

**ALTERACIONES DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS ORALES Y  
GESTUALES DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DIVINO NIÑO JESÚS DEL  
MUNICIPIO DE POPAYAN EN OCTUBRE DE 2002**

ANA SOFIA ARIAS  
SANDRA PAOLA CHILANGUÁ  
FRANCISCO JOSÉ SZÖCS

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA FONOAUDIOLOGÍA  
POPAYÁN

2003

**ALTERACIONES DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS ORALES Y  
GESTUALES DEL ADULTO MAYOR EN EL HOGAR DIVINO NIÑO JESÚS DEL  
MUNICIPIO DE POPAYAN EN OCTUBRE DE 2002**

ANA SOFIA ARIAS  
SANDRA PAOLA CHILANGUÁ  
FRANCISCO JOSÉ SZÖCS

Asesores

ISABEL MUÑOZ ZAMBRANO  
MIRYAN ADELA BARRETO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA FONOAUDILOGÍA  
POPAYÁN

2003

Nota de aceptación

---

Coordinador de Comité

---

Jurado

---

Jurado

Popayán, octubre de 2003.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir las alteraciones en habilidades comunicativas orales y gestuales en los adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús, mediante un estudio de tipo descriptivo de casos, en el que se analizaron los resultados de las evaluaciones realizadas a 16 personas (62.5% de mujeres y el 37.5% de hombres) que cumplen con parámetros de inclusión y exclusión correspondientes a personas entre 60 y 80 años, sin problemas neurológicos, mentales, o motores. Los cambios descritos como alteraciones en la comunicación obedecen a modificaciones fisiológicas y biológicas propias de la edad.

Los resultados se analizaron por grupo etáreo y por sexo, las alteraciones más encontradas fueron en la respiración, en la coordinación y la velocidad de los órganos fonoarticuladores; en toda la población estudio, y de manera reducida se encontraron alteraciones en las habilidades gestuales faciales y corporales. Este trabajo, sirve como punto de partida a nuevas investigaciones en el campo de la comunicación en personas de la tercera edad.

## CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. EL PROBLEMA.....	10
2.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.....	10
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	10
2.4. JUSTIFICACIÓN.....	12
2.5. OBJETIVOS.....	13
2.5.1 Objetivo general.....	13
2.5.2 Objetivos específicos.....	13
3. REFERENTE TEORICO.....	14
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	31
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	31
4.2. POBLACION.....	31
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	32
4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	32
4.5. PROCEDIMIENTO.....	33
4.6. TABULACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	35
5. CONCLUSIONES.....	44
6. RECOMENDACIONES.....	47
7. BIBLIOGRAFIA.....	48
8. ANEXOS.....	50

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N° 1.</b> Distribución de la población por grupo etareo.....	35
<b>Tabla N° 2.</b> Distribución de la población por sexo.....	36
<b>Tabla N° 3.</b> Frecuencia de alteraciones respiratorias por grupo etareo.....	37
<b>Tabla N° 4.</b> Frecuencia de alteraciones respiratorias por sexo.....	38
<b>Tabla N° 5.</b> Frecuencia de alteraciones de O.F.A por grupo etareo.....	41
<b>Tabla N° 6.</b> Frecuencia de alteraciones de O.F.A por sexo.....	42
<b>Tabla N° 7.</b> Frecuencia de disfunción vocal por grupo etareo.....	44
<b>Tabla N° 8.</b> Frecuencia de disfunción vocal por sexo.....	45
<b>Tabla N° 9.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales faciales por grupo etareo.....	46
<b>Tabla N° 10.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales faciales por sexo .....	47
<b>Tabla N° 11.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales corporales por grupo etareo.....	48
<b>Tabla N° 12.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales corporales por sexo.....	49
<b>Tabla N° 13.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades orales por grupo etareo.....	50
<b>Tabla N° 14.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades orales por sexo.....	51
<b>Tabla N° 15.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales Por grupo etareo.....	52
<b>Tabla N° 16.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales por sexo.....	53

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
<b>Gráfica N° 1.</b> Distribución de la población por grupo etáreo.....	35
<b>Gráfica N° 2.</b> Distribución de la población por sexo.....	36
<b>Gráfica N° 3.</b> Frecuencia de alteraciones respiratorias por grupo etáreo.....	37
<b>Gráfica N° 4.</b> Frecuencia de alteraciones respiratorias por sexo.....	38
<b>Gráfica N° 5.</b> Frecuencia de alteraciones de O.F.A por grupo etáreo.....	41
<b>Gráfica N° 6.</b> Frecuencia de alteraciones de O.F.A por sexo.....	42
<b>Gráfica N° 7.</b> Frecuencia de disfunción vocal por grupo etáreo.....	44
<b>Gráfica N° 8.</b> Frecuencia de disfunción vocal por sexo.....	45
<b>Gráfica N° 9.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales faciales por grupo etáreo.....	46
<b>Gráfica N° 10.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales faciales por sexo .....	47
<b>Gráfica N° 11.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales corporales por grupo etáreo.....	48
<b>Gráfica N° 12.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales corporales por sexo.....	49
<b>Gráfica N° 13.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades orales por grupo etáreo.....	50
<b>Gráfica N° 14.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades orales por sexo....	51
<b>Gráfica N° 15.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales Por grupo etáreo.....	52
<b>Gráfica N° 16.</b> Frecuencia de alteraciones en habilidades gestuales por sexo.	53

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo N° 1.</b> Formato de entrevista.....	60
<b>Anexo N° 2.</b> Formato de evaluación.....	62
<b>Anexo N° 3.</b> . Descripción de resultados de sensopercepción y lenguaje... ..	64
<b>Anexo N° 4</b> La Comunicación y el Lenguaje.....	65
<b>Anexo N° 5.</b> Propuesta de Intervención fonoaudiológica en habilidades orales y gestuales del adulto mayor.....	83



*Agradecemos a nuestros asesores, los abuelitos del  
Hogar Divino Niño Jesús de Popayán  
y el personal que labora en él.*

*A mi familia, por su apoyo constante e incondicional,  
a mi hijo Carlos Manuel, por ser el motor que impulsa mi vida,  
a Carlos Alberto Caicedo, por llegar a mi vida en el momento justo.*

*Sofia*

*A las tres mujeres más importantes en mi vida, Olga, Elizabeth, y Tita.*

*Y al Punk.*

*Francisco J.*

*A todas las personas que quiero.*

*Sandra P.*

## INTRODUCCIÓN

El adulto mayor ha transcurrido un periodo importante de vivencias que nos permiten estar orgullosos de él, ha adquirido muchos conocimientos y experiencias útiles para las generaciones siguientes, pero este mérito no se ha compensado, pues se toma como un obstáculo; de esto surgen problemas como el rechazo, lo cual hace que la calidad de vida decrezca en muchos de sus aspectos psicológicos, físicos, y comunicativos, de igual modo el continuo degeneramiento de los sistemas muscular, respiratorio, endocrino, nervioso y circulatorio, entre otros, afectan las actividades que les permiten comunicarse saludablemente, en consecuencia, se ve comprometido el uso de habilidades orales, lectoescritas y gestuales.

Por consiguiente, las habilidades comunicativas se pierden, lo cual implica una involución, ya que la comunicación es vital para el desarrollo de toda persona en su contexto social.

Es por eso, que se deben establecer las alteraciones que afectan el proceso comunicativo en el adulto mayor, que se presentan desde el punto de vista generacional, sin incluir factores neurológicos, psiquiátricos, psicomotrices, perceptuales, que afectan las habilidades comunicativas de una manera determinante a nivel del lenguaje, en las que su evaluación se realiza de forma diferente y específica, en este orden de ideas, la evolución normal es objeto del presente estudio, realizado con un grupo de personas del Hogar Divino Niño de Jesús del municipio de Popayán, durante el mes de Octubre del año 2002, el cual se desarrollo mediante un análisis descriptivo de casos, en un periodo y secuencia de corte transversal.

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

En las habilidades comunicativas de personas mayores de 60 años se tiene en cuenta la influencia de algunos factores psicológicos, ambientales, alteraciones anatómicas y patologías específicas, como: presbifonía, anodoncia, presbiacusia, dificultades motoras, etc., circunscritas en la evolución normal del ser humano, que afectan el desarrollo de estas habilidades.

En los adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán, existe una necesidad por establecer el estado de las habilidades comunicativas orales y gestuales de cada uno de ellos, por lo que no se ha llevado a cabo un estudio que evalúe específicamente cada una de estas funciones; siendo necesario además proyectar la Fonoaudiología como la disciplina especializada para la evaluación y manutención de estas habilidades.

### **2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las alteraciones en las habilidades comunicativas orales y gestuales en el adulto mayor del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán?

### **2.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

De envejecimiento se pueden encontrar múltiples investigaciones, sin embargo, específicamente en el tema de Lenguaje en el Anciano, los estudios son escasos, aún así, se tienen datos de algunos estudios relacionados con el tema de Habilidades Comunicativas, tales como los siguientes: la Fonoaudióloga y

Gerontóloga, Noemí Lopuzzo, se ha dedicado a su estudio, esencialmente su publicación electrónica llamada, *“El Lenguaje Y Los Trastornos Cognitivos En El Anciano, Sin Alteraciones Neurológicas”*, actualizada el 17 de octubre de 2003, en la que se refiere: “...a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y Psicológicas consecutivas a la acción del tiempo sobre los seres vivos”, los cambios en algunos aspectos lingüísticos tales como la semántica, la sintaxis y algunas pautas “...como prevención primaria y secundaria para mantener una vejez, digna y vivir plenamente con el mayor grado de autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible”.<sup>1</sup>

Por otro lado, a cerca del *“Envejecimiento Normal Y Demencia”*, Maria Cristyna Guerrero, Nolberta Malaga, Karent Gonzalez (de argentina), realizaron una investigación “...con el propósito de identificar las diferencias en las características cognitivas, a nivel de percepción, lenguaje, memoria y sociales, en el envejecimiento normal y demencial”. De lo que concluyeron, “...que dependiendo de la etapa de la demencia, las diferencias son más significativas, por ejemplo en la memoria, al principio de la enfermedad, no se evidencian diferencias con el envejecimiento normal”.<sup>2</sup>

Además, se encontró un trabajo de investigación llamado, *“La Vejez”*, preparado por Helga Arce, Patricia Contreras y Berta Gutierrez, estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción, Chile, en el que se “analizó la edad adulta tardía, en Chile, se describieron los cambios propios de la edad y los mitos y estereotipos culturales, que hasta hoy persisten, pero que diversas ramas del saber se están encargando de desterrar, con el propósito de intentar un cambio de concepción sobre el trato hacia las personas que envejecen”.<sup>3</sup>

Se considera la existencia de más investigaciones en correlación a la geriatría en Colombia, pero no se conoce su publicación en libros, revistas o en internet. Sin embargo se obtuvo conocimiento del trabajo de grado “Propuestas para cualificar

---

<sup>1</sup> LOPUZZO, Noemí. *“El Lenguaje Y Los Trastornos Cognitivos en el Anciano, Sin Alteraciones Neurológicas”*. Espaciologopedico.com. Octubre. 2003.

<sup>2</sup> GUERRERO, Maria C, MALAGA, Nolberta, GONZALEZ, Karent *“Envejecimiento Normal Y Demencia”*.Argentina, 2001.

<sup>3</sup> ARCE, Helga, CONTRERAS, Patricia, GUTIERREZ, Berta *“La Vejez”*.Chile, 2002.

el desarrollo de habilidades comunicativas en el anciano”, realizado por un estudiante de fonoaudiología. Beatriz Estela Zuluaga de la Universidad Católica de Manizales – Caldas, en el año de 1999.

#### 2.4. JUSTIFICACIÓN

La realidad inherente a nuestras condiciones sociales, ha relegado a un segundo plano la vida y participación del adulto mayor en su entorno social, sometiéndolo a un estado de abandono que influye en el deterioro de sus habilidades comunicativas (destreza para comunicarse), dichas habilidades se pueden mantener con el desarrollo de actividades que involucren la participación de un equipo interdisciplinario, que promueva el bienestar del adulto mayor en la conservación y el mantenimiento de las habilidades comunicativas orales y gestuales. Para ello, es necesario realizar un proceso de evaluación completo de base, dentro del que se determinen las frecuencias de las alteraciones que afectan las habilidades comunicativas, y al mismo tiempo confrontar teóricamente los resultados con lo documentado respecto al tema.

Los adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán, mantienen limitada su comunicación, debido a la falta de momentos destinados a promover el bienestar comunicativo y la interrelación personal; a pesar de que logísticamente existen lugares comunes, siendo un factor influyente en la recepción y producción de mensajes que favorecen la comunicación oral y gestual; por otro lado, el personal, técnico/profesional que trabaja en esta institución (medicina, fisioterapia, psicología), no tiene como objetivo primordial la interrelación comunicativa de estas personas, y además no existe el conocimiento teórico para una debida evaluación y estimulación lingüística, lo cual relega a un segundo plano el bienestar comunicativo.

Se pretende llenar un vacío de conocimiento y abrir un espacio de trabajo a nivel fonoaudiológico que genere expectativas para la posterior realización de investigaciones con este grupo poblacional.

La realización de este proyecto permitirá establecer un medio diagnóstico de las alteraciones en las habilidades comunicativas orales y gestuales de un grupo de adultos mayores, a partir de los resultados se pretende proponer estrategias de intervención que permitan fomentar las habilidades comunicativas.

De manera indirecta se pretende crear conciencia a largo plazo no solo al personal que trabaja con el adulto mayor sino a la población en general acerca del cuidado y establecimiento de la comunicación en los adultos mayores.

## 2.5. OBJETIVOS

### 2.5.1. Objetivo General

Determinar las alteraciones de las habilidades comunicativas orales y gestuales en un grupo de adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán.

### 2.5.2. Objetivos Específicos

- Establecer las condiciones y antecedentes generales del grupo de adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán.
- Distribuir la población estudio en las variables de edad y sexo.
- Determinar las alteraciones específicas de las habilidades orales del grupo de adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán.
- Determinar las alteraciones específicas de las habilidades gestuales del grupo de adultos mayores del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán.
- Determinar las características y distribución de las alteraciones orales y gestuales de acuerdo con la edad y el sexo.

### 3. REFERENTE TEÓRICO

La Fonoaudiología como se conoce es la ciencia que maneja la comunicación y el lenguaje en el ser humano, desde que se esta en el vientre materno hasta los últimos años de vida.

El hombre se basa en un ciento por ciento de sus capacidades o habilidades comunicativas gestuales y verbales para interrelacionarse con su medio ambiente, el cual lo enriquece al interactuar con él mismo, por ejemplo el niño pequeño necesita producir sonidos específicos y propios de su edad para conseguir lo que desea, es así como el proceso de comunicación se torna complejo hasta llegar a la adultez donde se piensa que es el tope a nivel de comunicación. A partir de esta etapa y en conjunto con los cambios biológicos el lenguaje empieza un proceso de “enlentecimiento” como lo denominan muchos autores (Rabadán y cols. 1997), que se han interesado en los cambios que se producen en el hombre, a nivel del lenguaje en los últimos años de vida.

Por lo anterior, el siguiente marco teórico trata los diferentes aspectos que envuelven los cambios de la vejez, dentro de las habilidades comunicativas orales y gestuales, como el conjunto de aspectos fisiológicos y psicológicos que aportan este proceso, llamados respiración, voz, articulación, dicción, pronunciación, personalidad y percepción, entre otros, que muestran cambios significativos en todo ser humano; y en cuanto respecta a la Fonoaudiología, todo cambio comunicativo debe ser estudiado y por ende ocuparse para que la comunicación al final de los años sea la mejor en cada individuo.

#### ***Bienestar Comunicativo***



Es el estado óptimo para comunicarse, transmitir lo que se quiere y se piensa, mediado por las relaciones humanas, el cual se da a través de la integración de las áreas de percepción, cognición, aprendizaje y memoria.

En el dominio de las capacidades de comunicación, objeto de interés de la Fonoaudiología, el uso eficiente de la comunicación ha sido definido como una necesidad primaria al igual que como un derecho básico que hace posible la participación plena de las personas en su comunidad, y les otorga la oportunidad de producir efectos comunicativos en su ambiente. Esto se observa en la habilidad que tienen los individuos para influir o afectar, por medio de actos comunicativos. El grado en que un individuo puede modificar el ambiente a su favor, a través de la comunicación, determina de manera significativa el bienestar de su existencia como persona.

Ahora bien, cuando no es posible el uso eficiente de la comunicación, se restringen las posibilidades de participación y se limita la opción de afectar el entorno y asumir responsabilidad por las decisiones que afecten la propia vida, un ejemplo concreto es lo que sucede en las personas mayores, en éstas el bienestar comunicativo decrece a medida que los años pasan y nadie se interesa por mantenerlo, lo cual trae como consecuencia la pérdida de la capacidad potencial a nivel comunicativo.

### ***Comunicación, Lenguaje Y Cognición En La Vejez***

Los ancianos suelen utilizar ampliamente su lenguaje, hablan mucho y si no tienen con quien, hablan solos, porque el lenguaje es lo más importante que conservan. Gracias a este pueden guardar y compartir sus experiencias, hacer proyectos, y participar en distintos ámbitos sociales.

El alejamiento del sistema de vida productivo que tiene lugar con la jubilación, altera la red de relaciones sociales que se han construido durante la vida de una persona. Para la mayoría de las personas la nueva situación disminuye sus posibilidades de interacción, reduciéndolas a relaciones más elementales. Las

posibilidades de comunicación disminuyen, ya sea porque los ancianos se quedan solos, o porque las personas que conviven con ellos no son interlocutores más estimulantes.

La actividad lingüística en la vejez esta determinada por dos procesos: uno de carácter sociocultural, que es el alejamiento del sistema productivo, y otro, de carácter biológico, que es el deterioro propio de todos los seres vivos en la etapa final de su vida.

Las limitaciones lingüísticas que impone la nueva situación pueden estar paliadas por el nivel educativo en los ancianos, por las situaciones sociales privilegiadas en las que vivan o por la intervención educativa institucional.

Dentro del envejecimiento biológico hay un deterioro en todos los sentidos, y la pérdida de audición es el déficit sensorial mas generalizado con la edad, y prácticamente inevitable en las sociedades occidentales caracterizados por los altos niveles de ruido. La disminución de audición puede traducirse en problemas en la comprensión oral y reducción de la comunicación.

También la visión se deteriora y a partir de los 60 años las pérdidas de agudeza visual son cada vez mayores, sus consecuencias más evidentes son la pérdida de seguridad y el aislamiento de los ancianos. Aunque no son irremediables, y muchos reaccionan positivamente, puede tener influencia en los problemas de comunicación.

Se ha comprobado un deterioro cognitivo general en la vejez que afecta especialmente la inteligencia fluida o capacidad de procesamiento. Según, Hayflick (1987), en la vejez se observa un deterioro en varios de los subtest de la escala de inteligencia Weschler, que se refieren a la capacidad para establecer analogías, memoria verbal y razonamiento. En la vejez normal, al margen de posibles alteraciones específicas (afasias, disartrias, demencias), se produce un deterioro del lenguaje.

Numerosos estudios proporcionan datos a favor de la hipótesis de un deterioro del lenguaje asociado a la edad y que afecta el léxico, la sintaxis y la organización discursiva; se ha comprobado que en adultos mayores de 70 años pertenecientes

a diferentes culturas y lenguas se produce un deterioro en el rendimiento lingüístico general que afecta diferentes niveles y procesos lingüísticos.

Las alteraciones del lenguaje en la vejez normal no afectan las áreas cerebrales y por lo tanto, a diferencia de las afasias, no son selectivas de dominio (que afectan el lenguaje como sistema modular fonológico, sintáctico y léxico- semántico), sino que afectan el sistema atencional y de control, especialmente los procesos atencionales y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión. Afectan especialmente los aspectos del lenguaje en los cuales la capacidad de memoria operativa es más necesaria, acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso.<sup>4</sup>

Durante el proceso de envejecimiento se producen toda una serie de modificaciones, tanto morfológicas, como funcionales (ver anexo N° 4), que influyen preponderantemente en el lenguaje, algunas de las cuales se han enunciado previamente, sin embargo, conviene distinguir, la pérdida de peso del tejido cerebral, atrofia cerebral, alteraciones vasculares, alteración en el metabolismo neuronal y la función de los neurotransmisores,<sup>5</sup> como aspectos importantes en el funcionamiento general del cerebro humano.

Por lo tanto, el envejecimiento afecta en forma global los procesos que se relacionan con el lenguaje, tales como la sensopercepción, la memoria y la atención, en sus mecanismos más simples de interacción relacionados con los cambios en el sistema neurológico los cuales se han enunciado previamente.

Onésimo Juncos Rabadán, sostiene que “con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, la memoria operativa, que afecta todos los aspectos del lenguaje, especialmente los procesos mas complejos”.

Para dar mayor especificidad a los cambios del lenguaje en la vejez es necesario hablar de la memoria, la cual es el centro de las operaciones básicas de todo

---

<sup>4</sup> JUNCOS Rabadán, Onésimo. *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*. Editorial Masson. Barcelona. 1998.

<sup>5</sup> Obcid. Pág. 24

proceso lingüístico y cognitivo; de esta manera, la memoria se encarga de aspectos como el acceso léxico, comprensión y la producción de oraciones complejas como también la comprensión y producción del discurso; los cuales empiezan a disminuirse en el anciano.

Antes de revisar los cambios que se presentan a nivel de memoria en el anciano, se debe definir el concepto de la misma como “la facultad o capacidad encargada de registrar (Percepción) la información (Atención), fijarla (Concentración) y restituirla (imaginación, orientación temporoespacial y reminiscencias).”

### *Cambios En La Memoria Del Anciano.*

El patrón de cambio más evidente y que puede considerarse característico en la vejez es el enlentecimiento, se define como: “tiempo necesario para cualquier tarea que requiera la mediación del sistema nervioso central” (Birren y Fisher 1992). El enlentecimiento parece que es el cambio más significativo observado en todos los organismos que envejecen. Afecta todo el comportamiento y especialmente la cognición, que se ha explicado por la menor rapidez en las transmisiones neuronales (en los ancianos se refleja por cambios en la actividad eléctrica cerebral y por unos tiempos de reacción más elevados para todas las actividades).

El enlentecimiento es la contrapartida evolutiva, a la rapidez de respuestas y de procesamiento, que se manifiesta en fases más tempranas del desarrollo, las cuales se presentan como patrones genéticos que están presentes en la evolución del hombre.

Al hablar de deterioro cognitivo en la vejez se nombran 3 conceptos, los cuales se relacionan unos con otros:

1. Memoria operativa: la memoria operativa abarca dos aspectos:
  1. 1 Memorización o almacenamiento temporal de información (memoria a corto plazo), relacionada con el lenguaje y el razonamiento.
  1. 2 Procesamiento o manipulación de la información (memoria a largo plazo), referida al almacenamiento, mantenimiento e inhibición de información.

En la memoria operativa parece que al llegar la vejez, todos sus componentes estructurales se ven afectados (fonológico, visoespacial y ejecutivo central de atención y supervisión) y sus componentes funcionales (capacidad de almacenamiento a corto plazo, eficacia de procesamiento y capacidad de control). Es el caso, cuando el subsistema fonológico falla se observan problemas en la fluidez verbal. La organización estructural del conocimiento (memoria semántica) y la capacidad de almacenamiento se mantiene en los ancianos, pero se altera la organización funcional de este y la eficacia en el procesamiento.

## 2. Memoria Operativa Y Procesos Inhibitorios

Se define inhibición (Kinsbourne 1980) como aquellos procesos que posibilitan la consecución de la eficiencia en cualquier modalidad de comportamiento mediante la supresión de los planes de acción ineficaces para este.

La memoria operativa se relaciona directamente en los procesos inhibitorios por medio de los mecanismos atencionales y la capacidad para atender la información relevante e inhibir las interferencias o atención selectiva, este último aspecto (Stoltzfus y col 1996) se encuentra alterado en la vejez.

El proceso de inhibición permite determinar el tiempo de reacción, y la eficacia con que un individuo inhibe la atención a un estímulo distractor.

El deterioro de los procesos inhibitorios en los ancianos puede agruparse en torno a tres aspectos sensoriales, de aprendizaje y de activación semántica. El origen de este deterioro podría ser una alteración en la dinámica cerebral, una alteración en el proceso de excitación e inhibición, o una alteración en el proceso de inhibición. Esta inhibición explica la reducción de la capacidad de la memoria operativa y el enlentecimiento en el procesamiento dado en la vejez. Esta argumentación se basa en que los lóbulos frontales del cerebro se desarrollan más tarde y son los primeros en involucionar en la vejez, además se presenta el descenso en los niveles de Ácido Ribonucleico (por un metabolismo proteico defectuoso), que acarrea menor tamaño, volumen y densidad de las células que traen consigo disminución de peso del cerebro y en el grosor cortical de la región

frontal, posteriormente atrofia cortical alrededor de la séptima y octava década de la vida de los individuos.

### 3. Enlentecimiento Cognitivo

Se presenta de manera evidente en todas las tareas sensoriales, motoras y cognitivas en la vejez, corresponde a la velocidad con que se activa la información relevante dada por los procesos perceptivos, también influye la relación entre el tiempo de decisión y la precisión de la respuesta.

En conclusión, el deterioro de la memoria operativa puede explicar las alteraciones del lenguaje que se han encontrado en la vejez. El deterioro de la capacidad de control e integración (funciones de la memoria operativa), limita la eficacia operativa en los ancianos, explica los problemas de acceso léxico, de comprensión y producción sintáctica compleja y de organización del discurso los cuales son los principales problemas de lenguaje en esta edad.

## **Alteraciones Del Lenguaje Y Habla En La Vejez**

Como es sabido, el lenguaje se estructura desde los primeros estadios de la vida y poco a poco se organiza, influenciado por la parte cultural y de aprendizaje, sin desconocer el proceso de habla que se forma paralelamente al lenguaje, y que actúan de manera complementaria.

En el anciano, como se ha revisado en todo el trabajo, se presentan cambios anatómicos y fisiológicos los cuales afectan las características tanto del lenguaje como del habla, dentro de estos cambios se encuentran:

Léxico:

1. El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: los ancianos reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo del nivel cultural.

2. Dificultades importantes en el acceso léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos, incremento en los episodios de “en la punta de la lengua”, problemas para encontrar la palabra adecuada en una definición o dificultades en el recuerdo de las palabras.
3. El conocimiento conceptual no parece que se deteriora con la edad, sino que al parecer se incrementa en los ancianos.

El conocimiento léxico se mantiene tanto desde el punto de vista conceptual, como semántico y fonológico. Estas dificultades pueden diferenciarse de otros déficit en el léxico que tienen lugar en ciertos estados patológicos, como en las demencias y en las afasias, y que sí representan una alteración de la competencia comunicativa.

Lo que se observa es una dificultad para acceder a este conocimiento que se manifiesta en; incapacidad para encontrar nombres, aumento de los tiempos de reacción y uso de paráfrasis como estrategia compensatoria.

#### Sintaxis

Sobre las capacidades sintácticas en los ancianos, se han descrito dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas, esto puede ser debido a fallas en la memoria operativa, memoria verbal a corto plazo.

#### Discurso

Muchos ancianos presentan problemas en la organización del discurso tienen dificultades en comprender historias o noticias complejas; cuando cuentan historias, pierden el hilo conductor o los detalles de estas; prefieren los programas de televisión simples y lineales a las películas y programas mas complejos, etc.

El deterioro se manifiesta en efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso, la dificultad para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos que se presentan, o a partir de materiales visuales, y la dificultad para realizar historias coherentes estructuradas y con gran contenido informativo.

## Pragmática

El análisis de la pragmática en el lenguaje adulto se ha agrupado en dos aspectos, estructura de la conversación en la cual se encuentra turnos de conversación, miradas durante los turnos, control del tema de conversación, señales de seguimiento de la conversación (dan índice interacción y comunicación del sujeto durante la conversación), petición de aclaraciones, hacer aclaraciones (comprueban la actitud pasiva o activa del sujeto). Y la funcionalidad de la conversación, que analiza las funciones comunicativas dentro de la misma.

Los problemas más relevantes se sitúan en el discurso. Aunque la estructura de interacción de la comunicación está bastante bien conservada (respecto a los turnos y sigue la conversación), sus enunciados son demasiado cortos para satisfacer las necesidades del discurso y para mostrar un control sobre el tema de éste. Las funciones discursivas que domina son muy primitivas y se limitan a responder a preguntas, sin ninguna espontaneidad en su lenguaje.<sup>6</sup>

En lo que respecta al área de Habla, los cambios presentes en la vejez son palpables, como los que se nombran a continuación.

### *Alteraciones Respiratorias*

La capacidad respiratoria del anciano es inferior, pues la capacidad vital (volumen total de aire que un individuo puede movilizar) se encuentra disminuida porque el volumen de reserva inspiratoria (volumen máximo de aire inspirado) y el volumen de reserva espiratoria (volumen máximo de aire espirado) son inferiores a los que presenta un adulto joven.

Las causas de este proceso son variadas, aunque se pueden destacar como factores importantes la atrofia de la musculatura respiratoria y el anquilosamiento de las estructuras que forman la caja torácica y el propio pulmón, con una clara

---

<sup>6</sup> Ibidem.



pérdida de elasticidad. Se disminuye o altera la presión subglótica durante la fonación. De una manera directa la resonancia está alterada.

### *Voz senil (presbifonia)*

El estereotipo de la voz senil, voz ronca y ruda, aguda en hombres y grave en mujeres, responde a un análisis perceptual de esta, o sea, a la valoración que hace el propio oyente desde un punto de vista subjetivo. Esta identificación parece que es más fácil en las mujeres, debido a la caída del tono fundamental y al mismo tiempo se obtiene mayor fiabilidad en la valoración cuando es llevada a cabo por jóvenes.

#### ➤ Tono

Frecuencia de vibración de la mucosa de las cuerdas vocales, parece que es más elevada (voz aguda) en hombres ancianos que en adultos no seniles (Brown, 1991). Muestra una Frecuencia fundamental media de 109 Hertz en hombres adultos y una frecuencia fundamental media de 127 Hertz en hombres mayores (casi un tono y medio de diferencia). Esto parece estar relacionado con factores hormonales, ligados al cese de la actividad sexual y a la atrofia del músculo vocal. En mujeres la mayoría de los estudios destacan como una de las características más constantes el mayor índice de variabilidad de la frecuencia fundamental en el colectivo geriátrico femenino con respecto a mujeres jóvenes. En el estudio de Brown (1991), las mujeres adultas no ancianas presentaban una frecuencia fundamental media de 193 Hertz y las ancianas, de 175 Hertz (un tono de diferencia). Este descenso está relacionado con la atrofia mucosa y el edema submucoso de las cuerdas vocales, debido a los cambios hormonales menopáusicos. Realmente, lo que se produce es una masculinización de la voz, ya que falta la secreción ovárica de estrógenos para equilibrar la secreción de hormonas masculinas que, así mismo, continúan segregando las glándulas suprarrenales.

Para algunas mujeres, los periodos menstruales, el embarazo y la menopausia no tienen influencia aparente sobre la fonación, mientras que en otras la voz se ve afectado por los cambios hormonales.

➤ Volumen

Amplitud de la vibración de la mucosa de las cuerdas vocales, hay una disminución de la intensidad máxima pero al mismo tiempo un aumento de la intensidad mínima, no hay diferencias en las intensidades medias por lo tanto no se ve afectado el nivel conversacional de la voz, aunque sí la voz proyectada, que presentaría dificultades.

➤ Timbre

Resultado de la transformación del sonido laríngeo por las cavidades de resonancia, es el parámetro acústico que más define una voz; por tanto es evidente que la voz senil presente unas características tímbricas concretas.

El timbre vocálico está alterado debido a cambios en las frecuencias entre 250 y 750 Hertz, que se produce en la cavidad faríngea, y en las frecuencias entre 700 y 2500 Hertz constituido por la cavidad bucal donde se refuerzan. Parece que en la percepción acústica de la voz mas grave en la mujer anciana interviene una caída del timbre vocálico, a causa de un descenso de la laringe en el cuello o alteraciones que se producen en la posición de las estructuras del habla.

Se produce un enlentecimiento del habla con mayor duración de vocales y consonantes, sin embargo, el origen de este enlentecimiento se ha de buscar fundamentalmente en problemas articulatorios, que obviamente están cambiando la voz y también el timbre.

➤ Duración

El proceso de respiración esta íntimamente ligado con la duración del acto fonatorio, pues este depende de la capacidad espiratoria que ya se ha enunciado, la cual se encuentra reducida. Además se debe tener en cuenta que debido a las características anatómicas y fisiológicas de la persona anciana el acto respiratorio y por ende el de duración se encuentran disminuidos.

## *Articulación y Pronunciación en la Vejez*

A pesar que no se encuentran estudios especializados en este tema, de acuerdo a los cambios que sufre el organismo en esta edad y los componentes que hacen parte del aparato estomagotónico, como pieza esencial en la articulación y pronunciación, se considera que conociendo que estas son el resultado de la acción conjunta de los músculos oro faciales y de los huesos, especialmente de la mandíbula, y tendiendo como precedente lo ya enunciado en aspectos físicos del proceso de envejecimiento, se encuentra que al presentar piel laxa, disminución de la masa muscular e hipo tonicidad, pérdida de dientes y cambio en las encías, flacidez de los músculos que afectan la masticación y adaptación de prótesis dentales, disminución de secreción de saliva lo cual hace mas difícil la deglución y la emisión de las palabras se hace mas ininteligible; si bien no todas las personas presentan todas estas características, se pueden encontrar dificultades en la pronunciación por causas anatómicas más no centrales ya que no se han perdido los engramas articulatorios y funcionales del sistema orofacial, al mismo tiempo el aumento de la hormona tiroidea altera el metabolismo de los hidratos de carbono, especialmente en el contenido de ácido láctico extracelular manifestado en la presencia de calambres en los músculos de las extremidades como también en los músculos de la masticación, donde la contracción clónica puede producir mialgias que se califican fácilmente como jaquecas y migrañas cuando realmente son calambres que constriñen los vasos sanguíneos y los filetes nerviosos embebidos en los músculos de la cabeza, de manera unilateral o bilateral.<sup>7</sup> sea el caso, se encontrarán alteraciones en aquellas personas que presentan un alto grado de presbiacusia en las cuales se observan dificultades en la discriminación y producción de fonemas tales como s, f, k, g, sin encontrar alteraciones en la realización de praxias orofaciales específicas.

---

<sup>7</sup> BARRETO, José Fernando. *Odontogeriatría Holística*. Editorial Universidad Santiago de Cali . Colombia. 2001

## *Postura Corporal En La Vejez*

Como se ha enunciado, la postura juega un papel determinante en la expresión gestual y oral, ya que al no haber una adecuada posición se afectan procesos fundamentales que permiten la comunicación, tales como la respiración, la voz, la capacidad comunicativa entre otros.

Con el envejecimiento, el sistema esquelético, que comprende las partes óseas y las articulaciones, sufre la constante pérdida de sustancia ósea a la que ya se hizo referencia.

La desmineralización esquelética propia del proceso de envejecimiento, es decir, que no esta relacionada con enfermedades, se llama osteoporosis primaria, obedece a factores ,como la insuficiente ingesta de calcio, o la pérdida de mineral por vía digestiva o urinaria, y llega a causar inactividad física, que puede estar motivada por otras causas como pies dolorosos.

Debido a la osteoporosis senil, los huesos se vuelven frágiles y más susceptibles de fractura, aun con traumatismos leves.

Se observa cambios importantes en la posición de las vértebras, manifestado en el deterioro de las sustancias que la componen, causantes de la disminución de la longitud de la columna vertebral y por consiguiente de la talla corporal. <sup>8</sup> (Ver anexo N° 4)

## ***Aspecto Sicologico Y De Personalidad En El Adulto Mayor***

El papel psicológico es tan importante como el físico y fisiológico, ya que al existir dificultades a este nivel, la comunicación se deteriora. Existen aspectos que enmarcan esta etapa de la vida, tales como la soledad, abandono de los seres queridos, lo cual trae implicaciones a nivel comunicativo, ya que si bien, no esta

---

<sup>8</sup> SALAZAR, Raquel. *Gerontología y Geriatria*. Editorial Interamericana. México 1985.

tan alterada la parte orgánica, la psicológica impide que se desarrolle a cabalidad.

Cuando se tiene una buena salud emocional, se pueden expresar todas las emociones apropiadamente. Si se presenta dificultad en realizar lo anterior sugiere una carencia actual de la buena salud emocional y por ende una dificultad comunicativa.

La salud emocional se relaciona con la salud física, psicológica, mental, social, y cognoscitiva, así como a hábitos del comportamiento. Los cambios en uno de éstos pueden, en personas adultas mayores, derramarse rápidamente encima para causar cambios en uno o más de los otros. Por ejemplo, la depresión debido a la viudez puede afectar la salud cognoscitiva y física deteriorada.<sup>9</sup>

### *Los Problemas Mentales De Los Ancianos*

El curso del envejecimiento no implica necesariamente deterioro mental. En ancianos, aparecen niveles similares de funcionamiento intelectual a los de etapas anteriores, con el único requisito de haber llevado desde siempre una vida mentalmente "activa".

Con la edad aparece el declive en la capacidad de adaptación, la pérdida de memoria inmediata, se incrementa el tiempo de reacción, la capacidad verbal declina menos que la psicomotriz, al tiempo que la capacidad de aprendizaje se reduce, sobre todo si estos aprendizajes incluyen elementos novedosos para el anciano.

Con respecto a los aspectos de personalidad, los estudios sugieren que con la vejez aumenta la introversión y disminuye la sociabilidad. Las mujeres se vuelven más activas y dominadoras, al tiempo que en los hombres aumenta la pasividad.

---

<sup>9</sup> CATALAN, José Luis. « *Problemas Mentales en los Ancianos* ». [www.saludyenvejecimiento.es](http://www.saludyenvejecimiento.es) Zaragoza. España. 2003

## LOS ANCIANOS

### MANTIENEN

- Vocabulario
- Información general
- Sentido común
- Razonamiento aritmético
- Personalidad (hacia extremos)
- Razonamiento abstracto

### PIERDEN

- Capacidad de aprender
- Memoria
- Velocidad de reacción
- Atención-concentración
- Control emocional
- Organización espacio-temporal

Algunos de los factores que pueden sugerir deterioro mental son:

- Propensión a perder o no localizar cosas.
- Problemas de coherencia verbal.
- Abandono personal (vestido, higiene,...).
- Agresividad, ira.
- Incontinencia.
- Desorientación espacio-temporal.

Estos factores no siempre son síntoma de enfermedad mental, y pueden estar influidos por algún problema orgánico, efectos secundarios a la medicación que el anciano esté tomando, o simplemente, a alguna alteración significativa en el medio ambiente habitual en que se desenvuelve.

### ***Intervención Fonoaudiológica En El Adulto Mayor***

A fin de fomentar la cohesión a los regímenes terapéuticos en ancianos, deben dedicarse tiempo y esfuerzo a evaluar todas las variables que afecten su conducta relacionada con la salud. Además, es preciso valorar sus puntos fuertes y débiles, de modo que se aprovechen los primeros y se minimicen los segundos. Sobre todo, debe proporcionárseles una atención coordinada y continua.

En muchos estudios se ha mostrado que los adultos mayores pueden aprender y recordar si la información que se les enseña y se les proporciona de manera pausada y adecuada, sea relevante, y secundada por una retroalimentación apropiada, estrategias que se aplican a toda persona en aprendizaje.

Las estrategias de enseñanza que a menudo resultan eficaces incluyen una presentación lentamente acompañada de pequeñas cantidades de material en un mismo tiempo, la repetición frecuente de información y el uso de técnicas de reforzamiento, como materiales audiovisuales y escritos y sesiones de prácticas repetidas. El ambiente de enseñanza debe ser tal que disminuyan los estímulos de distracción tanto como sea posible.

Los cambios sensoriales relacionados con la edad también afectan la enseñanza y el aprendizaje. Las estrategias de enseñanza para adecuar la agudeza visual disminuida incluyen materiales fáciles de leer, de gran tamaño, que estén impresos en papel no brillante. Debido a que con frecuencia se altera la discriminación de colores, puede resultar ineficaz el uso de materiales de enseñanza con códigos de colores o con luces brillantes.

Para maximizar la audición, la persona encargada de la enseñanza habla en un tono de voz normal o pausada, que de alguna manera facilite al paciente poder leer los labios. Las pistas visuales con frecuencia resultan útiles para reforzar la enseñanza verbal.

Cuando se trabaja en colaboración del equipo interdisciplinario y con los miembros de la familia del paciente para facilitarle el aprendizaje, aumentan las posibilidades de éxito. Un aprendizaje exitoso por parte del anciano debe dar por resultado la mejoría en las capacidades para el cuidado personal, aumentar la autoestima y continuar con intentos futuros para aprender.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> BRUNNER. *Enfermería Medicoquirúrgica*. Vol. I 7ª edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. 1992.

La realización de trabajo en grupo puede mejorar el sistema terapéutico puesto que favorece la comunicación, estimula la cooperación y hace más divertidas unas sesiones que en ocasiones pueden parecer un poco académicas. Puede usarse un método de lenguaje para ancianos, de trabajo cooperativo en grupo con competición inter- grupos que se asemeje a juegos de competición.

La intervención logopédica descansa sobre dos pilares, uno, *posibilitar y desarrollar estrategias comunicativas que ayuden a superar la disminución de interacciones sociales* y otro pilar, *paliar y compensar el deterioro lingüístico*.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> RABADÁN Juncos, Onésimo. *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*. Editorial Masson. Barcelona. 1998.



## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de casos, de corte transversal.

### 4.2. POBLACIÓN

La población universo del Hogar Divino Niño Jesús cuenta con 102 adultos mayores. Para la selección de la población estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Edades entre 60 y 80 años.

De Exclusión:

- Personas que presenten limitaciones psíquicas, perceptuales (auditivas, visuales), neurológicas.
- Problemas de desplazamiento.
- Sobrepasar los 80 años.

Para la selección de la población objeto de estudio del hogar Divino Niño Jesús se revisaron 102 historias clínicas <sup>12</sup> correspondientes a la población universo, de las cuales se escogieron 43 obteniendo un grupo final de 16 personas.

---

<sup>12</sup> Datos obtenidos en el Hogar Divino Niño Jesús en febrero de 2002.

### 4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Operacionalización	Indicadores
Edad Sexo		Sociodemográfica	Frecuencia de personas entre 60-80  Frecuencia genero	años  femenino masculino
Habilidades comunicativas Orales	Forma de comunicación en la que intervienen conjuntamente las áreas de: respiración, voz, articulación, dicción y pronunciación.	Expresión oral  Habilidades comunicativas Orales: -Respiración: -voz -Articulación -Dicción y pronunciación. - Fluidez	Frecuencia de cada alteración encontrada	Respiración - adecuada - inadecuada Voz - Normal - agravada - Agudizada Articulación - Correcta - Incorrecta Dicción - Normal - Aumentada - Disminuida Fluidez - Normal - lento - Rápido
Habilidades comunicativas gestuales	Expresión de una idea a través de gestos faciales y movimientos corporales; dentro de esta se tiene en cuenta la postura.	Expresión Gestual Tipos de habilidades comunicativas gestuales: Postura: imitación de gestos, acciones, movimientos y posturas estáticas y dinámicas.	Frecuencia de Alteraciones en la Expresión Gestual	- Funcional - No funcional

### 4.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS

- Estudio y análisis de las historias de la población
- Observación directa y entrevista inicial diseñada para determinar el estado de la comunicación oral y gestual.
- Formatos de evaluación. (anexos)

#### 4.5. PROCEDIMIENTO

Se realizó la selección de la muestra a partir de la revisión de historias clínicas encontradas, a este grupo seleccionado de 43 personas se les realizó una entrevista previa que permite determinar aspectos tales como: orientación en persona, tiempo y espacio, conservación del lenguaje automático, la fluidez del lenguaje espontáneo de la cual se puede anotar de manera directa las áreas de la expresión oral y de manera indirecta las de la expresión gestual, y finalmente, se considera de suma importancia la disponibilidad hacia el desarrollo de las actividades (ver anexo N° 1), obteniendo una muestra de 16 personas (10 pertenecen al sexo femenino, 6 al sexo masculino), la cual se describe a continuación:

EDAD	SEXO	ORIENTACIÓN			LENGUAJE AUTOMÁTICO	LENGUAJE ESPONTANEO	VISION	AUDICIÓN	MOTRICIDAD	DISPONIBILIDAD
años		P	L	T	BIEN/MAL	F/NF				
68	F	B	B	B	B	F	B	B	Camina	Buena
68	F	B	B	B	B	F	B	B	Camina	B
70	M	B	B	B	B	F	B	B	Camina	B
78	M	B	B	R	B	F	B	B	Muletas	B
79	M	B	B	R	B	F	B	B	Camina	B
72	F	B	B	B	B	F	B	B	Camina	B
76	M	B	B	B	B	F	B	B	Dif. Caminar	B
78	F	B	B	R	B	F	R	B	Camina	B
70	F	R	B	B	B	F	B	B	Camina	B
65	F	B	B	M	B	F	B	B	Camina	B
72	F	M	B	B	B	F	B	R	Camina	B
72	F	B	B	B	B	F	B	B	Bastón	B
77	M	B	B	B	B	F	B	B	Camina	B
72	F	B	B	M	B	F	B	B	Camina	B
78	F	R	R	M	B	F	R	R	Camina	B
74	M	B	B	B	B	F	B	B	Camina	B

A partir de estas especificaciones se realizó una evaluación a la población objeto de estudio; por medio de una batería elaborada por los mismos investigadores, la cual evaluó las siguientes áreas: Habla, en la cual se incluyó respiración, examen anatómico-funcional de los órganos fono articuladores, postura facial y corporal, articulación, dicción; lenguaje expresivo y comprensivo, con ejercicios propios de

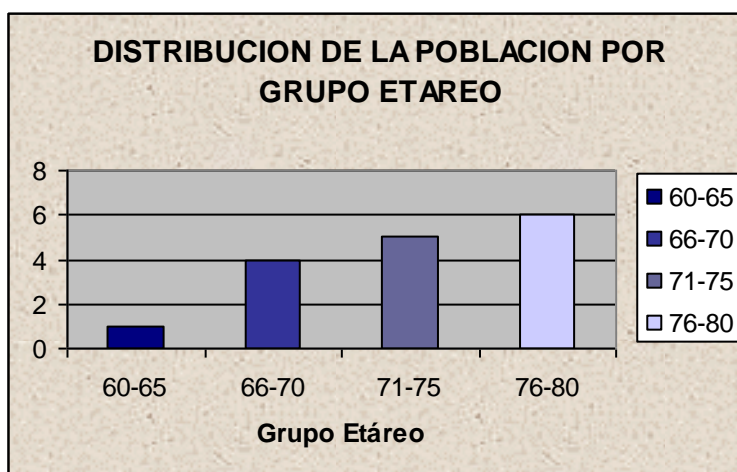
cada uno de estos; por último se evaluó el área de sensopercepción, específicamente la percepción visual y auditiva, también con pruebas específicas para estas (ver anexo N°2). Como observaciones al final de la prueba se tuvo en cuenta las manifestaciones conductuales de cada paciente ante la evaluación.

Para finalizar, y a partir de los pasos anteriores, se realizó el análisis de los datos obtenidos de acuerdo a las variables de sexo y grupo étnico.

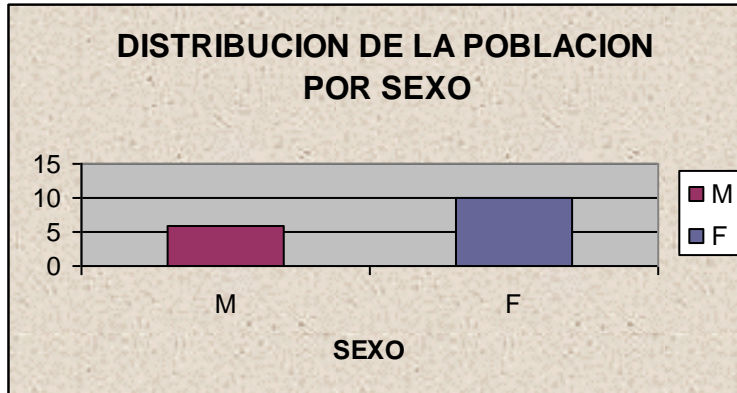
#### 4.6. TABULACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La tabulación y análisis de los resultados se realizó de acuerdo con las variables de edad y sexo frente a las habilidades orales y gestuales, encontradas en el grupo evaluado, se cuantificaron las alteraciones presentadas en la muestra (16 personas), ya que cada paciente puede presentar varias fallas simultáneamente; se detallaron los resultados en la valoración de manera específica, las tablas, las gráficas, la interpretación por grupo etáreo y a continuación el sexo y el análisis por cada una de las áreas valoradas (respiración, órganos fonoarticuladores, voz, habilidad gestual facial, habilidad gestual corporal), posterior a ello, se realizó el mismo procedimiento con las variables a nivel general (habilidades comunicativas orales, habilidades comunicativas gestuales).

<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Cantidad</b>
60-65	1
66-70	4
71-75	5
76-80	6
Total	16



<b>Sexo</b>	<b>Cantidad</b>
M	6
F	10
Total	16



A continuación se describirá de forma detallada los resultados obtenidos en la evaluación de respiración

La mayoría presenta un modo nasal combinado con un tipo costal superior tanto en reposo como en fonación, modo nasal: 11 personas; oral: 2 personas y mixto: 3 personas. Tipo respiratorio en reposo: costal superior, 14 personas; diafragmático, 1 persona y costo diafragmático, 1 persona. Los tiempos de retención varían entre un rango entre 0 y 30 segundos, con mayor prevalencia entre 6 y 15 segundos. De 0-5 segundos: 1 persona; de 6-10" 4 personas; de 11-15" 4 personas; de 16-20" 3 personas; de 21-25" 3 personas y de 26-30" 1 persona. La coordinación fono-respiro-articulatoria es inadecuada en 10 personas y adecuada en 6 personas, y la frecuencia respiratoria se encuentra en un promedio entre 21 y 25 respiraciones por minuto: 11 personas y entre 15- 20, 5 personas, lo cual es acorde para su edad cronológica, en la mayor parte de la población. En el tiempo de cierre glótico 4 personas obtuvieron resultados de 0 – 5 seg. , en 8 personas de 6-10 seg., 2 personas de 11-15 seg., 2 de 16 a 20 seg.

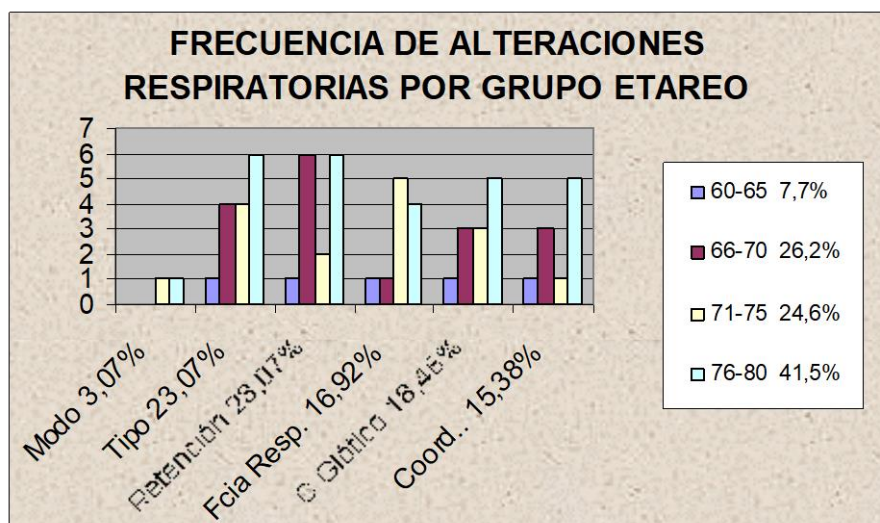
Postura: en la mayoría se encontró una postura acorde a lo esperado para su edad, en la cual se observa encorvamiento de la columna y simetría facial.

TABLA N° 3 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES RESPIRATORIAS POR GRUPO ETÁREO								
Edad	Modo	Tipo	Retención	Fcia Resp.*	C. Glótico**	Coord.***	Total	%
60-65	0	1	1	1	1	1	5	7,7
66-70	0	4	6	1	3	3	17	26,2
71-75	1	4	2	5	3	1	16	24,6
76-80	1	6	6	4	5	5	27	41,5
Total	2	15	15	11	12	10	65	100
%	3,07	23,07	23,07	16,92	18,46	15,38	100	

\* Frecuencia Respiratoria

\*\* Cierre Glótico

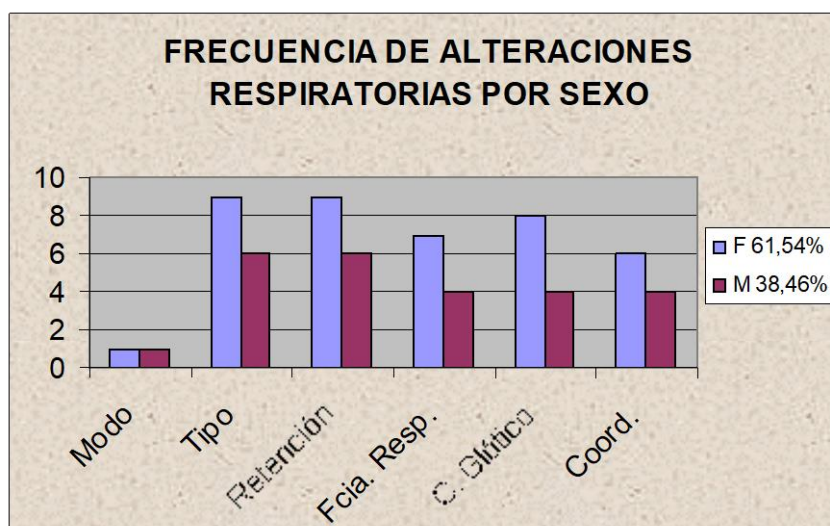
\*\*\* Coordinación



El mayor número de alteraciones de respiración se encontró en el grupo etáreo de 76-80 en un 41.5% y en menor número en el grupo etáreo de 60-65 correspondiente a 7.7%; en las cuales se tuvo en cuenta modo, tipo, retención,

frecuencia, coordinación fono respiratoria y el tiempo de cierre glótico, existiendo mayor dificultad en tipo respiratorio y retención de aire.

TABLA N° 4								
FRECUENCIAS DE ALTERACIONES RESPIRATORIAS POR SEXO								
Sexo	Modo	Tipo	Retención	Fcia. Resp.	C. Glótico	Coord.	Total	%
F	1	9	9	7	8	6	40	61,54
M	1	6	6	4	4	4	25	38,46
Total	2	15	15	11	12	10	65,00	100



De los resultados obtenidos se encontró mayor porcentaje de alteración respiratoria en el sexo femenino correspondiente al 61.54% de la población con disfunción respiratoria y un 38.46% en el sexo masculino; teniendo presente que la relación entre mujeres y hombres es de 10 a 6, los resultados tienden a ser equivalentes en ambos sexos.

La respiración es un proceso fundamental para vivir y además para la comunicación, ya que la corriente de aire espirado por el sistema pulmonar, junto



con la vibración de las cuerdas vocales dan como resultado el acto fonatorio en el ser humano desde sus primeras emisiones vocálicas, hasta la edad senil el proceso anteriormente explicado sufre cambios, dentro de estos se pueden destacar la disminución del tamaño de los discos intervertebrales lo cual lleva al incremento de la cifosis dorsal y cambios en la postura, calcificación de los cartílagos costales, aumento del tamaño de los alvéolos, cambio de los volúmenes de aire inspirado y espirado. disminución de la elasticidad de los músculos pulmonares lo cual lleva a la atrofia de los mismos desfavoreciendo la capacidad respiratoria afectándose así la duración del proceso respiratorio a través de la fonación.

Cuando la capacidad de aire inspirado disminuye se observan cambios particulares en el tipo con una tendencia costal superior, por consiguiente la frecuencia respiratoria aumenta, la retención disminuye, la coordinación fonorespiroarticulatoria se ve alterada, y el tiempo de cierre glótico disminuye.<sup>13</sup> Específicamente, con respecto al modo respiratorio, al caer la cabeza, la mandíbula se viene hacia adelante pero la base de lengua se mueve hacia atrás y hacia arriba retruye en la orofaringe, por lo cual restringe la respiración nasal, esto es mucho mas notorio y traumático por la costumbre de dormir o dormitar sentado que adquieren los ancianos.<sup>14</sup>

Descripción de resultados de evaluación de órganos fonoarticuladores:

- Labios: presentaron posición habitual, cerrados 13 personas, entreabiertos 1 persona y abiertos 2 personas. Anatomía de labios delgados 14 personas, tamaño mediano 2 personas. Movilidad adecuada 12 personas

---

<sup>13</sup> Estos aspectos de respiración en el anciano han sido documentados y comprobados por el Dr. Onésimo Juncos Rabadán, en su libro *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*, quién afirma que “la capacidad vital se encuentra disminuida porque los volúmenes de reserva inspiratoria y espiratoria son inferiores a los que presenta un adulto joven...” además, con respecto a las causas, él afirma que: “...son factores importantes, la atrofia de la musculatura respiratoria, anquilosamiento de las estructuras que forman la caja torácica y el propio pulmón, con una clara pérdida de elasticidad.”

<sup>14</sup> BARRETO, José Fernando. *Odontogeriatría Holística*. Editorial Universidad Santiago de Cali . Colombia. 2001.

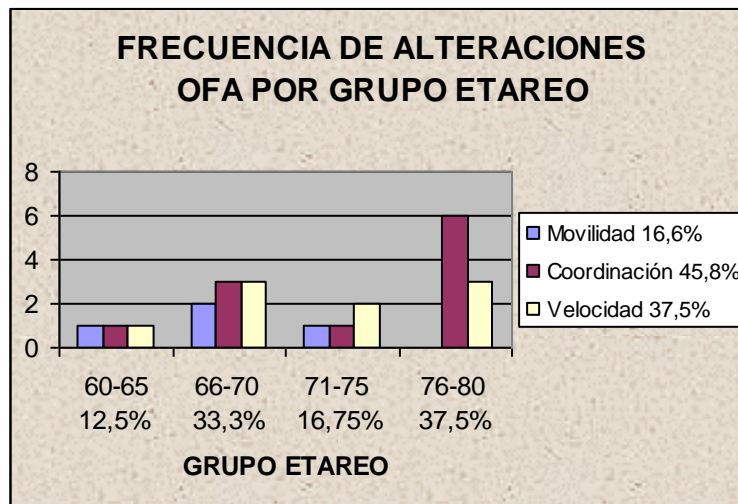
y limitada en 4 personas, tonicidad normal en 12 personas, disminuida en 3 personas y aumentada en 1 persona, sensibilidad normal en la totalidad de las personas, coordinación en los movimientos limitada en 7 personas, buena en 5 personas y mala en 4 personas. Velocidad disminuida en 9 personas y normal en 7 personas.

- Lengua: posición habitual en el piso de la cavidad oral 13 personas, en el paladar 2 personas, interdental 1 persona. En anatomía, color, forma y tamaño normal. Movilidad, sensibilidad y tono normal en la totalidad de la población evaluada. Coordinación de movimientos limitados en 7 personas, normales 6 personas e inadecuada en 3 personas. Velocidad en los movimientos normal en 8 personas, disminuida en 7 personas y aumentada en 1 persona.
- Mejillas: anatomía y sensibilidad normal, tono normal en 9 personas, disminuido en 7 personas, movilidad normal en 9 personas, disminuida en 5 personas e inadecuada 2 personas; coordinación de movimiento buena en 7 personas y limitada en 6 personas, inadecuada en 3 personas; velocidad disminuida en 7 personas, normal en 8 personas.
  - Velo: anatomía, movilidad y sensibilidad normales.
  - Paladar: forma y sensibilidad normales.
  - Frenillos: presentes pero no anormales.
  - Músculos: maseteros, pterigoideo interno y externo, tono normal 11 personas y disminuido en 5 personas, movilidad disminuida acorde al tono.
- Articulación: 15 personas presentan buena articulación audiblemente correcta y 1 persona realiza omisiones en su pronunciación, iguales resultados para la prosodia, fluidez normal en 14 personas y rápida en 2 personas evaluadas, y disminución en la apertura oral en 9 personas, normal en 7 personas. El tipo de dentición corresponde a un mayor

predominio del uso de prótesis de las cuales, 4 personas usan prótesis superiores removibles y total removible 8 personas

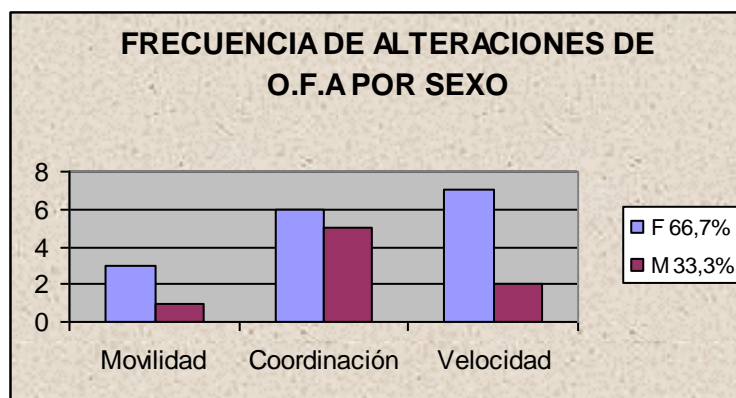
<b>TABLA N° 5 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES DE O.F.A* POR GRUPO ETAREO</b>					
<b>Edad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Coordinación</b>	<b>Velocidad</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
60-65	1	1	1	3	12,5
66-70	2	3	3	8	33,3
71-75	1	1	2	4	16,7
76-80	0	6	3	9	37,5
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>16,6</b>	<b>45,8</b>	<b>37,5</b>	<b>100</b>	

\* Órganos Fonoarticuladores



El 37.5% de la población entre 76-80 años presentó alteraciones de O.F.A, con mayor predominio en la coordinación, en los demás grupos etáreos se encuentran alterados todos los aspectos de movilidad, coordinación y velocidad.

TABLA N° 6					
FRECUENCIA DE ALTERACIONES DE O.F.A POR SEXO					
Sexo	Movilidad	Coordinación	Velocidad	Total	%
F	3	6	7	16	66,7
M	1	5	2	8	33,3
Total	4	11	9	24	100



El 66.7% de las alteraciones corresponden al sexo femenino donde se encuentra mayor dificultad en la velocidad de los movimientos de los O.F.A, mientras que el 33.3% corresponde al sexo masculino presentando mayor dificultad predominante en la coordinación de movimientos O.F.A

Los órganos fonoarticuladores son de vital importancia puesto que participan diversos procesos básicos del ser humano en los que se encuentran, la producción de la palabra hablada y gestual, la respiración, las funciones prelingüísticas (deglución, masticación, succión); dentro de los aspectos que presentan dichos órganos están la velocidad, la coordinación y la movilidad de los segmentos musculares que intervienen en cada proceso; la funcionalidad se

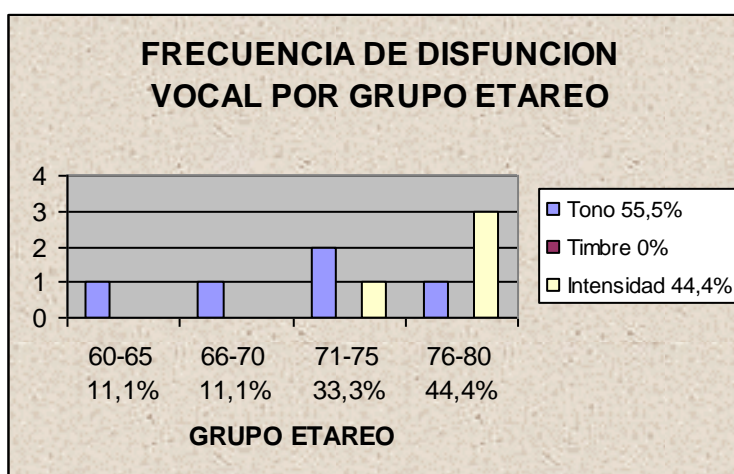
mantiene a lo largo de la vida y cuando se llega a la edad senil dichas cualidades empiezan a decrecer, o suele suceder que se incrementan los hábitos orales nocivos que la persona haya presentado, debido a que la piel se torna laxa, hay disminución en el volumen muscular y atrofia, a causa de la disminución en las fibras musculares, incremento en grasa y tejido fibroso, hipotonicidad, flacidez de los músculos, lo cual trae como consecuencia dificultades en la articulación, la apertura oral (dicción) llegando en ocasiones a que el habla sea ininteligible y monótona, reduciendo así la efectividad en la habilidad comunicativa oral. Por otra parte, la pérdida de piezas dentarias, la disminución en la secreción de saliva, los cambios en las encías con predisposición a la inflamación, afectan las funciones prelingüísticas, observándose dificultad en los movimientos linguales para la deglución, en la formación del bolo durante la masticación especialmente para alimentos sólidos, y en algunas ocasiones la etapa faringea de la deglución se altera.<sup>15</sup>

En voz, en hombres se percibió tono agravado generalizado y en la población femenina el 50% con tono agudizado y el otro 50% con tono agravado. En intensidad, 12 personas produjeron voz confidencial y no lo hicieron 4 personas; en su totalidad voz conversacional y timbre agradable.

---

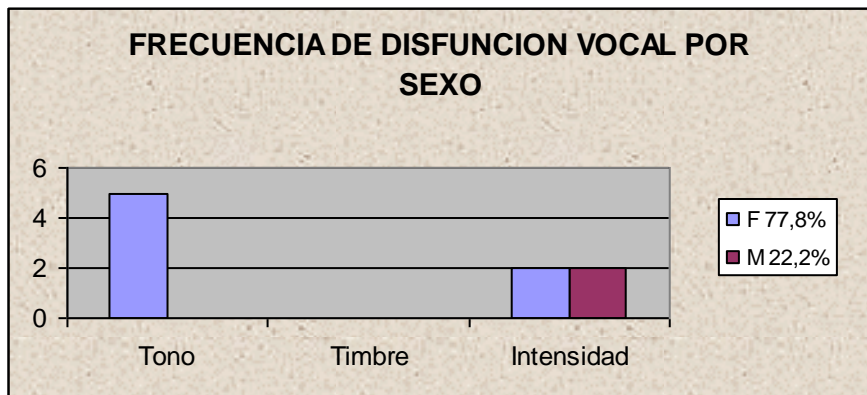
<sup>15</sup> En cuanto a los cambios orofaciales en el anciano, existe poca documentación, sin embargo, este análisis se complementa con los estudios realizados por el Dr. José Fernando Barreto, odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia, en su libro ya antes citado.

TABLA N° 7 FRECUENCIAS DE DISFUNCION VOCAL POR GRUPO ETAREO					
Edad	Tono	Timbre	Intensidad	Total	%
60-65	1	0	0	1	11,1
66-70	1	0	0	1	11,1
71-75	2	0	1	3	33,3
76-80	1	0	3	4	44,4
Total	5	0	4	9	100
%	66.6	0	44,4		



Se presentó disfunción vocal en tono de la voz, con mayor porcentaje en el grupo etáreo de 71-75 años, en intensidad vocal, en el grupo de 76-80 años, en general este último grupo presentó mayor disfunción vocal correspondiente a 44.4 %, teniendo presente que no se encontraron alteraciones en timbre.

TABLA N° 8 FRECUENCIAS DE DISFUNCION VOCAL POR SEXO					
Sexo	Tono	Timbre	Intensidad	Total	%
F	5	0	2	7	77,8
M	0	0	2	2	22,2
Total	5	0	4	9	100



El 77.8% de las alteraciones corresponden al sexo femenino siendo el tono vocal la alteración mas frecuente; el 22% corresponde al sexo masculino presentando además alteraciones en la intensidad vocal, de manera notable no se evidenciaron alteraciones en el timbre de la voz.

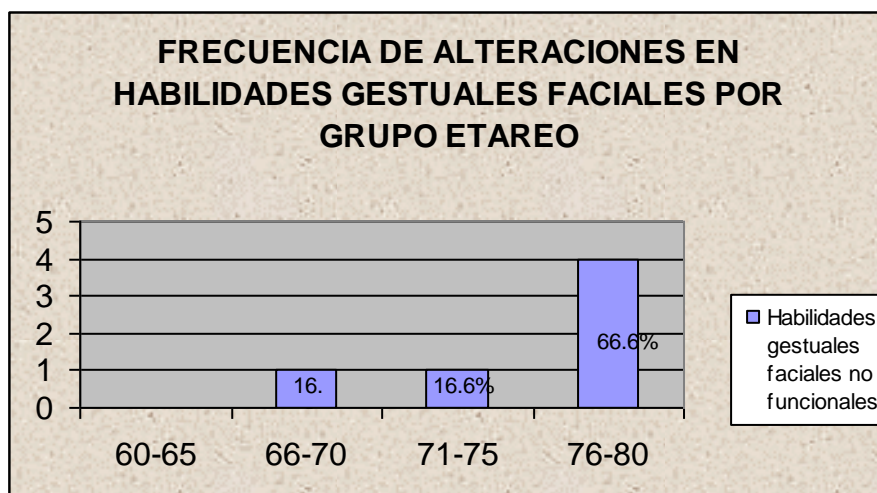
Los cambios fisiológicos que se presentan paulatinamente en el organismo humano, van afectando desde la función celular como los cambios en las perfuciones celulares, cambios a nivel de metabolitos como el sodio, el potasio que afectan los potenciales de acción, de reposo hasta cambios en la fisiología en aspectos mayores que se ven reflejados en la edad senil, como son la elevada frecuencia de vibración de la mucosa de las cuerdas vocales en el sexo masculino lo cual produce el tono agudo mientras que en el sexo femenino se presenta el tono agravado debido a la atrofia de la mucosa y edema submucoso de las cuerdas vocales a causa de los cambios hormonales menopausicos que reducen la secreción de estrógenos y equilibran las hormonas masculinas.

Se evidencia además una disminución de la intensidad máxima pero al mismo tiempo un aumento en al intensidad mínima, la voz conversacional no se ve afectada. El timbre esta alterado debido al cambio de los formantes( cavidad faringea y oral); en mujeres se debe al descenso de la laringe, el resultado de

estos cambios reflejan una fonación con sonido glótico, trémulo y aumento del esfuerzo laríngeo y la fonostenia.

En las habilidades gestuales faciales se obtuvieron los siguientes resultados, se encontró buena reproducción de movimientos faciales en 10 personas y de manera limitada en 6 personas.

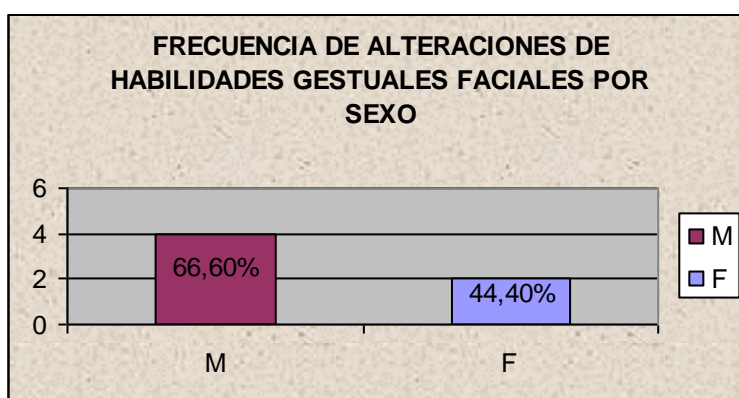
<b>TABLA N° 9 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES GESTUALES FACIALES POR GRUPO ETÁREO</b>		
<b>Grupo Etéreo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
60-65	0	0%
66-70	1	16.6%
71-75	1	16.6%
76-80	4	66.6%
Total	6	100%



Se presentó mayor dificultad en la expresión facial en el grupo etéreo de 76-80 correspondiente al 66.6% y ninguna alteración en el grupo etéreo de 60-65.



TABLA N° 10 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES GESTUALES FACIALES POR SEXO		
Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
M	4	66.6%
F	2	44.4%
Total	6	100%



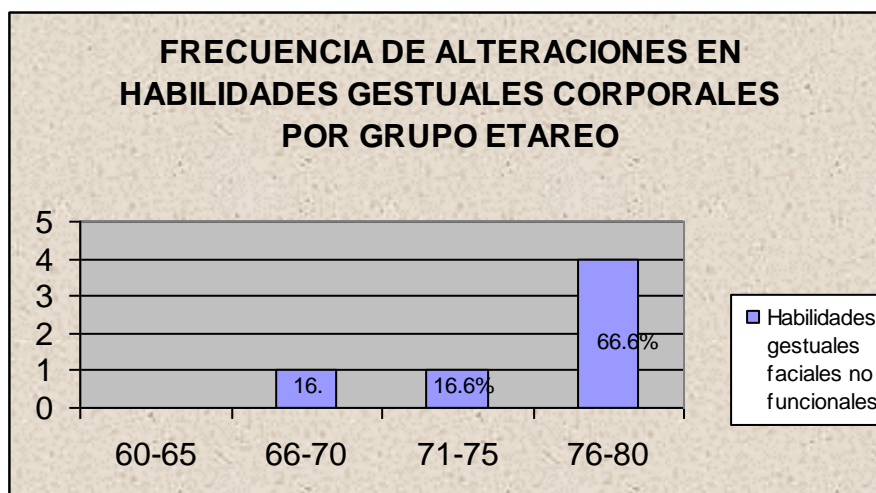
En un porcentaje de 66.6% se observó que los hombres presentaron mayores dificultades en la expresión gestual facial que las mujeres con 44.4% a pesar de ser este último el sexo de mayor representatividad en la muestra.

La expresión gestual facial esta influenciada por varios aspectos como el psicológico el cual determina los rasgos de la personalidad de cada individuo por ende su comunicación con los demás, así para alcanzar una correcta comunicación gestual debe existir armonía física y mental, cuando uno de estos dos falla la comunicación se entorpece; específicamente a nivel físico, esto se evidencia en la modificación de la conservación de los huesos, al igual que la flacidez de la piel, la disminución en la masa muscular, la acción disminuida de los músculos oro faciales (debido a la hipotonicidad), de los músculos de la expresión facial, que reducen la riqueza en las expresiones de alegría, tristeza, enojo,

asombro, entre otras, como aspectos paralinguísticos que apoyan la comunicación oral.

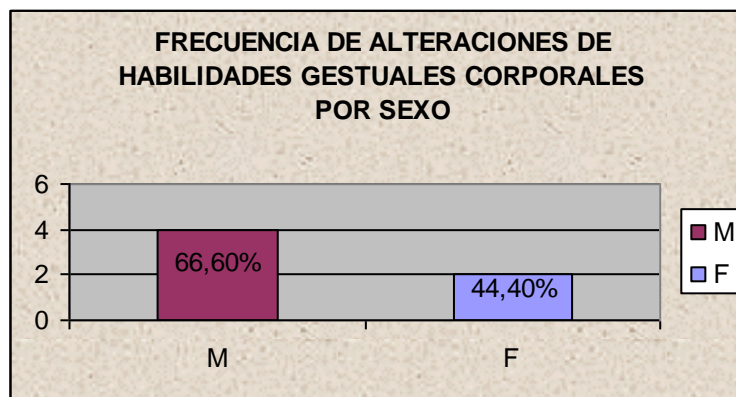
En las habilidades gestuales corporales 10 personas lo realizaron de forma adecuada, limitada 4 personas y no realizaron 2 personas.

TABLA N° 11 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES GESTUALES CORPORALES POR GRUPO ETÁREO		
Grupo Etáreo	Cantidad	Porcentaje
60-65	0	0%
66-70	1	16.6%
71-75	1	16.6%
76-80	4	66.6%
Total	6	100%



Se presentó mayor dificultad en la expresión corporal en el grupo etáreo de 76-80 correspondiente a un 66.6% y ninguna alteración en el grupo etáreo de 60-65.

TABLA N° 12 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES GESTUALES CORPORALES POR SEXO		
Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
M	4	66.6%
F	2	44.4%
Total	6	100%



Se observó que los hombres presentan mayor dificultad en la expresión gestual corporal con un porcentaje de 66.6% con respecto a la población con dificultad en la expresión corporal.

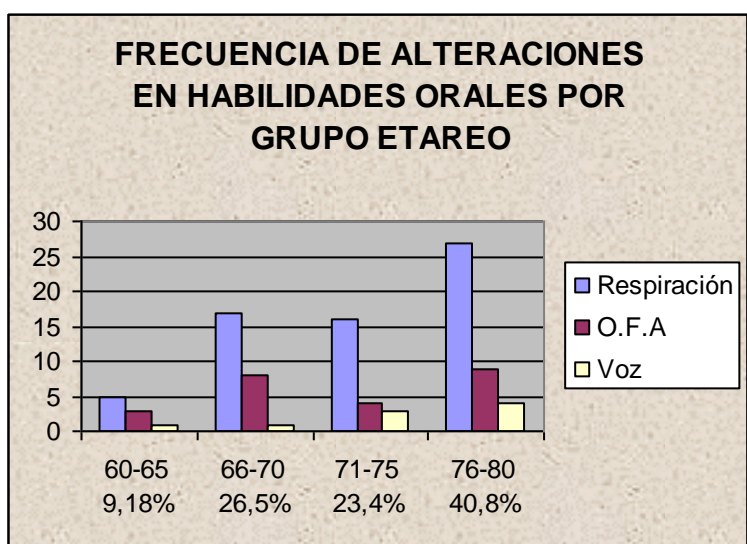
El desarrollo anatómico es un proceso que se presenta desde la gestación del ser humano y alcanza su desarrollo total en la etapa del adulto joven, a partir de esta etapa empieza un retroceso a nivel óseo muscular que dentro de los rasgos mas vistosos se encuentran la disminución de la talla, encorvamiento de la postura, la disminución de la masa muscular, dentro de los rasgos mas específicos se encuentran disminución del tamaño de los discos intervertebrales, incremento de la cifosis dorsal, osteoporosis, disminución de la elasticidad de los ligamentos, así se encontró que como consecuencia se ve poca actividad física, disminución o restricción en movimientos de articulaciones, de ahí que la movilidad corporal para la expresión gestual, su posición de tendencia a estar sentado, lentitud de

movimientos hace que los aspectos paralingüísticos que complementan el lenguaje pierdan efectividad, por ende su comunicación se hace menos recreativa y plana.

En general, se analizaron las alteraciones de acuerdo a las variables de habilidades orales y gestuales por separado con respecto al grupo etáreo y el sexo, para obtener de una manera global un visión a cerca de las alteraciones encontradas en esta muestra.

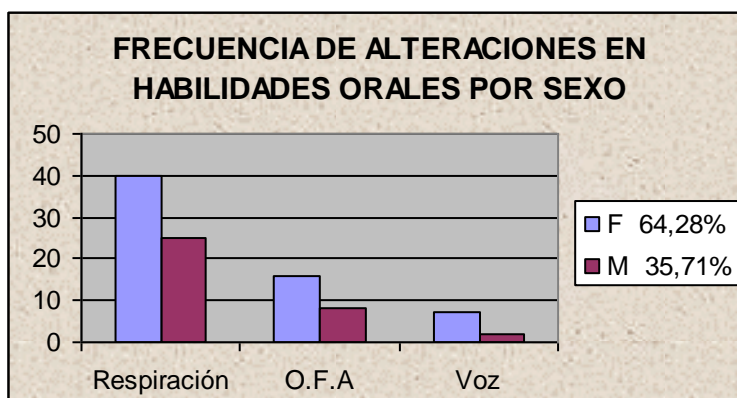
**TABLA N° 13**  
**FRECUENCIAS DE ALTERACIONES EN HABILIDADES ORALES POR GRUPO ETAREO**

Grupo Etáreo	Respiración	O.F.A	Voz	Total	%
60-65	5	3	1	9	9.18
66-70	17	8	1	26	26.5
71-75	16	4	3	23	23.4
76-80	27	9	4	40	40.8
Total	65	24	9	98	100



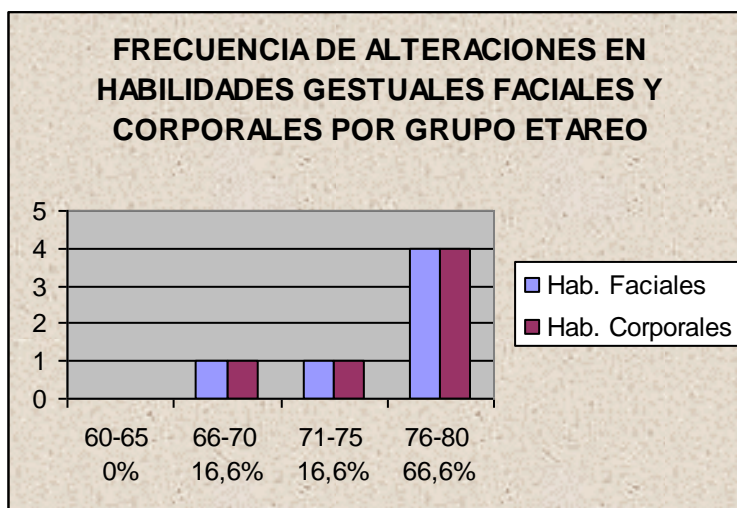
Se encuentra mayor porcentaje de dificultades en habilidades orales en el grupo de 76-80 años correspondiente al 40.8%, con predominio de alteraciones respiratorias; mientras que en el grupo de 60-65 años presentó menor porcentaje correspondiente al 9.18%

<b>TABLA N° 14</b>					
<b>FRECUENCIAS DE ALTERACIONES EN HABILIDADES ORALES POR SEXO</b>					
<b>Sexo</b>	<b>Respiración</b>	<b>O.F.A</b>	<b>Voz</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
F	40	16	7	63	64.28
M	25	8	2	35	35.71
Total	65	24	9	98	100



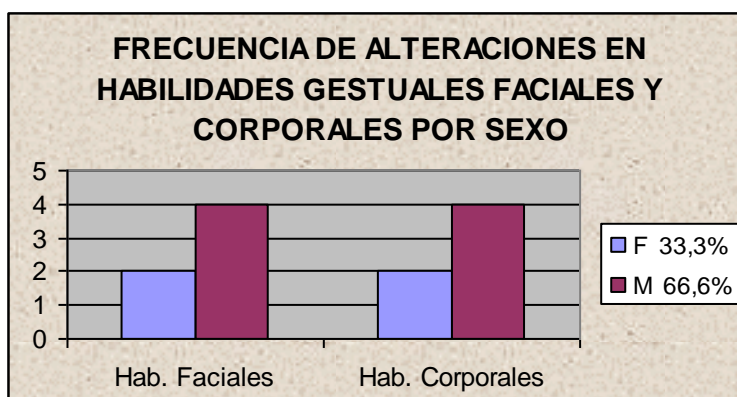
Se observó que las mujeres presentan mayores alteraciones en habilidades orales con un porcentaje de 64.28, siendo la respiración la mas afectada, con respecto al sexo contrario.

TABLA N° 15 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES EN HABILIDADES GESTUALES FACIALES Y CORPORALES POR GRUPO ETÁREO				
Grupo Etáreo	Hab. Faciales	Hab. Corporales	Totales	%
60-65	0	0	0	0
66-70	1	1	2	16.6
71-75	1	1	2	16.6
76-80	4	4	8	66.6
Total	6	6	12	100



Se observa mayor dificultad en las habilidades faciales y corporales en el grupo etáreo de 76-80 años correspondiente a 66.6% mientras que en el grupo etáreo de 60-65 años no se observó dificultad. Los resultados fueron homogéneos tanto para habilidades gestuales faciales como corporales.

TABLA N° 16 FRECUENCIAS DE ALTERACIONES EN HABILIDADES GESTUALES FACIALES Y CORPORALES POR SEXO				
Sexo	Hab. Faciales	Hab. Corporales	Totales	%
F	2	2	4	33.3
M	4	4	8	66.6
Total	6	6	12	100



Se observan alteraciones en las habilidades gestuales faciales y corporales de manera equivalente, siendo el sexo masculino el que presenta mayor porcentaje con un 66.6% sobre el sexo femenino.

## 5. CONCLUSIONES

1. Los cambios bio-fisiológicos en el proceso de envejecimiento que se presentan determinan la incidencia en los cambios de las habilidades comunicativas gestuales y orales, se debe aclarar que el término “alteración” enunciado en la tabulación y análisis de los resultados en este trabajo va encaminado a los procesos normales mas no a patologías de estos procesos.
2. De acuerdo con las gráficas y resultados obtenidos, la mayor población que presentó alteraciones en habilidades orales y gestuales fué la femenina; es importante recordar que en el estudio esta población es dominante.
3. Los resultados predominantes en la valoración (respiración; tipo costal superior, modo mixto con predominio nasal, frecuencia entre 22 a 24 respiraciones por minuto, retención promedio de 15 segundos, cierre glótico promedio de 8 a 10 segundos, coordinación fonorespiratoria inadecuada; en órganos fonoarticuladores, movilidad normal, coordinación inadecuada, velocidad disminuida; en voz, tono agravado en mujeres, intensidad y timbre normal; en habilidades gestuales corporales y faciales sin dificultades significativas) en su mayoría son consecuentes con lo documentado en el referente teórico, excepto las cualidades de la voz, en hombres el tono se evidenció conservado más que en las mujeres, en la intensidad y timbre no se evidenciaron cambios coincidentes con la teoría.



4. De acuerdo a las características físicas y fisiológicas, existe tendencia a que los parámetros encontrados en la evaluación no sean iguales a los de un adulto joven, sin embargo es de aclarar que si el paciente ha tenido patrones adecuados o inadecuados se van a conservar a lo largo de la vida.
5. Por ser un estudio descriptivo de casos, los resultados obtenidos se analizaron de manera particular a partir del formato de evaluación, el cual consideró aspectos específicos, sin embargo es de considerar que la apreciación subjetiva de algunos aspectos tales como la voz (tono, timbre, intensidad), órganos fonoarticuladores (tonicidad, coordinación, velocidad), pueden variar de acuerdo a la percepción de cada evaluador, debido a que los instrumentos indicados para una valoración objetiva llámese mioscanner, analizador acústico de la voz, etc., no estuvieron a disponibilidad del equipo evaluador.
6. Al tener de referente teórico textos de origen extranjero (España, Estados Unidos, Argentina), algunos resultados no fueron coincidentes con la realidad del grupo valorado, en el caso de la voz, en vista que el nivel de desarrollo de estos países es más avanzado socioculturalmente, podemos concluir que los factores sociales, ambientales, culturales, étnicos, y especialmente los antecedentes personales que se circunscriben dentro de estos factores determinan la aparición de los cambios en las habilidades comunicativas de las personas de cada región, específicamente en el grupo de 16 personas del Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán, las cuales provienen de condiciones muy heterogéneas en cuanto a región, hábitos alimenticios, laborales, comunicativos, etc. Por otro lado, las respuestas de las personas valoradas, se observaron condicionadas debido a la falta de confianza con el evaluador, específicamente en habilidades gestuales, ya que la comunicación gestual se evidencia de manera espontánea mas que dirigida.

7. Este trabajo investigativo es un punto de partida para posteriores investigaciones en cuanto a las habilidades orales y gestuales de los ancianos y de acuerdo al propósito de cada estudio enfocar las áreas que complementan el análisis del proceso comunicativo en el anciano, tales como el lenguaje en cada uno de sus niveles semántico, pragmático, sintáctico, fonético fonológico; y la percepción visual y auditiva, entre otras; además brinda un camino hacia la construcción de espacios de promoción de la salud comunicativa, de prevención de alteraciones y de intervención en esta población, lo cual no se ha realizado de manera estructurada en esta ciudad.

## 6. RECOMENDACIONES

1. Es aconsejable antes de llevar a cabo una valoración realizar una anamnesis completa, e incluir aspectos culturales, psicológicos, académicos, y en general obtener una mirada holística del paciente, los cuales se deben tener en cuenta pues darán pautas para el abordaje de la misma intervención terapéutica.
2. Los instrumentos de evaluación a utilizar se deben de adecuar a las condiciones del evaluado, en el caso de los ancianos, por ejemplo, las ayudas visuales deben de ser grandes y llamativas; a nivel auditivo se debe utilizar intensidad alta, habla pausada y de frente a ellos.
3. El profesional de la comunicación en su aprendizaje de pre grado, debe recibir conocimientos de los aspectos que conciernen a las personas adultas mayores, no solo en los aspectos de lenguaje, sensopercepción, memoria, habla, psicomotricidad, sino también en su entorno socio-cultural y afectivo, los cuales influyen en su desempeño comunicativo; esto le permite al profesional de Fonoaudiología tener mas herramientas para la valoración e intervención apropiada con este grupo poblacional.
4. Se recomienda que el formato evaluativo contenga ejercicios estratégicos que llamen la atención del paciente.
5. Buscar la mejoría de las relaciones comunicativas entre hombres y mujeres dentro de las instituciones, aspecto muy marcado en el Hogar Divino Niño Jesús del municipio de Popayán.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- HAM, Richard. SLOANE, Philip. *Atención Primaria En Geriatría: Casos Clínicos*. Segunda edición. Editorial Mosby. Madrid. 1995.
- DELGADO Vergara, Jairo Marino. *Enfoque Integral del Paciente Anciano*. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Centro Universitario de Salud Familiar “Alfonso López”. Popayán. 1992.
- CONI, Nicholas. DAVIDSON, William. WEBSTER, Stephen. *GERIATRIA*. Editorial Manual Moderno. México.1990.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Capitulo II, artículo 46. 1991.
- PEREZ, Mario E. *Técnicas de Expresión Oral y Escrita*. Universidad de la Sabana. Sexta Edición. Bogota. Colombia. 1987
- NIÑO, Rojas, Victor Miguel. *Los Procesos de la Comunicación y del Lenguaje. Fundamentos y Práctica*. 1985.
- JUNCOS Rabadán, Onésimo. *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*. Editorial Masson. Barcelona. 1998.
- CATALAN, José Luis. « *Problemas Mentales en los Ancianos* ». [www.saludyenvejecimiento.es](http://www.saludyenvejecimiento.es). Zaragoza. España. 2003
- SALAZAR, Langarica, Raquel. *Gerontología y Geriatría*. Editorial Interamericana México 1985.
- BRUNNER. *Enfermería Medicoquirúrgica*. Vol I. 7ª edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. 1992.
- FERNÁNDEZ, Gaston. *Comunicación oral. Como hablar correctamente en público*. Editorial Circulo de lectores. Bogota. Colombia. 1992.
- LOVE. Russell. *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid España. 1998.

- CUERVO, Clemencia. *La profesión de la Fonoaudiología, Colombia en Perspectiva Internacional*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Santafé de Bogotá, Colombia. 1998.
- AMERICAN SPEECH – LANGUAGE – HEARING ASSOCIATION. COMMITTEE ON LANGUAGE. *Definition of language*. ASHA, 25 (6), 44. 1983.
- ACUÑA, M. RISIGA, M. *Memoria En El Envejecimiento Normal “Talleres de Activación cerebral y entrenamiento de la memoria”*.2000

## 8. ANEXOS

### ANEXO N° 1 FORMATO DE ENTREVISTA

#### *ORIENTACIÓN*

##### Persona

1. Cual es su nombre?
2. Cuantos años tiene?
3. En que fecha cumple años?
4. De donde es?

##### Tiempo

5. Qué fecha tenemos hoy?
6. Cuando es navidad?

##### Espacio

7. En donde está? (municipio, país, lugar)

#### *LENGUAJE AUTOMATICO*

8. Dígame las vocales.
9. Dígame los números.
10. Dígame los días de la semana.
11. Rece el Padre Nuestro o el Ave María.
12. Cante una parte del Himno Nacional.

#### *LENGUAJE ESPONTÁNEO*

13. Qué hizo ayer?
14. Que es lo que más le gusta hacer?
15. En qué trabajaba Usted antes de venir al Hogar Divino Niño?

*SENTIDOS*

16. Usted Ve bien?

17. Usted oye bien?

*MOTRICIDAD*

18. Usa bastón, muletas, silla de ruedas, u otro objeto para caminar?

*DISPONIBILIDAD*

19. Estaría Usted interesado en realizar actividades que fomenten su expresión verbal y gestual, tales como gimnasia respiratoria, teatro y otros?

## ANEXO N°2 FORMATO DE EVALUACION

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLÓGÍA  
HOGAR DIVINO NIÑO JESÚS

### EVALUACIÓN DE HABILIDADES COMUNICATIVAS ORALES Y GESTUALES

#### I. IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_  
Fecha de evaluación \_\_\_\_\_  
Evaluador \_\_\_\_\_

#### II. AREAS

##### **1 Habilidades orales:**

##### A. Respiración:

- a. Modo Nasal \_\_\_ Oral \_\_\_ Mixto\_\_\_  
b. Tipo En reposo \_\_\_\_\_ En fonación \_\_\_\_\_  
c. Retención \_\_\_ segundos  
d. Coordinación fonorespiroarticulatoria: adecuada \_\_\_inadecuada\_\_\_  
e. Frecuencia respiratoria: respiraciones/minuto\_\_\_  
f. Tiempo de cierre glótico: ( s) \_\_\_

##### B. Postura:

- a. Facial: simetría \_\_\_ asimetría \_\_\_  
b. Corporal: verticalidad \_\_\_

##### C. Órganos Fonoarticuladores:

###### a.

órgano	Posición habitual	anatomía	movilidad	tono	sensibilidad	coordinación	velocidad
Labios							
Lengua							
Mejillas							
Velo							
Paladar							
Frenillos							
Maseteros							
Pt.* Interno							
Pt. externo							

\* Pterigoideo

- b. Tipo de dentición: permanente incompleta \_\_\_ p. Completa\_\_\_  
prótesis dental total \_\_\_ superior \_\_\_inferior\_\_\_  
parcial fija \_\_\_removible \_\_\_superior \_\_\_ inferior\_\_\_



D. Articulación:

fonema	normal	omite	sustituye	Distorsiona
/r/				
/r/				
/l/				
/t/				
/s/				
/d/				
sinfonos				

Prosodia: expresiva \_\_inexpresiva\_\_  
Apertura oral: normal \_\_aumentada\_\_ disminuida\_\_  
Fluidez: normal \_\_ lento \_\_ rápido\_\_

E. VOZ:

- a. Tono: agravado\_\_ agudizado\_\_
- b. Intensidad: voz confidencial si \_\_ no\_\_  
voz conversacional si \_\_ no\_\_
- c. Timbre: agradable \_\_ desagradable\_\_
- d. Resonancia: laríngea\_\_ nasal\_\_ facial\_\_ pectoral\_\_

**2. Habilidades Gestuales:**

- a. Corporal  
Reproducción de movimientos corporales: buena \_\_ limitada\_\_ no realiza\_\_
- b. Facial:  
Imitación de gestos: buena \_\_ limitada \_\_ no realiza\_\_

**3. Lenguaje:**

A. Comprensión (nivel semántico y pragmático)

Comprensión de estructuras gramaticales:

- Relaciones de tiempo: si \_\_ no\_\_
- Relaciones comparativas: si \_\_ no\_\_
- Relaciones atributivas: si \_\_ no\_\_

Justificación de absurdos verbales si \_\_ no\_\_

Pragmático:

- Invención de cuentos si \_\_ no\_\_

B. Expresivo (nivel sintáctico, fonético-fonológico y pragmático )

- Invención de un cuento a partir de una lamina: si \_\_ no\_\_

**4. Sensopercepción:**

- A. Memoria visual: responder a preguntas sobre una lámina vista previamente si\_\_ no\_\_

B, Memoria auditiva: número de palabras \_\_ numero de frases \_\_

**5. Manifestaciones Conductuales**

---

---

## ANEXO N° 3 RESULTADOS DE SENSOPERCEPCION Y LENGUAJE

Los siguientes datos hacen referencia a aspectos valorados que no están incluidos en las habilidades comunicativas orales y gestuales, pero que fueron necesarios para el desarrollo de la evaluación. Además, porque el lenguaje y la sensopercepción son parte fundamental de todo proceso comunicativo.

### 1. Lenguaje Comprensivo

En la comprensión de estructuras gramaticales se evidenció que 15 personas lo realizaron correctamente y 1 persona no lo realizó. En establecer relaciones atributivas 7 personas lo hicieron bien y 8 personas no. 14 personas justificaron absurdos verbales y 2 personas no. A nivel pragmático, 12 personas presentaron limitación en la invención de cuentos, realizándolo solamente 4 personas.

Expresivo: hay buena estructuración sintáctica y expresión fonética fonológica obtenida a través de la conversación espontánea sobre vivencias.

2. Sensopercepción: memoria visual: 7 personas presentaron dificultad en la evocación de detalles a partir de una lámina vista previamente y 9 personas lo hicieron correctamente. Memoria auditiva de palabras, 2 personas no evocaron palabra alguna, 1 persona 1 palabra, 3 personas evocaron 2 palabras, 4 personas evocaron 3 palabras, 3 personas evocaron 4 palabras, 3 personas evocaron 5 y ninguna persona evocó 6 como totalidad de palabras presentadas. En la memoria de frases se encontró dificultad en evocar 3 frases cortas, donde 4 personas no evocaron frase alguna, 6 personas evocaron 1 frase, 2 personas evocaron 2 frases, y 4 personas evocaron 3 frases.

## ANEXO N° 4 LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE

Es importante establecer el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en el hombre.

La comunicación es cualquier acto por medio del cual una persona da o recibe de otra persona información sobre las necesidades, deseos, percepciones, conocimiento o estados emocionales de esa persona. La comunicación puede ser intencional o no intencional, puede involucrar señales convencionales o no convencionales, puede adoptar formas lingüísticas o no lingüísticas y puede ocurrir a través de modos hablados o de otra naturaleza<sup>16</sup>. La comunicación se da en las dimensiones intrapersonal, interpersonal y sociocultural.

Por otro lado el lenguaje se entiende como un sistema complejo y dinámico de símbolos convencionales que se utiliza en varias modalidades, al servicio del pensamiento y de la comunicación. El lenguaje como un comportamiento por reglas, se describe al menos en cuatro parámetros: fonético – fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático<sup>17</sup>.

*Fonética y fonología:* representación acústica de cada uno de los sonidos del lenguaje y su integración para dar un significado.

*Morfología:* es el léxico o las palabras que significan algo y las inflexiones que se unen a todos morfemas para dar diferentes significados.

*Sintaxis:* establecimiento de reglas, clasificación y funciones entre los signos de acuerdo al significado que se quiera dar.

---

<sup>16</sup> CUERVO, C. *La profesión de la Fonoaudiología, Colombia en Perspectiva Internacional*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Santafé de Bogotá, Colombia. 1998. Pág. 28

<sup>17</sup> AMERICAN SPEECH – LANGUAGE – HEARING ASSOCIATION. COMMITTEE ON LANGUAGE. *Definition of language*. ASHA, 25 (6), 44. 1983.

*Semántica:* es el conocimiento codificado que los individuos tienen acerca de los objetos, eventos y relaciones en el mundo, los cuales han sido aprendidos a través de la experiencia.

*Pragmática:* selección de comportamientos sociales y cognitivos de acuerdo a las metas del hablante y al contexto de la situación.

El lenguaje es una función mental colectiva inseparable del pensamiento, el hombre creó su lenguaje, gradualmente, para expresar su significado, adaptarlo a los demás y obtener que otros tuvieran iguales significados y pudieran externar respuestas.

Es así que la evolución, cambio y crecimiento de un lenguaje, tanto en la producción como en la percepción de un idioma, evoluciona en la medida en que lo hace la especie humana, esto se puede evidenciar si se recuerda que al inicio de los días los grupos de seres humanos presentaban un tipo de comunicación primitiva al igual que su adelanto cerebral, poco a poco y gracias al moldeamiento del cerebro progresó su comunicación, de ahí que el hombre a través del tiempo desarrolle estructuras que ahora se conocen como áreas cerebrales las cuales son fundamentales para el lenguaje.

A partir de la evolución cerebral del hombre, muchos autores se han interesado en investigar la relación que existe entre las áreas y conexiones con su funcionamiento, es así como se encontró que existen áreas específicas las cuales intervienen en el sistema complejo del lenguaje.

De esta manera, el área de Broca, localizada en el lóbulo frontal funciona básicamente como un centro de programación motora de los centros articulatorios del habla; Wernicke, localizada en el lóbulo temporal tiene a su cargo la recepción de los estímulos del habla, se considera que las estructuras del área de Wernicke no solo permiten la comprensión del lenguaje oral sino también que sirve de base para la formulación de conceptos lingüísticos internos; el fascículo arqueado, es el encargado de las conexiones entre el área de Broca y el área de Wernicke; en la

circunvolución supramarginal, sus lesiones se asocian a agrafias; el cuerpo calloso es una vía comisural la cual desempeña un papel muy importante en las funciones del habla y del lenguaje, constituye la mayor vía de conexión entre los hemisferios y transmite información neuronal del uno al otro. <sup>18</sup>

### *El Proceso Comunicativo*

El proceso se presenta en dos direcciones y se desarrolla en 8 pasos sin importar si las 2 partes hablan, usan señales manuales o se sirve de otro medio de comunicación.

Primero, se desarrolla una idea, consiste en explicar una idea que el emisor desea transmitir. Este es el paso más importante porque, si el mensaje no vale la pena, todos los demás pasos serán inútiles. Segundo, se codifica, consiste en recopilar el mensaje en palabras, gráficas u otros símbolos adecuados para la transmisión en este punto el emisor escoge el método de transmisión. Tercero, la transmisión, una vez desarrollado el mensaje en el tercer paso se transmite con el método escogido, por ejemplo: un memorando, una llamada telefónica o una visita personal. Cuarto, se recibe, en este paso la iniciativa pasa a los receptores que se preparan para recibir el mensaje. Quinto, se descifra, se decodifica el mensaje para que sea entendido. El emisor quiere que el receptor comprenda el mensaje en la forma en que fue transmitido. Sexto, la aceptación, una vez que los receptores han recibido y decodificado un mensaje, tiene la oportunidad de aceptarlo o rechazarlo. Séptimo, el uso, puede desecharla, efectuar la tareas siguiendo las instrucciones, guardarla para el futuro u optar por otra alternativa. Se trata de un paso decisivo de acción y en gran medida el receptor puede determinar que hacer. Octavo, la retroalimentación, cuando el receptor reconoce el mensaje y responde al emisor, la retroalimentación ha tenido lugar.

El proceso comunicativo presenta una serie de elementos los cuales son:

**La fuente**, que constituye el punto de partida de la emisión sensible en cuanto a su fidelidad, a factores como las habilidades comunicativas, sus conocimientos

---

<sup>18</sup> LOVE. Russell. *Neurología Para Los Especialistas Del Habla Y Del Lenguaje*. Tercera edición. Editorial

específicos, actitudes y su posición sociocultural, después de determinar la forma en que se propone afectar a su receptor, decodifica; esto es, traduce a una clave de mensaje destinado a obtener respuesta esperada.

**El Codificador o emisor**, es el encargado de tomar las ideas de la fuente y de disponerlas en un código, expresa el objetivo de la fuente en forma de un mensaje.

**El mensaje**, es una selección ordenada de símbolos que pretende comunicar información.

**El canal**, es un medio utilizado para transmitir un mensaje, el camino o instrumento por donde viaja entre el comunicador y el comunicado.

**El decodificador**, descifra el mensaje y da forma utilizable para el receptor.

**El receptor**, es aquel que recibe la información y a su vez puede dar una respuesta.

Ahora bien, toda **HABILIDAD COMUNICATIVA**, se define como el arte y la destreza para la expresión de ideas, pensamientos y juicios mediante la palabra hablada, lectoescrita o por medio de movimientos corporales y gestuales, los cuales facilitan la recepción y trasmisión del mensaje.<sup>19</sup>

Las *Habilidades orales*, se consideran como un sistema de signos lingüísticos, organizados en un sistema gramatical del cual los diferentes grupos humanos seleccionan las palabras o vocablos para comunicarse entre sí, por eso la lengua es el modo propio del habla de los habitantes de un lugar y de una época determinada.

Expresarse oralmente, significa declarar una cosa con el fin de darla a entender por medio de la palabra hablada (signos orales lingüísticos), o por medio de miradas, actitudes, gestos, movimientos, o cualquier otro signo exterior (signos extralingüísticos visuales o auditivos).

---

Medica Panamericana. Madrid España, 1998.

<sup>19</sup> Diccionario Didáctico Educativo. Edivayca. Colombia. 1996

Por otra parte, existen dos aspectos complementarios dentro de las habilidades orales (aspectos fisiológicos y psicológicos), concretamente el habla se considera como un proceso fisiológico, en el que intervienen diversos órganos con sus respectivas funciones específicas.

Todos los sonidos que emitimos al hablar, es decir, los signos lingüísticos orales, se dan por la intervención de los órganos de la fonación y de la articulación, encargados de la producción de la voz humana. De esta manera son:

1. La respiración: es el mecanismo fundamental para poder hablar, se da por la acción de las vías respiratorias y de otros órganos del cuerpo humano sobre un elemento externo y ajeno al cuerpo pero vital, que es el aire. Estos órganos son las fosas nasales, la faringe, la traquea, los bronquios, el diafragma, los pulmones, las costillas y músculos que ayudan y controlan el proceso respiratorio.
2. La voz: el órgano principal es la laringe, pequeña cavidad situada entre la faringe y la traquea. La laringe está compuesta por la glotis, formada por dos grupos de bandas móviles, pliegues vocales, que se pueden abrir y cerrar con el fin de controlar el paso del aire y producir los sonidos. Es el conjunto sonoro del habla, originada en las cuerdas vocales y en los sonidos articulados, producidos por el efecto del funcionamiento de los mecanismos citados. Las características de la voz son:
  - El timbre: es el sonido característico de la voz; es lo más personal y lo más individual de la voz que nos permite reconocer exactamente el hablar de una persona. Se debe a la naturaleza de las cuerdas vocales y demás órganos, y a la resonancia que se da en la cavidad nasal y bucal.
  - El tono: es la altura musical del sonido. La voz humana tiene tonos altos o agudos y bajos o graves, determinados por la rapidez o frecuencia de las ondas sonoras. El tono depende del número de vibraciones en una unidad de tiempo.
  - La intensidad. Es la fuerza con que se produce el sonido, cualidad física de la cual resultan los sonidos fuertes y débiles.

- La duración: es la cantidad de sonido en el tiempo. Por la cantidad los sonidos pueden ser largos o breves.
- 3. La articulación: La articulación se refiere a la modificación sistemática de los sonidos de los fonemas vocálicos y consonánticos. Los órganos de la articulación son: cavidad bucal, los labios, la lengua, los dientes, las mandíbulas, el paladar y el velo del paladar; unos son pasivos y otros activos. Mediante la articulación se da el timbre a los sonidos vocálicos y se forman los sonidos propios de las consonantes. Para facilitar este proceso debe haber equilibrio en los músculos de cara, cuello y órganos fonoarticuladores (OFA), por medio de movimientos aprendidos y dirigidos (praxias). Se articula bien una palabra cuando se hace inteligible, es decir se pueda entender y no se preste a confusión con otra.
- 4. Dicción y pronunciación: se refiere a la formación de los sonidos contenidos en cada una de las palabras. La correcta pronunciación es la apropiada selección de los sonidos que forman una palabra. La Dicción consiste en la apertura oral adecuada durante el habla.

De manera implícita en la expresión oral se encuentran los aspectos psicológicos, ya que el lenguaje puede sufrir una indefinida gama de modificaciones o alteraciones según el estado y momento psicológico del hablante; se tiene que la *Personalidad*, entendida como el conjunto de características que distinguen a una persona de otra y que influyen en los demás positiva o negativamente, dependiendo de la imagen que el expositor tenga de sí mismo y de la que los oyentes se forman de él; además de la *Percepción*, como sensación interior o impresión material hecha en nuestros sentidos por algún estímulo exterior, inciden en la efectividad de la comunicación.

Por otro lado, *Las Habilidades Gestuales*, llamadas también como lenguaje mímico o de los gestos, es un conjunto de signos paralingüísticos (ademanos y gesticulaciones), que tienen igualmente un significado convencional y pueden apoyar o complementar la palabra hablada. Se parte de la base que cualquier



movimiento o postura del cuerpo puede tener una significación, aceptada por todos para efectos de la comunicación.

La función del lenguaje no verbal es doble: emitir señales que llevan un mensaje y reforzar la expresión verbal.

Louis Fondale, hace referencia a comunicación no verbal de esta manera:

- El cuerpo es una fuente permanente de comunicación no verbal, hasta el punto que en la vida diaria utilizamos más este tipo de comunicación que el lenguaje hablado.
- Los movimientos o gestos que realizamos con el cuerpo son unas veces conscientes y otras veces inconscientes. Pero en ambos casos los gestos corresponden a movimientos específicos portadores de una idea o un mensaje.
- La postura y los gestos se deben interpretar siempre dentro de un contexto específico, pues no siempre el mismo gesto significa lo mismo, ni todas las personas lo pueden interpretar de la misma manera; todo depende de las circunstancias locativas, ambientales, temporales psicológicas tanto del hablante como del oyente.
- El lenguaje verbal siempre esta coordinado con los movimientos del cuerpo.<sup>20</sup>

El código Kinésico consiste en la utilización de los gestos y de la mímica en general: una mirada, una arruga en la frente, un carraspeo, un movimiento de las manos, son formas intensamente cargadas de significación.<sup>21</sup>

Los gestos (complementos de la palabra y en contadas ocasiones sustitutos de ellas) son los movimientos "a propósito" realizados por alguna parte del cuerpo, ya sea la cabeza, los brazos, los hombros o las manos, para reforzar o demostrar lo que decimos. Si la palabra ha de ser dicha con naturalidad y espontaneidad, el

---

<sup>20</sup> PEREZ, Mario E. *Técnicas de Expresión Oral y Escrita*. Universidad de la Sabana. Sexta Edición. Bogota. Colombia. 1987

<sup>21</sup> NIÑO, Victor Miguel. *Los Procesos de la Comunicación y del Lenguaje. Fundamentos y Practica*. 1985

gesto es necesaria e involuntariamente espontáneo, sin sujeción a normas establecidas.

El gesto esta animado, sobretodo, por el mundo afectivo del que habla y es su mejor expresión. El gesto puede llegar a donde la palabra no llega y puede expresar con fidelidad estados de ánimo que a veces la palabra no puede reflejar.<sup>22</sup>

Ahora, con respecto a *La Habilidad Lectoescrita*, ésta emplea signos gráficos (grafías) captados por la vista, hace factible el monólogo, la relación entre el escritor y el lector es indirecta, la comunicación que se establece entre ellos es diferida, el trasmisor de un mensaje escrito no puede recibir una respuesta inmediata, además, excluye los factores paralingüísticos. Debe ser más detallada, cuidadosa, precisa y correcta. Es perdurable, de modo que el lector dispone de más tiempo para su comprensión. Generalmente exige un estilo literario, exento siempre de provincialismos y vulgarismos.<sup>23</sup>

Leer es percibir y entender la secuencia escrita de signos y llevar a ellos el pensamiento, para interpretar, recuperar y valorar, la información subyacente en el texto configurada como ideas, conceptos, problemas, razonamientos, aplicaciones, relaciones y vivencias actitudinales y estéticas, de acuerdo con el tipo de discurso o género.<sup>24</sup>

No cabe duda que cuando la comunicación en cualquiera de sus variaciones (oral, gestual o lectoescrita) presenta restricciones de diversa índole, se impide la efectividad en la transmisión y recepción del mensaje, manifestándose lo que se ha denominado BARRERAS COMUNICATIVAS, las cuales pueden ser físicas, semánticas, fisiológicas, psicológicas y administrativas.

---

<sup>22</sup> FERNÁNDEZ, Gaston . *Comunicación oral. Como hablar correctamente en publico*. Editorial Circulo de lectores. Bogota. Colombia.

<sup>23</sup> Ibidem.

<sup>24</sup> Ibidem.

- **SEMÁNTICAS:** Cuando su origen radica en problemas de sentido, significación, acepciones del lenguaje y en general de los símbolos que se utilizan y se decodifican.
- **FÍSICAS:** Fallas, deficiencias o selección inadecuada de la fuente de los medios utilizados para transportar el mensaje. Son interferencias de la comunicación que ocurren en el ambiente donde se realiza la comunicación.
- **FISIOLOGÍCAS:** Se ocasionan por malformaciones disfunciones y otras limitantes funcionales de las personas que intervienen en el proceso.
- **PSICOLÓGICAS:** Parten de la forma individual que cada persona posee para percibir y comprender el mundo que le rodea, sus prejuicios y la necesidad de satisfacer requerimientos emotivos.
- **ADMINISTRATIVAS:** La estructura y el funcionamiento de la organización y el proceso administrativo mismo en acción dan lugar a problemas de comunicación.

Estas barreras juegan un papel determinante en la vejez, ya que algunas de ellas se presentan en forma inherente como lo son las fisiológicas y psicológicas, las cuales favorecen la aparición de las barreras semánticas y administrativas y disminuyen la capacidad funcional del cuerpo para evitar las barreras físicas.

Por lo anterior, la comunicación en la vejez es particular, y por esto se hace referencia de manera explícita al proceso de envejecimiento.

## **LA VEJEZ**

El envejecimiento es un proceso continuo de cambios biosicosociales, que comienza desde la concepción y termina con la muerte del individuo.

Para Binet y Bouliere, constituye todas las modificaciones fisiológicas, bioquímicas, sociales y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

El desarrollo sico-social del ser humano basado en el principio Epigenético, (Erickson) explica que cada etapa del desarrollo humano se guía por un orden

natural interno, es como una pre- programación biológica que interactúa con el medio ambiente en general.

La tercera edad se define como el cese de toda actividad profesional y el status de jubilación, no debe estar marcado con el sello de la fatalidad de la vejez. Tiene su función en la sociedad aunque su status se haya desconectado de la noción de productividad. Se entiende por adulto mayor a toda persona de 60 años, o más, sin embargo hay una serie de sinónimos conocidos y validos como, viejo, senescente, provento, longevo, geronte, abuelo, adulto avanzado, edad avanzada, tercera edad y cuarta edad (ley 79 de 1975 de la republica de Colombia en concordancia con la Organización Mundial de la Salud).

Entendiendo el envejecimiento como un proceso fisiológico, se enuncian a continuación los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales propios de la edad, que influyen en el proceso comunicativo.

#### ***Modificaciones De La Piel En La Vejez***

- Piel laxa: aparición de arrugas
- Disminución de grasa subcutánea, de las glándulas sudoríparas y sebáceas
- La piel se vuelve delgada, seca y con mayor pigmentación
- Tacto: disminución para percepción del dolor y temperaturas

#### ***Modificaciones En Los Ojos Y Visión***

- Cristalino: tendencia a la opacidad hasta formar cataratas
- Visión: a la oscuridad lenta, cambios en la visión para apreciar la profundidad. Se aprecia mejor los colores: rojo, amarillo, naranja, café y negro.

#### ***Modificaciones De Los Oídos Y La Audición***

- Cambios de la piel del conducto auditivo externo favoreciendo la acumulación de cerumen.

- Cambios en los huesecillos del oído medio, lo cual altera la conducción del sonido
- Cambios en el nervio auditivo, lo cual lleva a problemas de audición
- Audición: dificultad para oír los tonos de frecuencia alta, se escuchan mejor las frecuencias bajas
- Hay dificultad para discriminar los sonidos en conversaciones individuales (en ocasiones)

### ***Modificaciones En La Boca Y Sentido Del Gusto***

- Cambios en las encías, mayor predisposición a la inflamación
- Menor dimensión del maxilar inferior, flacidez de músculos que dificultan la masticación y adaptación a prótesis dentarias
- Disminución de secreción de la saliva
- Gusto: cambios en las papilas gustativas, dificultad para apreciar los sabores dulce y salado

### ***Modificaciones Del Sistema Respiratorio Y En La Nariz***

- Cambio en la mucosa nasal: disminución de vascularización
- Mayor tendencia a la resequedad nasal
- Aumenta la cifosis dorsal
- Tendencia a las calcificaciones en los cartílagos costales
- Disminución de la acción de los cilios encargadas de ayudar a movilizar las secreciones
- Cambios en los volúmenes de aire inspirado y espirado, mas acentuado en algunas personas
- La capacidad total funcional permanece constante en la mayoría de las personas

### ***Modificaciones En El Sistema Nervioso Y Endocrino***

#### **A) Morfológicas**

- Pérdida de peso del tejido cerebral, que pasa de 1400 g en los varones de 20 años a 1170 g a los 80 años, después de los 30 años el cerebro empieza a envejecer.
- Las neuronas disminuyen en su tamaño pero no desaparecen, alteraciones vasculares, rarefacción neuronal y presencia de placas seniles. A diferencia de las demencias las neuronas se destruyen, se atrofian y se presenta pérdida de las sinapsis, se reduce la utilización del oxígeno y se baja la producción de las proteínas intracerebral.

## **B) Funcionales**

- Se afectan los flujos cerebrales, el metabolismo neuronal, con descensos de hasta 20% en el consumo de oxígeno y glucosa, y la función de los neurotransmisores.<sup>25</sup>
- Variaciones en la irrigación sanguínea al cerebro
- Cambios en el sistema nervioso central (SNA), lo que puede producir Hipotensión postural.
- De acuerdo al grado de envejecimiento pueden comprometerse las funciones cognitivas, la memoria reciente y la respuesta sensorial y motora
- En el sistema endocrino se presenta un cambio en el peso de las glándulas, modificaciones en la secreción de hormonas, alteraciones en los sitios que la reciben.

## ***Modificaciones En El Sistema Osteomuscular En La Vejez***

- Disminución de la elasticidad de los ligamentos.
- Disminución de la masa muscular.
- Disminución del tamaño de los discos intervertebrales. Incremento de la cifosis dorsal; lo que conlleva a la disminución de la talla.
- Disminución del tono muscular, tendencia a la hipotensión postural.
- Cambios en la postura.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> SALGADO, A; GUILLÉN. *Manual de Geriatria*. Pág. 416/7

El volumen muscular y la efectividad, disminuyen con el envejecimiento. La musculatura se vuelve atrófica y pálida, debido a la disminución de las fibras musculares, incremento en grasa y tejido fibroso. Estos cambios pueden no ser debidos exclusivamente al envejecimiento, sino que a veces reflejan únicamente la vida mas sedentaria de los ancianos en las naciones desarrolladas (el volumen muscular puede aumentar en ancianos con ejercicio regular).<sup>27</sup>

Una de las características más importantes del anciano es la creciente susceptibilidad a una multitud de enfermedades haciéndose frecuentemente necesarias las intervenciones quirúrgicas mutilantes; las enfermedades que originan las mas altas tasas de mortalidad entre los ancianos son, las degenerativas, las cardiacas, las lesiones cerebro vasculares, el cáncer, las pulmonares obstructivas, los traumatismos por accidentes, existen enfermedades comunes que aunque no constituyen una amenaza para la vida, incrementan su morbilidad.

Dentro de los cambios en la vejez, también se encuentran otras *enfermedades y problemas específicos*, del aspecto biosicosocial, los cuales son de suma importancia describir, ya que en conjunto representan las modificaciones generales en el adulto mayor.

- ***Cambios Mentales , Emocionales Y Sociales***

La capacidad de aprendizaje se ve mermada en el sentido que se convierte en un proceso más lento, mientras que el juicio esta generalmente preservado.

El anciano se aferra tenazmente a los valores, conceptos y objetos del pasado, lo que constituye un mecanismo de defensa contra los problemas de la lucha cotidiana, las nuevas situaciones; que lo conduce al aislamiento,

---

<sup>26</sup> DELGADO, Jairo Marino. *Enfoque Integral del Paciente Anciano*. Universidad del Cauca. Facultad Ciencias de la Salud. Centro Universitario de Salud Familiar "Alfonso López". Popayán. 1992.

<sup>27</sup> CONI, Nicholas; DAVIDSON, William; WEBSTER, Stephen. *GERIATRIA*. Editorial Manual Moderno. México. 1990.

en especial cuando los jóvenes no tienen la suficiente paciencia para soportar su compañía.

Una personalidad bien preservada puede entrar en conflicto con un cuerpo que no puede negar los estragos de la edad.

- ***La Familia***

Suele ocurrir que en la edad en que el anciano necesita de mayor ayuda, es cuando muere su cónyuge; el cónyuge que sobrevive corre un gran riesgo de morir dentro del año que sigue al de la muerte de su esposo(a), debido a que esto disminuye su deseo e interés por la vida. Los hijos se vuelven cada vez más importantes para los ancianos, cuyos contactos sociales se hacen mas restringidos.

- ***Roles Y Relaciones***

Si el anciano ha formado una familia, los papeles dentro de esta se vuelven restringidos; cuando los hijos se casan y abandonan el hogar, la familia nuclear se reduce otra vez. Los roles universalmente aceptados de la familia o sea la procreación y la crianza de los hijos ya no operan en las ultimas etapas de esta, por lo que la energía de los padres se dirige a las satisfacciones del hogar y a la convivencia con los nietos; algunas veces no todos los abuelos están emocional y físicamente capacitados para realizar lo que generalmente se considera como una actividad agradable.

La muerte es un tema de reflexión que frecuentemente surgen en la mente de las personas que se encuentran en esta etapa. Los problemas mas serios se presentan en los casos de los ancianos que viven solos y sin parientes cercanos, así como los solteros y viudos que nunca tuvieron hijos.

- ***Ocupación***

Una de las mayores crisis en el ciclo de vida familiar ocurre en el momento de retiro, determinado a los 65 años para los hombres y 60 para las mujeres. El vaciamiento repentino en el día de una actividad significativa,



tiene efectos perjudiciales para la salud física, mental y social para las personas, particularmente para los hombres.

- **Hospedaje**

La casa de la familia generalmente se vuelve inadecuada para las parejas de ancianos, los cambios degenerativos que ocurren en el cuerpo provocan una creciente incapacidad para mantenerla limpia y en condiciones propicias, el anciano cada vez se muestra más reacio a separarse del ambiente y las cosas que le son familiares.

## **PROTECCIÓN A LA TERCERA EDAD**

La nación ha creado leyes que protegen a esta población, en esta medida en la Constitución Política de Colombia, se afirma en su Artículo 46: “el Estado, la Sociedad y la Familia, concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. La ley 29 de protección a la ancianidad de 1975 expedida por el congreso de la republica de Colombia. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social, integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.”<sup>28</sup>

Dentro de los programas que se llevan a cabo en el municipio de Popayán para la tercera edad se encuentran:

- Programa revivir ( casa del abuelo): creado hace 7 años, actualmente es manejado por la señora Nelly Rodríguez ( gerontóloga) cuenta con un grupo interdisciplinario en convenio con la Universidad del Cauca, y Universidad Cooperativa, con los programas de Psicología, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina y Enfermería. Su objetivo es mejorar las condiciones de vida del grupo poblacional de la tercera edad con el propósito de tener un envejecimiento saludable; respetando los derechos y deberes de esta población con el fin de buscar un bienestar físico, mental y social.

---

<sup>28</sup> Congreso Nacional de la República de Colombia. *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA*, 1991. Capítulo II, artículo 46.

Formado por 59 grupos cada uno con 40-60 personas, este programa esta circunscrito dentro de la red de solidaridad social la cual proporciona alimentos y capacitaciones lúdicas, promoción de salud y prevención de enfermedad.<sup>29</sup>

- PAB: dirigido a la tercera edad hacia la prevención de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión, con énfasis en prevención de las complicaciones. Con vigencia al periodo del 2002.
- LEY 60: es la ley de transferencias fiscales que da recursos para la educación, la salud y otros; otorgando un porcentaje del 25% a la Salud, de este 25% el 10% es para el PAB.

El PAB maneja ingresos de dos fuentes: los ingresos corrientes de la nación y del situado fiscal, con estos recursos se han podido financiar tres programas:

- Programa solución oftalmológica Fundación Vejarano.
- Proyecto valoración acústica de población de la tercera edad con solución de audífono ( atención en fonoaudiología en la tercera edad)
- Proyecto fondo de medicamentos para la tercera edad: antihipertensivos, antidiabéticos y suplementos nutricionales.

Como reforma a la ley 60 de transferencias fiscales se viene manejando la actual Ley 715 de Recursos de Participación, en la cual dichos recursos van directamente al municipio, de esta no se han fijado los porcentajes equivalentes para salud, educación y otros.

En febrero del 2002 la primera dama de la nación por medio de la vicepresidencia de la republica se ha propuesto realizar un proyecto social hacia la tercera edad

---

<sup>29</sup> Información obtenida en conversación con el Coordinador del PAB, municipio de Popayán, Dr. MAURICIO MONTILLA y la directora de la Casa del Abuelo, Gerontóloga NELLY RODRÍGUEZ. 2002.

llamado: *Nuevo Comienzo Otro Motivo Para Vivir*, con el propósito de llevar a cabo encuentros culturales y artísticos a nivel municipal y finalmente a nivel nacional.

### ***INVESTIGACIONES FONOAUDIOLÓGICAS EN LA TERCERA EDAD***

En Colombia, se han realizado investigaciones en el campo geriátrico, un ejemplo de ellos es el realizado en la Universidad del Valle en la ciudad de Cali, Colombia en el año de 1998 en el cual se realizó un estudio enfocado en la atención en salud para personas mayores de 60 años en dicha ciudad. Este estudio lo realizó la enfermera Beatriz E. Botero y la estadista Luz M. Agudelo.

Noemí Lopuzzo Fonoaudióloga y Gerontóloga argentina es una escritora activa de la página virtual llamada Espacio Logopedico (2002) en la cual ha publicado artículos en el campo de la geriatría junto con la parte fonoaudiológica.

En Canadá (Toronto 1999-2000) se realizó un estudio por el Instituto Rotman Research Institute, el cual trató en su investigación los cambios en el proceso de la memoria con la edad.

Durham realizó un estudio en enero 2002 por: *Journal of Gerontology*, en el cual estudiaron la asociación que existe entre la depresión en ancianos y la mortalidad que podría causar en ellos.

En el Reino Unido (New Castle- 2001) se hizo un estudio por la revista: *Hipertensión* 36 en el cual investigaron la relación que se presenta con ancianos hipertensos y el deterioro cognitivo con su respectivo tratamiento enfocado a prevenir las alteraciones en la esfera cognitiva.

La gran mayoría de las investigaciones que se producen en el área de geriatría tratan las alteraciones en relación con enfermedades degenerativas como, Alzheimer como la realizada en U.S.A. (Pennsylvania) por la universidad de Pennsylvania en febrero 2002, en la cual investigan la gravedad de la demencia en el paciente que sufre Alzheimer y su calidad de vida.

Otras investigaciones buscan la relación de la vejez con el daño celular que se empieza a producir desde edades entre los 35 años en adelante para conocer y profundizar aun mas sobre el envejecimiento en el hombre como el estudio realizado en Princeton U.S.A. en la universidad de Pennsylvania en febrero, 2002 por la División of Geriatric Medicine, University of Pennsylvania.

## ANEXO N° 5 PROPUESTA DE INTERVENCION FONOAUDIOLÓGICA EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ORALES Y GESTUALES EN EL ADULTO MAYOR

Ya que se ha enunciado de manera clara el proceso comunicativo en las personas de la tercera edad, es oportuno la búsqueda de medios terapéuticos los cuales brinden mediante su aplicación, apoyo a este proceso, al tener presente que es una terapéutica basada en las limitaciones que de esta etapa, se considera primordial la exploración de herramientas que permitan dar manejo propicio a la singularidad de la comunicación en esta edad.

### **INTERVENCIÓN TERAPEUTICA FONOAUDIOLÓGICA DE HABILIDADES ORALES Y GESTUALES EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DIVINO NIÑO JESUS**

Objetivo general: Mejorar la comunicación gestual y oral en el adulto mayor por medio de ejercicios técnicos que faciliten una mejor interacción con su entorno y con ellos mismos.

Objetivos específicos:

- Mejorar los parámetros respiratorios a través de ejercicios clásicos y de gimnasia respiratoria que faciliten la expresión como iniciativa.
- Alcanzar un buen equilibrio muscular a través de ejercicios de relajación encaminados a la preparación del cuerpo y de la mente hacia la terapéutica.
- Potencializar las cualidades vocales y de articulación por medio de actividades lúdicas, las cuales facilitaran la prosodia, fluidez dicción y características acústicas de la voz.
- Mejorar el lenguaje gestual y verbal mediante ejercicios pragmáticos semánticos, sintácticos y fonológicos para que logren sus fines comunicativos.

- Mejorar la capacidad de evocación por medio de ejercicios de percepción, memoria inmediata, mediata y remota que sirvan de apoyo al lenguaje expresivo y comprensivo.

## **METODOLOGÍA**

La intervención terapéutica se realizara de manera individual y grupal mediante la planeación previa de cada una de las actividades en las cuales se integrarán las diferentes áreas a trabajar. A cada paciente se le realizará la misma sesión terapéutica individual y grupal, se llevará registro particular de las respuestas en estas actividades. Se ejecutaran 3 sesiones individuales los días lunes, miércoles y viernes y 2 grupales los días martes y jueves, por semana, durante 4 semanas. Se realizarán 30 sesiones individuales en horas de la mañana durante 30 minutos para cada paciente, y 24 grupales en horas de la tarde durante 60 minutos cada una.

## **EJERCICIOS**

Lenguaje comprensivo:

Semántico:

1. Definición de palabras
2. Sinónimos.
3. Descripción y organización de láminas de secuencia.
4. Ejercicios de relaciones de tiempo
5. Ejercicios de relaciones atributivas
6. Resolución de absurdos verbales y visuales.
7. Analogías
8. Expresar frases de otra manera.
9. Lotería de fuga de detalles
10. Clasificar láminas por categorías

Pragmático:

1. Contar historietas
2. Expresar frases de otra manera
3. Justificar situaciones dadas

#### Interior:

1. Ejercicios para agilizar la velocidad de la respuesta
2. Ejercicios semánticos y pragmáticos
3. Resolución de problemas

#### Lenguaje expresivo

##### Sintáctico

1. Construcción de frases a partir de una palabra
2. Repetir frases haciendo la corrección necesaria
3. Construcción de oraciones a partir de palabras dadas
4. Completar frases
5. Resumen de textos escuchados

#### Lenguaje gestual

1. Dramatización de historias pro medio de claves
2. Mímica de comerciales de TV
3. Teatro
4. Canto
5. Danzas
6. Música terapia

#### Memoria

##### A. Inmediata

1. Atender varias tareas al mismo tiempo
2. Retención de nombres
3. Proyección de dibujos
4. Búsqueda de similitudes y diferencias

5. Juego de memoria visoespacial con tarjetas
6. Observar, retener y evocar ubicación de fichas
7. Asociación de imágenes por pareamiento
8. Ejercicios de ritmo
9. Concéntrese visual – auditivo

#### B. Mediata

1. Retención de nombres
2. Describir, retener y evocar trayectos
3. Evocar series numéricas
4. Evocación de la fecha actual

#### C. Remota

1. Evocación de historia y hechos vividos
2. Recordar personas especiales
3. Recordar poesías vs. Canciones
4. Recordar con analogías con hechos históricos / vividos
5. Realizar ejercicios de habilidades motoras aprendidas

#### Relajación

1. Tensar – distensar
2. Ejercicios de cuello
3. Ejercicios de hombros

#### Respiración

1. Ejercicios de respiración (bipedestación, posición sedente, de cúbito dorsal y lateral).
2. Gimnasia respiratoria

#### Voz

1. Ejercicios de resonancia
2. Ejercicios de tono, intensidad y duración

Los ejercicios anteriores se van a trabajar mediante voz cantada.