0 (5.8)	12.0 (7.0)	68.500	0.94

F4. Interactuar con las personas que me atraen	12.0 (9.0)	12.0 (8.5)	46.000	0.22
F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	12.0 (5.0)	14.0 (6.5)	69.500	0.98
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	11.5 (4.8)	8.0 (6.5)	35.500	0.08
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	11.0 (5.0)	7.0 (7.0)	52.500	0.37
F8. Defender los propios derechos	10.0 (5.8)	8.0 (7.5)	57.000	0.51
F9. Pedir disculpas	13.0 (6.0)	11.0 (6.5)	66.000	0.84
F10. Rechazar peticiones	12.0 (3.8)	13.0 (3.0)	54.000	0.41
Total	121.0 (21.8)	109.0 (35.0)	52.000	0.36

---

### **Habilidades sociales en relación al estado civil**

**Descripción:** Teniendo en cuenta los puntajes arrojados las habilidades sociales que comparten ambos grupos son expresar sentimientos positivos, interactuar con las personas que me atraen, hablar en público / interactuar con superiores, pedir disculpas y rechazar peticiones.

Los adultos mayores que manifestaron haber tenido pareja presentan mejores habilidades sociales en interactuar con desconocidos y afrontar situaciones de hacer el ridículo en comparación con los adultos mayores que no presentan haber tenido pareja. A su vez, los adultos mayores que refieren no tener pareja a diferencia del grupo anterior presentan habilidades como afrontar las críticas y mantener la calma en situaciones embarazosas.

Se encontró que no existe una diferencia relevante en los adultos mayores del hogar que refieren haber tenido pareja y los que no en cuanto habilidades sociales.

**Tabla 8.** *Habilidades sociales en relación con el estado civil*

Dimensión	Con pareja Mediana (R.I)	Sin pareja Mediana (R.I)	U de Mann- Whitney	Valor P
F1. Interactuar con desconocidos	11.0 (6.0)	8.0 (4.0)	111.000	0.48
F2. Expresar sentimientos positivos	16.0 (3.8)	16.0 (5.0)	99.500	0.25
F3. Afrontar las críticas	12.5 (3.8)	13.0 (8.5)	127.500	0.92
F4. Interactuar con las personas que me atraen	12.0 (8.5)	12.0 (11.0)	129.000	0.97
F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	12.0 (6.8)	14.0 (4.5)	109.000	0.43
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	11.0 (4.8)	11.0 (5.5)	118.500	0.67
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	11.0 (6.0)	7.0 (7.0)	80.000	0.06
F8. Defender los propios derechos	10.5 (5.8)	10.0 (7.0)	115.000	0.57
F9. Pedir disculpas	13.0 (5.8)	13.0 (7.5)	116.000	0.60
F10. Rechazar peticiones	12.0 (4.0)	12.0 (2.0)	124.500	0.83

Total	121.0 (20.8)	109.0 (30.0)	109.000	0.43
-------	--------------	--------------	---------	------

### Habilidades sociales en relación a la escolaridad

**Descripción:** A partir de los resultados encontrados, se arrojó que los adultos mayores que tuvieron escolaridad en su vida, ya sea primaria, secundaria o superior son más habilidosos para interactuar con desconocidos, afrontar las críticas, hablar en público / interactuar con superiores, afrontar situaciones de hacer el ridículo en comparación con el grupo de adultos mayores que no presentan ningún tipo de escolaridad, sin embargo se encontró que los adultos mayores sin escolaridad tienen mejores habilidades sociales en mantener la calma en situaciones embarazosas, pedir disculpas y rechazar peticiones.

Las habilidades sociales que se encuentran en el mismo rango entre ambos grupos son expresar sentimientos positivos, interactuar con las personas que me atraen y defender los propios derechos.

La habilidad social más desarrollada y utilizada en los adultos mayores que alcanzaron un nivel educativo en comparación con los que no, es afrontar las críticas, ya que alcanzaron una diferencia significativa del valor  $p < 0,05$

**Tabla 9.** Habilidades sociales en relación con la escolaridad

Dimensión	Sin escolaridad Mediana (R.I)	Con escolaridad Mediana (R.I)	U de Mann- Whitney	Valor P
F1. Interactuar con desconocidos	8.0 (4.5)	11.0 (5.8)	54.500	0.432
F2. Expresar sentimientos positivos	16.0 (5.5)	16.0 (4.0)	58.000	0.540

F3. Afrontar las críticas	8.0 (4.0)	13.0 (4.8)	27.500	0.032
F4. Interactuar con las personas que me atraen	12.0 (11.0)	12.0 (7.8)	68.500	0.940
F5. Mantener la calma en situaciones embarazosas	15.0 (6.0)	12.0 (5.5)	57.000	0.509
F6. Hablar en público/ interactuar con superiores	9.0 (6.5)	11.0 (4.5)	51.000	0.338
F7. Afrontar situaciones de hacer el ridículo	10.0 (6.0)	11.0 (5.8)	62.000	0.686
F8. Defender los propios derechos	10.0 (4.5)	10.0 (6.0)	54.000	0.419
F9. Pedir disculpas	14.0 (5.0)	13.0 (6.8)	69.000	0.960
F10. Rechazar peticiones	13.0 (2.0)	12.0 (4.0)	61.000	0.646
Total	123.0 (36.0)	116.5 (25.8)	59.500	0.598

#### 14. Discusión

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados, y en relación al objetivo general de la investigación, las habilidades sociales tales como interactuar con desconocidos, expresar sentimientos positivos, afrontar las críticas, interactuar con las personas que me atraen, mantener la calma en situaciones embarazosas, hablar en público/ interactuar con superiores, afrontar situaciones de hacer el ridículo, defender los propios derechos, pedir disculpas y rechazar peticiones se encuentran a nivel general disminuidas en los adultos mayores pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth, sin embargo los grupos sin deterioro cognitivo,

con redes de apoyo, con pareja y con escolaridad se presentan más habilidosos socialmente.

Según Caballo (1993) las habilidades sociales son comportamientos emitidos por una persona en un contexto determinado. Además, según Papalia, Olds y Feldman (2012) estas se van instaurando desde la infancia y se consolidan en la adultez.

De acuerdo a esto y por medio del test utilizado de habilidades sociales CHASO, se logró evidenciar que dichas habilidades en los adultos mayores institucionalizados se encuentran en su mayoría disminuidas, siendo estas interactuar con desconocidos, interactuar con las personas que me atraen, hablar en público/ interactuar con superiores, afrontar situaciones de hacer el ridículo y defender los propios derechos, siendo estas poco utilizadas por los adultos mayores institucionalizados, ya que según Papalia, Olds y Feldman (2012) las habilidades sociales se van modificando a raíz del cambio que se produce en el círculo social del adulto mayor y por tanto se pueden ir modulando según la necesidad y situación en la cual se encuentren.

En una investigación anteriormente mencionada realizada por Carneiro y Oliveira (2013) se realizó una comparación entre un grupo control y un grupo experimental de adultos mayores sin deterioro cognitivo. Evaluando habilidades sociales tales como iniciar una conversación, rechazar un pedido, expresar la opinión personal, cobrar una deuda, defender los propios derechos en situaciones en las cuales son ofrecidos servicios insatisfactorios, lidiar con personas con actitudes groseras y hacer un pedido cuando hay un conflicto de interés, todo esto por medio de juego de roles. Se encontró que los adultos mayores del grupo experimental presentaron resultados superiores en sus habilidades sociales en las siete situaciones de juego de roles a diferencia del grupo control.

En relación con nuestro estudio, se encontró que la población sin deterioro cognitivo eran más habilidosos socialmente en expresar sentimientos positivos, pedir disculpas, afrontar críticas,



mantener la calma en situaciones embarazosas, rechazar peticiones e interactuar con desconocidos, habilidades sociales que se asemejan a las presentadas y halladas en el estudio anterior.

Por otro lado, en nuestro estudio al comparar el grupo poblacional sin deterioro cognitivo con el que posee deterioro se halló que la población sin deterioro cognitivo presenta una diferencia estadísticamente significativa en el total de las habilidades sociales, evidenciando esto que son los adultos mayores sin deterioro cognitivo quienes son socialmente más hábiles en expresar sentimientos positivos, pedir disculpas, afrontar críticas, mantener la calma en situaciones embarazosas, rechazar peticiones e interactuar con desconocidos. En relación a las diferencias que presentan ambos grupos en cuanto a sus habilidades sociales Ey (1965, como se citó en Griffa y Moreno, 2011) plantea que en el deterioro cognitivo se puede producir un cambio en la preservación de las actividades habituales, así como dificultades en la adaptación frente a las nuevas situaciones del ambiente. Teniendo en cuenta esto, las habilidades sociales que poseen ambos grupos surgen a raíz de sus necesidades y de los niveles de adaptación de cada uno en su medio o contexto actual.

Además, según Pose y Manes (2010) afirman que el deterioro cognitivo es una alteración de la memoria por lo cual, lleva a la no preservación de las actividades habituales que realiza el adulto mayor, ya que se pueden ver afectados aspectos como el lenguaje, pérdida del curso del pensamiento, el juicio y el raciocinio, siendo estos los elementos que se encuentran más deteriorados.

En esta medida, según la historia clínica de los adultos mayores pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth se evidencia que la mayoría de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo tanto leve como moderado. Además, en menor proporción se

encontró la no presencia de deterioro cognitivo. Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores presentan un déficit en el funcionamiento cognitivo lo que ha contribuido a que las capacidades mentales de los mismos se vean disminuidas y deterioradas, esto se corrobora por medio de la evaluación del estado mental actual del adulto mayor con la aplicación del test Mini Mental. Teniendo en cuenta esto, según Ey (1965, como se citó en Griffa y Moreno, 2011) un déficit cognitivo pueden generar dificultades en la expresión de sus habilidades sociales, sin embargo se evidenció que los adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo también tienen dificultades en la expresión de las mismas, aunque no tan significativamente como el grupo que presenta deterioro.

Por otro lado, en la investigación de Duran, Valderrama, Uribe y Uribe (2007) identificaron la relación entre diferentes variables, las habilidades funcionales y la integración social del adulto mayor para así observar las distinciones entre el sexo, la edad y el estado civil. Se encontró en cuanto a la edad que existen diferencias significativas en relación a las habilidades funcionales, ya que éstas van disminuyendo a medida que avanza la edad, en el estado civil hay una diferencia en la integración social ya que los que se encuentran solteros o en unión libre tienen mejor integración social, distinto a los casados y viudos. En cuanto al sexo no se encuentran diferencias significativas. En comparación a nuestra investigación se encontró que en las variables sociodemográficas evaluadas como: estado civil y sexo fueron elementos relevantes a la hora de arrojar resultados. A pesar de que no existen diferencias significativas, se encontró que los adultos mayores que referencian haber tenido una pareja a lo largo de su vida y estuvieron casados obtuvieron mayores habilidades sociales como interactuar con desconocidos, afrontar las críticas y defender los propios derechos, esto difiere la investigación anterior ya que los sujetos que no tenían pareja presentaban una mayor integración social.

En relación a la variable del sexo en nuestro estudio se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres al igual que en el estudio anterior. Sin embargo, se encuentra que los hombres son más habilidosos socialmente en expresar sentimientos positivos, mantener la calma en situaciones embarazosas, pedir disculpas, interactuar con desconocidos, interactuar con las personas que me atraen y rechazar peticiones en comparación con las mujeres, ya que estas presentan mayor habilidad en afrontar las críticas.

En cuanto a la variable escolaridad, Rodríguez, Carrasco, Delgado y Palenzuela (2012) refieren que la escolaridad es un factor que contribuye al mantenimiento de las funciones cognitivas por lo cual en su estudio hallaron que los adultos mayores que presentaban dificultades en sus funciones mentales y afectivas presentan baja escolaridad. En relación a lo anterior, se encontró que la mayoría de los adultos mayores del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth presentaban una baja escolaridad, así mismo, un decaimiento en sus habilidades sociales. Sin embargo, no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el total de los grupos con y sin escolaridad en cuanto a sus habilidades sociales, exceptuando en la habilidad de afrontar las críticas donde el grupo con escolaridad (primaria, secundaria o superior) presentaron mayor habilidad social a diferencia del grupo sin escolaridad.

Por otro lado, según Acuña y González (2010) en su estudio al evaluar la autoeficacia y red de apoyo encontraron que la frecuencia de contacto y apoyo emocional con las que puede contar el adulto mayor tienen una gran influencia en la capacidad que tenga el mismo para realizar sus actividades diarias. Concluyeron que la red de apoyo social es el mejor indicador y elemento propiciador que provee salud y relaciones estables. Sin embargo, en la población evaluada del Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth se encuentra que tener o no una red de apoyo social no marcó una diferencia significativa en ambos grupos, sin embargo quienes cuentan con

una red de apoyo como familia, amigos y conocidos son más habilidosos socialmente en expresar sentimientos positivos, afrontar las críticas y pedir disculpas.

Teniendo en cuenta otra investigación, Cerquera (2007) estudió a las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga, explica que el proceso de institucionalización puede tener cargas negativas para el adulto mayor ya que se produce un cambio de contexto, por ende, se deja de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; surge un desarraigo social y aislamiento con el medio, Así mismo la falta de contacto social genera en el adulto institucionalizado pérdida de autonomía.

Partiendo de ello, se encuentra que los adultos mayores institucionalizados del presente estudio son menos habilidosos para interactuar con desconocidos, afrontar las críticas, interactuar con las personas que me atraen, mantener la calma en situaciones embarazosas, hablar en público/ interactuar con superiores, defender los propios derechos, rechazar peticiones. Esto se genera según Cerquera (2007) a causa del aislamiento y poco contacto social, además al presentarse el poco contacto con amigos, familiares y vecinos, el adulto mayor reduce sus habilidades para interactuar con los demás (interactuar con desconocidos). Así mismo, se reduce la autonomía, lo cual puede deteriorar la habilidad de afrontar las críticas y defender los propios derechos.

En conclusión, se encontró que los adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo son más habilidosos socialmente a diferencia del grupo que presenta deterioro cognitivo, esto siendo estadísticamente significativo en el total de los resultados de las habilidades sociales. Igualmente, quienes presentaron tener un grado de escolaridad evidenciaron mayor habilidad social en afronta las críticas a diferencia de los adultos mayores que no había cursado algún nivel educativo. Finalmente, las variables como sexo, red de apoyo y estado civil no arrojaron

resultados estadísticamente significativos a la hora de verse afectadas las habilidades sociales de los adultos mayores.

Las limitaciones del estudio radican en que la muestra poblacional no fue lo suficientemente amplia puesto que se dificultó el acceso a la misma. Otro factor limitante en cuanto a lo metodológico es que el estudio se realizó desde un enfoque cuantitativo, lo cual no permite ahondar a profundidad más información cualitativa por medio de una entrevista y por la propia observación.

## **15. Conclusiones**

Las habilidades sociales de los adultos mayores pertenecientes al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth se encontraron por debajo del puntaje máximo de los ítems evaluados, esto evidenciando que en este grupo poblacional las habilidades sociales se encuentran afectadas. Sin embargo, entre el grupo con y sin deterioro cognitivo si existe una diferencia significativa, evidenciando que el grupo que no posee deterioro cognitivo es más habilidoso socialmente. Además, en la variable de nivel educativo se evidenció que los adultos mayores que presentaban algún nivel educativo eran más habilidosos para afrontar las críticas. Así mismo las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil y red de apoyo no son elementos que influyan en el mantenimiento o afectación de las mismas.

Se puede decir según lo evaluado que el deterioro cognitivo en la muestra poblacional estudiada si es un factor determinante para que las habilidades sociales se vean afectadas en estos individuos ya que al contrastar estos dos grupos se arrojó una diferencia estadísticamente significativa en el total de los resultados.

Igualmente, las variables sociodemográficas como contar con redes de apoyo o el estado civil del adulto mayor, que en un primer momento se pensaron serían factores protectores para

mantener las habilidades sociales no fueron determinantes significativamente a la hora de que una habilidad social apareciera en mayor medida en un grupo u otro. Sin embargo, tener escolaridad si marcó una diferencia en la habilidad social de afrontar las críticas entre ambos grupos, es decir con y sin deterioro cognitivo.

Teniendo esto en cuenta, las habilidades sociales de los adultos mayores evaluados se encuentran deterioradas en relación a la etapa evolutiva en la que se encuentran los mismos, ya que la vejez es un proceso que conlleva a tener cambios a nivel físico, cognitivo, social, psicológico, emocional, afectivo y del procesamiento de la información, por tanto, en esta etapa se genera una serie de cambios que afectan la independencia, el desarrollo de las propias funciones, aislamiento o falta de contacto social, sentimientos de soledad, entre otros factores que pueden incidir en la presencia o ausencia de las habilidades sociales.

## **16. Recomendaciones**

Se recomienda que los resultados del presente trabajo se tengan en cuenta para el abordaje y el acompañamiento psicológico del adulto mayor, ya que el tema de las habilidades sociales es importante en esta etapa vital del ser humana, pues con el paso de los años se van perdiendo muchas de las habilidades tanto básicas como superiores, es por ello que se recomienda hacer plan de intervención con esta población para que dichas habilidades perduren más en el tiempo y se mantengan y así evitar el deterioro progresivo de las mismas.

Para futuras investigaciones se recomienda aumentar el número de la población y de la muestra, para obtener así, mayores datos significativos. Además, que se realicen más investigaciones con la población del adulto mayor en relación a sus habilidades sociales para que se desarrollen nuevas formas de intervención.

Se recomienda al Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth incluir y contar con un profesional en psicología permanente dentro del hogar que se haga cargo de los procesos e intervenciones del adulto mayor, ya que se encontró por parte de los mismo un requerimiento y necesidad de la presencia de dicho profesional.

### 17. Referencias

- Acuña, M., y González, A. (2010). Autoeficacia y red social en adultos mayores. Universidad Nacional Autónoma de México. *Journal of behavior & social issues*. (pp.72-80).
- Alves, J. (2013). Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. *V Congreso Internacional De Investigación Y Práctica Profesional En Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del mercosur. Facultad De Psicología - Universidad De Buenos Aires, Buenos Aires*.
- Amor, M., y Martin, E. (2011). *Deterioro cognitivo leve*. En P. Gil, P. González, J. Gutiérrez, & C. Verdejo, Manual del residente en geriatría (pp. 169- 171). Madrid: ENE life publicidad S.A. y editores.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Universidad Católica Boliviana San Pablo. *Ajayú*. (pp. 152-181).
- Arcila, R., Camacho, N., Cedano, R., Suazo, F., Chávez, M., y Milián, F (2007). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista médica del IMSS*, (pp. 277 – 284).

- Ballesteros, R. (1996). *La psicología de la vejez*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, (pp. 149 – 164).
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Anestesiología*, (pp. 107 – 112).
- Berger, K. S. (2009). *Psicología del desarrollo. Adultez y vejez*. New York: Panamericana.
- Botero, B., y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *UAEM redalyc*, (pp. 11 – 24).
- Braz, A. C. (2012). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de psicología. Revista cuatrimestral de psicología*. (pp. 77 – 84).
- Caballero, F., y Casal, C. (2011). Elaboración y aplicación de un programa de desarrollo de habilidades sociales en adultos mayores. *Eureka*, (pp. 100-113).
- Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A. (2017). *Cuestionario de habilidades sociales CHASO*. Universidad de Granada: España.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo.
- Calenti, J. C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid: Printed in Spain.
- Cardona, A., Duque, M., Arango, D., y Cardona, A. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. *SciELO*. (pp. 614-628).
- Carneiro, R., y Oliverira, E. (2013). Desarrollo de habilidades sociales en el anciano y su relación con la vida de satisfacción. *Estudios de psicología. SciELO*. (pp. 517 – 526).
- Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., y Cabrera, J. (2010). Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. Edición N° 59. *Primavera*. (pp.1-59).



- Cerquera, A. M. (2007). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Bucaramanga: *Editorial Pontificia Universidad Javeriana*.
- Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth. (1972). *Centro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth*.
- Córdoba, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos. *Univpsychol. Editorial Pontificia Universidad Javeriana*. (pp. 271-281).
- Cultura, O. D. (2006). Clasificación internacional normalizada de la educación. *Unesco*.
- Duran, D., Valderrama, L., Uribe, A., y Uribe, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universidad Pontificia Javeriana y Universidad Granada España. SciElo*. (pp. 63-270).
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordoñez, J., Osorio, J., y Chavarriaga, L. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitaspsychologica la revista*, (pp. 81-94).
- Farfán, J. (2013) *Apuntes de estadística en investigación educativa*. Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle. Lima. Perú
- Fernández Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Gallardo, A., Muñoz, L., Aldana, L., Santamaría, I., y Villanueva, C. (2017). Perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo leve. *Revista mexicana de neurociencia*, (pp. 1-13).
- García, M., Moya, L., y Quijano, M. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta neurológica colombiana*, (pp. 398-403).

- García, Z. E. (2014). Lista de Chequeo de habilidades sociales de Goldstein. *Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/230003203/HS-Habilidades-Sociales-Goldstein>.
- Griffa, M., y Moreno, J. (2011). *Claves para la psicología del desarrollo*. Buenos aires: argentina.
- Gonzales, I., Iglesias, A., Balo, A., y Gómez, M. (2006). *Psicología del envejecimiento*. En J. C. Millan, principios de geriatría y gerontología. Madrid: printed in Spain .
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Holguin, G., Higueta, J., y Ceballos, L. (2016). Diseño e implementación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en un grupo de adultos mayores del centro gerontológico "dejando huellas" del municipio de Santa Fe de Antioquia. Antioquia. *FCSH repositorio digital. Universidad de Antioquia* (pp. 1-66).
- Jurado, M., Mataro, M., y Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid: síntesis. (pp. 1 - 239)
- Lacunza, A. B., y González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, (pp. 159 -182).
- León Rubio, J. y Medina Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. León (Edit.). *Habilidades sociales, teoría, investigación e intervención* (pp. 13-23). Madrid: Síntesis Psicología.
- Ministerio de Protección Social (2006). *Ley 1090 Código deontológico y bioético del psicólogo*. Colombia: El congreso de Colombia. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

- Ministerio de Salud (1993) ley 8430 *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de la mujer y desarrollo social. (2010). *Plan nacional para las personas adultos mayores*. Perú. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- Monjas Casares, M. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Morales, M. (2004). *Ser abuelo es la compensación de Dios por envejecer*. Catarina. (pp. 1-23).
- Naciones Unidas. (2013). *Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional*. Recuperado de [https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos\\_PMayores\\_M2.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2016). *ONU*. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *OMS*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=94C0640AD0EE9D41F8EA8716BAB2A5D9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=94C0640AD0EE9D41F8EA8716BAB2A5D9?sequence=1)
- Pacheco, M. I. (2009). Efecto de un taller de habilidades sociales en el comportamiento asertivo de niños y niñas de la I etapa de educación básica. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., y Feldman, R. D. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill Educación.

- Papalia, D. E., Feldman, R. D., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill Companies.
- Patiño, Y., y Suárez, E. (2011). Funcionalidad física de personas mayores. Institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Universidad Simón Bolívar. *SciELO*. 4438-447.
- Petersen, R., Geda, Y., y Negash, S. (2012). Deterioro cognitivo leve. En Weiner, M. F., y Lipton, A. M., Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (pp. 173 - 178). Argentina: *Editorial medica panamericana*.
- Pose, M., y Manes, F. (2010). Deterioro Cognitivo Leve. Buenos: Instituto de neurología cognitiva.
- Ramírez, A., González, T., y Klimenko, O. (2011). Diseño, aplicación y aplicación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores institucionalizados en el hogar Santa Isabel del municipio de Envigado. *Psicoespacios revista virtual*, (pp. 43-64).
- Real Academia Española. (2014). *Real Academia Española*. Recuperado de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- República, C. d. (2009). Ley 1276 de 2009. Colombia: *Diario oficial N° 47.223*.
- Rodríguez, B., Carrasco, B., Delgado, Y., y Palenzuela, M. (2012). Terapia de rehabilitación con entrenador mental en el adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Medimay*. (pp. 1-9).
- Rodríguez, K. (2010). *Vejez y Envejecimiento*. Bogotá: Universidad Del Rosario.
- Salud, S. (2012). Guía de práctica clínica. Gobierno Federal, (pp. 2-61).
- Schaffer, R. (1990). El desarrollo de la competencia interactiva en la infancia. En P. E. Bitti, & A. Palmonari, *Aspectos cognitivos de la socialización en la edad evolutiva* (pp. 37-50). España: Ediciones nueva visión.
- Secretaria, S. M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto en el primer nivel de atención. México: *CENETEC*.

Secretaría jurídica distrital. (2009). Ley 1276 de 2009 nivel nacional. Bogotá: *Diario Oficial* 47.223

Sosa, M. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez ¿fenómeno normal? *Facultad de psicología*

*Uruguay*. Retomado de:

[http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_m.jose\\_sosa.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf)

f. 2-31.

Vicenzo, F. (2016). *Consideraciones para pensar al adulto mayor con deterioro cognitivo leve*.

Universidad de la República Uruguay. (pp. 1-32)

## 18. Presupuesto

Nota: anexar los documentos complementarios del proyecto que considere pertinente.

1. PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO				
RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Personal	\$1.000.000			\$1.000.000
Material y suministro	\$500.000			\$500.000
Salidas de campo	\$800.000			\$800.000
Bibliografía	\$1.000.000			\$1.000.000
Equipos	\$500.000			\$500.000
Otros	\$200.000			\$200.000
Asesoría docente	\$500.000			\$500.000

TOTAL		4.500.000				4.500.000
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL</b>						
Nombre del Investigador	Función en el proyecto	Dedicación h/semana	Costo			Total
			Estudiante	Institución - IUE	Externa	
	Investigadoras y redactoras	8horas/5días	\$333.333			\$333.333
	Investigadoras y redactoras	8horas/5días	\$333.333			\$333.333
	Investigadoras y redactoras	8horas/5días	\$333.334			\$333.334
TOTAL			\$1.000.000			\$1.000.000
<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL Y SUMINISTRO</b>						
			Costo			Total

Descripción de tipo de Material y/o suministro	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Folios de papel, impresiones, pruebas, lápices, lapiceros, entre otros	\$500.000			\$500.000
TOTAL	\$500.000			\$500.000

<b>DESCRIPCIÓN DE SALIDAS DE CAMPO</b>				
Descripción de las salidas	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Pasajes	\$400.000			\$400.000
Almuerzos y refrigerios	\$400.000			\$400.000
TOTAL	\$800.000			\$800.000

<b>DESCRIPCIÓN DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO</b>				
Descripción de compra de material bibliográfico	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Documentos, artículos, libros, impresiones, fotocopias, entre otros	\$1.000.000			\$1.000.000

TOTAL	\$1.000.000			\$1.000.000
-------	-------------	--	--	-------------

<b>DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS</b>				
Descripción de compra de equipos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Computadores, cámaras y grabador de voz	\$500.000			\$500.000
TOTAL	\$500.000			\$500.000

<b>DESCRIPCIÓN DE OTROS GASTOS FINANCIADOS</b>				
Descripción de otros gastos	Costo			Total
	Estudiante	Institución - IUE	Externa	
Elementos imprevistos	\$200.000			\$200.000
Asesoría docente	\$500.000			\$500.000
TOTAL	\$700.000			\$700.000

<b>2. CRONOGRAMA*</b>				
TIEMPO	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre



ACTIVIDADES				
Elección del tema	X			
Búsqueda de antecedentes	X	X		
Elaboración del planteamiento del problema	X	X	X	
Elaboración de justificación y objetivos		X	X	
Elaboración de marco institucional, teórico y legal		X	X	
Elección de metodología e instrumento		X	X	
Ajustes del anteproyecto			X	X
Entrega del anteproyecto				X

## 19. Anexos

### 19.1 Consentimiento informado

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de ciencias sociales

Facultad de Psicología

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de investigación “características de las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con o sin deterioro cognitivo”, que tiene

como objetivo identificar cuáles son las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores con o sin deterioro cognitivo.

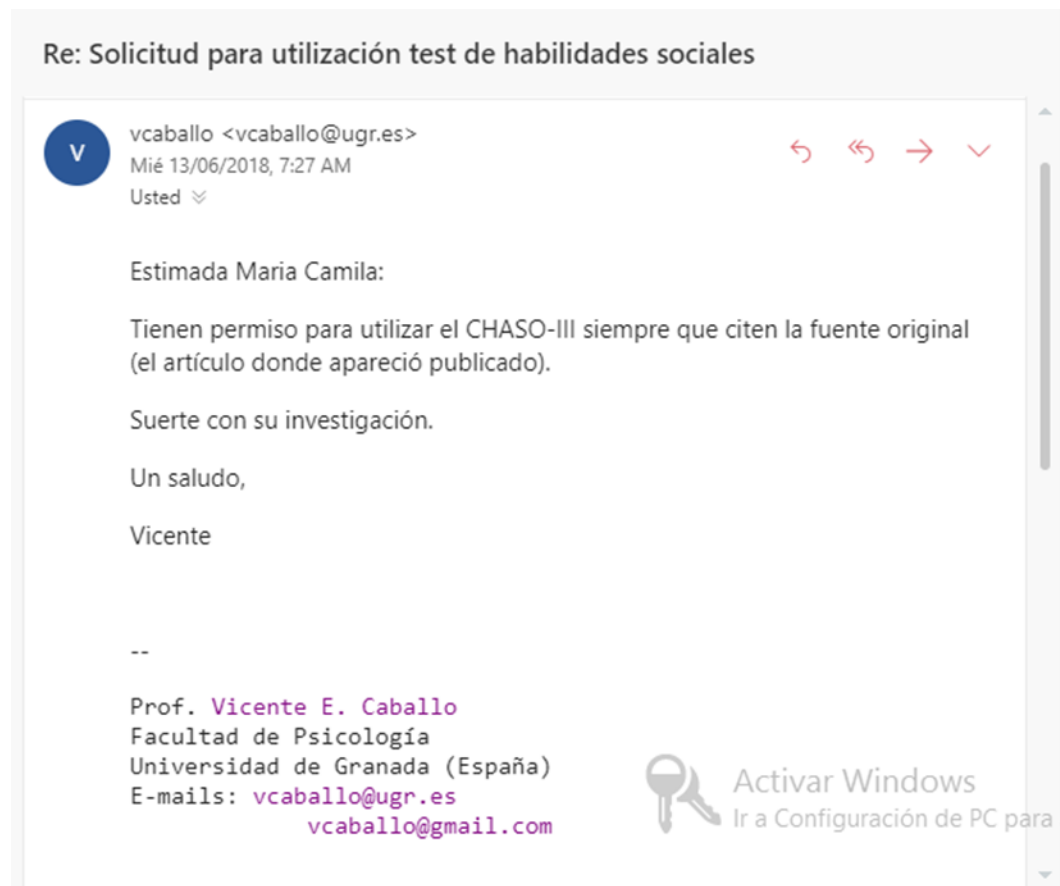
Su participación consistirá en responder un “cuestionario de habilidades sociales” (CHASO) de Vicente E. Caballo, que posibilita identificar como las habilidades sociales en los adultos mayores del entro Bienestar del Anciano Hogar Nazareth se han visto afectadas o no a causa del deterioro cognitivo.

La aplicación será llevada a cabo por María Isabel Cañaveral Cano con CC 1.037.653.093 de envigado; María Camila Cañas Diosa con CC 1.037.653.095 de envigado; Coresma Martínez Arrieta con CC 1.052.997.811 de magangue del equipo de investigación, toda persona estará en capacidad para decidir su libre colaboración en el estudio, la información resultante de esta investigación será manejada confidencialmente por el grupo de investigadores. Su participación y colaboración en el proyecto será de gran ayuda. Muchas Gracias.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

## 19.2 Autorización para la utilización de la prueba CHASO



## 19.3 Cuestionario de habilidades sociales

### 19.3.1 Cuestionario de habilidades sociales (chaso).

(Caballo, Salazar, Iurrtia y Equipo de Investigación CISO-A, 2016)

El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como Usted actúa normalmente, reflejando la probabilidad con la que llevaría a cabo la conducta si se Presentará la ocasión. Responda señalando con una X en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos incluidos en el cuestionario es característico o propio de usted, conforme a la siguiente puntuación:

1	2	3	4	5
Muy poco característico de mi	Poco característico de mi	Moderadamente característico de mi	Bastante característico de mi	Muy característico de mi

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera sincera; no se preocupe porque No existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

1. Pedir disculpas cuando mi comportamiento ha molestado a otra persona 1 2 3 4 5
2. Pedir que baje la voz a alguien que está hablando demasiado alto en el cine 1 2 3 4 5
3. Mantener la calma cuando me he equivocado delante de otras personas 1 2 3 4 5
4. Decir a alguien que no se cuele en la fila 1 2 3 4 5
5. Pedir a una persona que me atrae que salga conmigo 1 2 3 4 5
6. Decir a otra persona que respete mi turno de palabra 1 2 3 4 5
7. Disculparme cuando me equivoco 1 2 3 4 5
8. Decir que “no” cuando no quiero prestar algo que me piden 1 2 3 4 5
9. Decir a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor 1 2 3 4 5
10. Mantener la calma cuando me hacen una broma en público 1 2 3 4 5
11. Decir a otra persona que deje de molestar o de hacer ruido 1 2 3 4 5
12. Responder a una pregunta de un profesor en clase o de un superior en una reunión 1 2 3 4 5
13. Invitar a salir a la persona que me gusta 1 2 3 4 5
14. Hablar en público ante desconocidos 1 2 3 4 5
15. Mantener la calma ante las críticas que me hacen otras personas 1 2 3 4 5

16. Decir que me gusta a una persona que me atrae 1 2 3 4 5
17. Hablar ante los demás en clase, en el trabajo o en una reunión 1 2 3 4 5
18. Salir con gente que casi no conozco 1 2 3 4 5
19. Pedir disculpas a alguien cuando he herido sus sentimientos 1 2 3 4 5
20. Insistir en saludar a alguien cuando antes no me ha respondido 1 2 3 4 5
21. Dar una expresión de cariño (besos, abrazos, caricias) a personas que quiero 1 2 3 4 5
22. Asistir a una fiesta donde no conozco a nadie 1 2 3 4 5
23. Mantener la calma al hacer el ridículo delante de otras personas 1 2 3 4 5
24. Participar en una reunión con personas de autoridad 1 2 3 4 5
25. Responder a una crítica injusta que me hace una persona 1 2 3 4 5
26. Expresar una opinión diferente a la que expresa la persona con la que estoy  
Hablando 1 2 3 4 5
27. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones 1 2 3 4 5
28. Responder a una crítica que me ha molestado 1 2 3 4 5
29. Mantener una posición contraria a la de los demás si creo que tengo razón 1 2 3 4 5
30. Dar una expresión de apoyo (abrazo, caricia) a una persona cercana cuando lo  
Necesita 1 2 3 4 5
31. Mostrar afecto hacia otra persona en público 1 2 3 4 5
32. Pedir explicaciones a una persona que ha hablado mal de mí 1 2 3 4 5
33. Hacer cumplidos o elogios a la persona que quiero 1 2 3 4 5
34. Rechazar una petición que no me agrada 1 2 3 4 5
35. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer 1 2 3 4 5
36. Decir que “no” cuando me piden algo que me molesta hacer 1 2 3 4 5

37. Si alguien ha hablado mal de mí, le busco cuanto antes para aclarar las cosas 1 2 3 4 5

38. Decir que “no” ante lo que considero una petición poco razonable 1 2 3 4 5

39. Pedir disculpas cuando me dicen que he hecho algo mal 1 2 3 4 5

40. Pedir explicaciones a una persona que me ha negado el saludo 1 2 3 4 5

© Fundación VECA (reservados todos los derechos). El cuestionario puede utilizarse para propósitos clínicos y de investigación sin autorización previa. No obstante, queda totalmente prohibida su publicación total o parcial por cualquier medio (electrónico, impreso, etc.) sin previa autorización por escrito de la Fundación VECA.

Instrucciones para la corrección del CHASO y las habilidades que evalúa:

Habilidad 1: Interactuar con desconocidos (Suma de los ítems 18, 22, 27 y 35)

Habilidad 2: Expresar sentimientos positivos (Suma de los ítems 21, 30, 31 y 33)

Habilidad 3: Afrontar las críticas (Suma de los ítems (Suma de los ítems 25, 26, 28 y 29)

Habilidad 4: Interactuar con las personas que me atraen (Suma de los ítems 5, 9, 13 y 16)

Habilidad 5: Mantener la calma ante las críticas (Suma de los ítems 3, 10, 15 y 23)

Habilidad 6: Hablar en público/Interactuar con superiores (Suma de los ítems 12, 14, 17 y 24)

Habilidad 7: Afrontar situaciones de hacer el ridículo (Suma de los ítems 20, 32, 37 y 40)

Habilidad 8: Defender los propios derechos (Suma de los ítems 2, 4, 6 y 11)

Habilidad 9: Pedir disculpas (Suma de los ítems 1, 7, 19 y 39)

Habilidad 10: Rechazar peticiones (Suma de los ítems 8, 34, 36 y 38)

Puntuación total: Suma de todos los ítems del cuestionario

### 19.3 Examen Cognoscitivo de Folstein “Minimental”.

Descripción: Esta es una escala clásica y de uso mundial, muy utilizada por los investigadores.

Permite realizar tamizaje de la función cognoscitiva general y que en aproximadamente 5 a 10 minutos da información suficiente con respecto a la presencia o no de déficit cognitivo. Explora y puntúa la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visual y espacial.

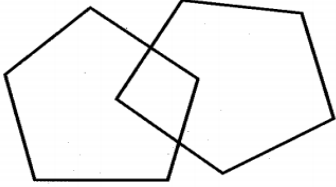
<b>NOMBRE:</b>	
<b>CÉDULA:</b>	<b>ESCOLARIDAD:</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<b>OCUPACIÓN.</b>
<b>EDAD:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>TEMPORALIDAD HOHAR:</b>	<b>REDES DE APOYO</b>
<b>EVALUADOR:</b>	<b>FECHA DE APLICACIÓN:</b>

<b>VALORACIÓN COGNITIVA MINIMENTAL</b>				
<b>ITEMS</b>		<b>PUNTAJ E</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>TOTA L</b>
¿Qué día es hoy?		0 - 1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (MÁX 5)	
¿Qué día de la semana?		0 - 1		
¿En qué mes estamos?		0 - 1		
¿En qué año estamos?		0 - 1		
¿Qué hora es?		0 - 1		
¿En qué lugar estamos?		0 - 1		

¿En qué sitio?		0 - 1	ORIENTACIÓN	
¿En qué barrio?		0 - 1	ESPACIAL	
¿En qué ciudad?		0 - 1	(MÁX 5)	
¿En qué país?		0 - 1		
Nombre estas tres palabras: <b>PARQUE, CABALLO, MANZANA</b> (Se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las tres, un máximo de 6 veces).		0 - 1 0 - 1 0 - 1	FIJACIÓN – RECUERDO INMEDIATO (MÁX 3)	
Si tiene 8 pesos y me va dando de dos en dos. ¿Cuánto le va quedando? (Detenga la prueba tras 5 sustracciones)	8 6 4 2 0	0 - 1 0 - 1 0 - 1 0 - 1 0 - 1	ATENCIÓN – CÁLCULO (MÁX 5)	
Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra <b>MUNDO</b> al revés (ODNUM)	O D N U M	0 - 1 0 - 1 0 - 1 0 - 1 0 - 1		



<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARQUE</b></li> <li>• <b>CABALLO</b></li> <li>• <b>MANZANA</b></li> </ul>		<p>0 - 1</p> <p>0 - 1</p> <p>0 - 1</p>	<p>RECUERDO</p> <p>DIFERIDO</p> <p>MEMORIA</p> <p>(MÁX 3)</p>	
<p>DENOMINACIÓN: Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Lo mismo con un reloj de pulsera.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>LÁPIZ</b></li> <li>• <b>RELOJ</b></li> </ul>		<p>0 - 1</p> <p>0 - 1</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>(MÁX 2)</p>	
<p>REPETICIÓN: Pedirle que repita la frase:</p> <p><b>EN UN TRIGAL HABÍAN 5 PERROS</b></p>		<p>0 - 1</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>(MÁX 1)</p>	
<p>ÓRDENES: Pedirle que siga la orden: “<b>COJA UN PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA</b>”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>COJALO CON LA MANO DERECHA</b></li> <li>• <b>DÓBLELO POR LA MITAD</b></li> <li>• <b>PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA</b></li> </ul>		<p>0 - 1</p> <p>0 - 1</p> <p>0 - 1</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>(MÁX 3)</p>	
<p>LECTURA: muéstrele al paciente una frase escrita que diga: “<b>CIERRE LOS OJOS</b>”. Pídale que la lea y haga lo que dice la frase. Si no es capaz realícelo por orden verbal.</p>		<p>0 - 1</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>(MÁX 1)</p>	

<p>ESCRITURA: Pedirle al paciente que escriba una frase completa (con sujeto y predicado)</p>		0 - 1	<p>LENGUAJE (MÁX 1)</p>	
<p>COPIA: Copie tal cual este dibujo. Para otorgar un punto deben estar presentes los dos círculos y la intersección.</p> 		0 - 1	<p>PRAXIA CONSTRUCTIV A (MÁX 1)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia:</p> <p>Normal: 30-25 ( )</p> <p>Sospecha de deterioro: 24-22 ( )</p> <p>Posible deterioro: 21-13 ( )</p> <p>Posible demencia: 12-0 ( )</p>			<p>PUNTUACIÓN TOTAL (MÁX 30 PUNTOS)</p>	

**ESCRIBA UNA FRASE Y DIBUJE**