

CARACTERIZACIÓN COMUNICATIVA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR UTILIZANDO UN MODELO COGNITIVO¹

Alexandra Patricia Jaimes Barros², Lennin Yasmín López Chaparro³, Jhancy Rocío Aguilar⁴,
Martha Patricia Menjura Torres⁵ y Leidy Giobanna Calderón Riaño⁶

Fecha de recepción: 09 de Junio de 2014

Fecha de aprobación: 8 de Octubre de 2014

Citar como: Jaimes, A., López, L., Aguilar, I., Menjura, M. y Calderón, L. (2014). Caracterización comunicativa de la población adulta mayor utilizando un modelo cognitivo. *Revista Areté*, 14 (1), 162-171

Resumen

El envejecimiento conlleva deterioro de las funciones cognitivas, lo que cuestiona cómo este proceso causa alteración específicamente del lenguaje. Por ello surge el interés de caracterizar las habilidades comunicativas en la población de adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se incluyeron participantes de seis Centros de Bienestar del Adulto Mayor. Se revisaron historias clínicas para determinar variables sociodemográficas y antecedentes. También, mediante la ejecución de tareas, se valoraron seis rutas relacionadas con la comunicación. Se realizó el análisis estadístico en el software Stata 12.1, utilizando medidas de frecuencia, de tendencia central y la prueba chi².

Se evaluaron 103 adultos mayores, de los cuales el 25,2% presentaron alteraciones en la repetición sin significado de pseudopalabras. En las mujeres se presentó mayor frecuencia de alteración en la comprensión de la palabra hablada ($p=,01$) y se observaron diferencias estadísticamente significativas por edad en la repetición sin significado de pseudopalabras ($p=0,004$ y $p=9,009$). Se concluye que por los cambios poblacionales hay necesidad de seguir realizando estudios que permitan evitar el deterioro de los procesos comunicativos del adulto mayor.

Palabras clave: Habilidades comunicativas, adulto mayor, modelo cognitivo.

¹ Grupo de Investigación: CLINIODES; Línea: Evaluación de pruebas diagnósticas.

² Fonoaudióloga, Magíster en Administración de Empresas, Especialista en Pedagogía de la Informática. Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia. alexa.jaimes@udes.edu.co

³ Fonoaudióloga, Candidata a Magíster en Educación, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia. lenninyasmin@yahoo.es

⁴ Bacterióloga, Magíster y Especialista en Epidemiología. Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia. jhancyrocio@gmail.com

⁵ Licenciatura en Literatura y lengua española, Magíster en Lingüística española, Diploma en estudios avanzados DEA en Lingüística. Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia. mpmenjura@yahoo.es

⁶ Fonoaudióloga. Egresada Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

COMUNICATIVA CHARACTERIZATION IN ELDERLY HOME CARE OF BUCARAMANGA, UNDER A COGNITIVE MODEL

Abstract

Aging involves deterioration of cognitive functions, calling to question how this process causes specific language impairment. Therefore the interest of characterizing communication skills in the elderly population of the "Centros de Bienestar del Adulto Mayor" (CBAM) of Bucaramanga arises. A descriptive cross-sectional study was conducted. Participants from six centers were included. Medical records were reviewed to determine demographic and background variables; also by executing tasks six related communication routes were assessed. Statistical analysis was performed in Stata 12.1 software using frequency measures of central tendency and the chi2 test.

103 older adults were evaluated, of whom 25.2% had abnormalities in meaningless repetition of pseudowords. In women were present a greater frequency of alteration in the understanding of the spoken word ($p = 0.01$) and statistically significant differences by age in the meaningless repetition of pseudowords ($p = 0.004$ and $p = 9,009$). As a conclusion, due to population changes there is the need for further studies to avoid deterioration of the communication processes of the elderly.

Key words: Communicative ability; Older adult; Model cognitive.

INTRODUCCIÓN

Una persona adulta mayor es aquella que cuenta con más de 60 años de edad, o de 50 años si es población de riesgo (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2000; Organización de Naciones Unidas – ONU, 2002), para Colombia, a criterio de los especialistas de los centros vida (instituciones que contribuyen a brindar al adulto mayor, una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida), una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55 años, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (Ley 1276 de 2009).

El envejecimiento es un proceso normal, que dura toda la vida, en el que influyen factores ambientales y fisiológicos relacionados con los roles de cada individuo, su nutrición, hábitos de vida y desempeño físico (Rodríguez, 2011; Valencia et al, 2008; Franco-Martín, 2013, García-García, 2003; OMS, 2000; Zavala et al, 2006).

Aunque es un proceso natural, en los países en vía de desarrollo, genera cambios en los patrones de las enfermedades infecciosas y crónicas, siendo estas últimas causales de discapacidad y detrimento en la calidad de vida. En el adulto mayor, las deficiencias auditiva y visual son las que especialmente se presentan y alteran los procesos comunicativos en el 2,4% de la población mayor de 60 años, siendo la mitad de este porcentaje poblaciones de más de 70 años (García-García, 2003).

Otro aspecto fundamental a tenerse en cuenta, es la transformación que sufre la estructura cerebral, lo cual genera paulatinamente deterioro de las funciones cognitivas (Franco-Martín, 2013), aspectos que son necesarios evaluar y conocer a fin de realizar propuestas de trabajo encaminados a evitar alteraciones cognitivas y al mantenimiento de las funciones (Valencia et. al, 2008) y por ende manejar un buen desempeño social y comunicativo del adulto mayor (ONU, 2002; Franco-Martin, 2013).

Teniendo en cuenta el cambio en la pirámide poblacional, la Organización de las Naciones Unidas – ONU, convocó en el año 2002, la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, en donde se estableció que la esperanza de vida existente en el año 1950 de 46 años aumentará a 76 años un siglo después (Cardona y Peláez, 2012; Piña, 2012), y se evidencia que en América Latina este aumento se dará del 8% al 15% hacia el año 2025, por lo que se propuso a todas las naciones participantes, realizar un cambio en la política pública relacionada con las personas de la tercera edad, en búsqueda de mejorar sus condiciones sociales, culturales, laborales, educativas, económicas y de salud (ONU, 2002).

En Colombia, la pirámide poblacional se ha ido estrechando, ha disminuido la población joven y se ha incrementado la adulta mayor, es considerada como la sexta nación de Latinoamérica, con mayor esperanza de vida, la cual asciende a 75 años. Para el 2050 se espera una población cercana a los 72 millones, con una esperanza de vida superior a los 79 años y con más del 20% de sus habitantes por encima de 60 años y para quienes llegan hoy a los 60 años, su promedio es vivir 25 años más, con una expectativa de salud hasta los 68 años (OMS, 2014).

Al verse el aumento progresivo de la esperanza de vida, se genera preocupación por la necesidad de propender por el constante movimiento físico y mental del adulto y especialmente del adulto mayor, al ser quien en un momento dado, mantenga por un tiempo más largo su rol dentro de la familia y la sociedad. Proveer una mejor calidad de vida implica no solo realizar actividades físicas, sino cognitivas, que favorezcan en el adulto la comunicación e interacción con la sociedad y evite el abandono de la misma y la pérdida de la independencia (Valencia et. al, 2008; Cardona y Peláez, 2012).

Colombia retoma el concepto de la OMS (2000) de Envejecimiento Activo como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida,

con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. Por tanto, las acciones en este tema deben generar precisamente una mejor calidad de la población mayor de 60 años.

Colombia, después de 50 años de estudios y propuestas, consolidó a través del Ministerio de la Protección Social, su Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007) . En dicho documento se asume el envejecimiento como “el conjunto de transformaciones y o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. Igualmente, el documento menciona que los factores adversos pueden causar discapacidades primarias, mientras que un cambio a hábitos saludables puede hacer reversible ese problema (OMS, 2000). La Política Pública contempla cuatro ejes que son: Promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores (estableciendo políticas que promuevan los derechos); Protección social integral (apoyo en continuidad laboral, mejoramiento de la vivienda, erradicación de la pobreza, alimentación sana, seguridad social; Envejecimiento activo (creación de espacios saludables, cultura de envejecimiento, promoción de hábitos y estilos de vida saludables); y Formación del talento humano e investigación (trabaja y promueva proyectos para mejorar la investigación sobre gerontología en el país).

El país presentó a través del Ministerio de Salud y Protección Social (2012) avances en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, en cuanto a los elementos de participación social, subsidios monetarios, programas de alimentación, deportes y educación en tecnología y comunicación, oferta laboral y atención a la discapacidad.

De igual forma, hay una variación por género en cómo se concibe, afronta y lo que significa el envejecimiento (Yuni y Urbano, 2008; ONU, 2002;

Cardona y Peláez, 2012). En Colombia, el promedio de vida de la mujer es mayor, pero también es a quien se le vulneran más sus derechos. Existe así mismo diferencias demográficas dadas por el movimiento al lugar actual de vivienda del adulto mayor, ya que es generalmente rural a urbano lo que se espera hacia el año 2050 (ONU, 2002). Esos dos aspectos (género y lugar de vivienda) se deben tener en cuenta al realizar actividades con el adulto mayor en busca de la igualdad de oportunidades para todos.

A lo anterior se suma que se evidencia el incremento de adultos mayores que acuden con deterioro cognitivo y una detección precoz de los mismos evita su progreso (Cuetos-Vega, Menéndez-González y Calatayud-Noguera, 2007; López, Calero y Navarro-González, 2013). La evaluación cognitiva del adulto mayor mide generalmente la competencia comunicativa de forma aislada y solo se centran en el discurso narrativo en la vejez.

Las características del discurso del adulto mayor se centran en dificultades como tendencia a la disgresión, al manejo de presuposiciones, errores en el mantenimiento de los referentes y una menor complejidad en la estructura sintáctica de los enunciados. En otras capacidades cognitivas se presenta bajo rendimiento en la memoria operativa, dificultad en inhibir información innecesaria (Wittig, 2004). Así mismo se evidencian afecciones físicas en los ojos, oídos, nariz, labios, cavidad bucal entre otros que conllevan a afecciones sensoriales, del aprendizaje de nueva situaciones, en la memoria operativa (Timiras, 1997; Medellín y Tascón, 1995)

Conocer el proceso de deterioro cognitivo para disminuir su incidencia debe ser una prioridad para el fonoaudiólogo, al ser el profesional que facilita la comunicación y por ende la vida social de los individuos con el fin de promover una vejez productiva.

El enfoque cognitivo, según lo expone Cuetos-Vega (1996), tiene como misión dar explicación

de los trastornos conductuales que tiene una persona con daño cerebral, teniendo en cuenta los mecanismos que funcionan en el procesamiento del lenguaje. Este enfoque tiene varios supuestos como el de modularidad (cada proceso se encarga de una tarea específica), el isomorfismo (base orgánica de los módulos), fraccionabilidad (funcionamiento de los módulos así haya daño en los otros) y la sustractividad (conducta patológica que se presenta por el funcionamiento del procesamiento lingüístico menos el área afectada).

Cuetos-Vega (1996) describe los mecanismos de comprender el habla, partiendo de la percepción y clasificación de los sonidos, el análisis de los fonemas que recibimos (acústico, fonético y fonológico) para continuar con la asociación de un significado a la secuencia de sonidos escuchada y posteriormente con categorías de significados existentes, que ocurren en el sistema semántico, un almacén de palabras y conceptos que se activa con todas las modalidades perceptivas.

Siguiendo la explicación, en los mecanismos para la producción oral se parte del sistema semántico que organiza el léxico que se va a utilizar, el cual activa la representación de fonemas y finalmente la organización y producción de cada uno de ellos.

Una tarea del lenguaje oral es la repetición, que involucra los procesos de comprensión y producción del habla. Esta tarea se puede realizar con palabras conocidas en donde se activa el sistema semántico o con palabras desconocidas o pseudopalabras en las que no se activa dicho sistema.

Así mismo, la lectura parte de la percepción visual de las figuras y el análisis de los rasgos de cada grafema, seguido de un proceso léxico en donde se reconocen las palabras y si es el caso se conduce al sistema semántico para comprender su significado. En la escritura se pueden seguir dos rutas, la léxica y

la fonológica, que varían en que la primera se usa para palabras con ortografía arbitraria y la segunda con palabras desconocidas. Según la ruta escogida se utiliza el léxico ortográfico o fonológico, el cual activa los grafemas correspondientes. El uso de una u otra ruta depende de la modalidad de escritura (copia, dictado o espontánea)

Objetivos

Como objetivo general se planteó caracterizar las habilidades comunicativas en la población de adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga. Para lograrlo, se plantearon los siguientes objetivos específicos: describir las características sociodemográficas y los antecedentes de la población adulta mayor de los CBAM de la ciudad de Bucaramanga; determinar el estado de las habilidades comunicativas de la población estudiada, siguiendo el modelo cognitivo propuesto para ello; y relacionar los componentes de procesamiento lingüístico con la edad y el género de los participantes del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en 103 adultos mayores adscritos a los CBAM de la ciudad de Bucaramanga, utilizando muestreo simple aleatorizado. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en el software Epidat 3.1, teniendo en cuenta una población total de 455 adultos mayores, correspondiente a seis instituciones de la ciudad; con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron adultos mayores de 60 años, institucionalizados de Centros de Bienestar (CBAM) de la ciudad, y que aceptaran participar en el estudio firmando el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio adultos con déficit

cognitivo o accidente cerebro vascular con o sin afasia.

Prueba piloto

Se realizó en 29 adultos mayores institucionalizados en el Hogar geriátrico Juan Pablo II. Se revisaron las historias clínicas de los adultos, para determinar las variables que se encontrarán en más del 50% de las historias y que de acuerdo a la literatura revisada, tuvieran importancia para el estudio.

De igual forma, se evaluaron seis rutas relacionadas con la comunicación, para determinar materiales necesarios, tiempo y dificultades en el desarrollo de las tareas propuestas. Teniendo en cuenta que más del 70% de los adultos mayores no respondieron las rutas correspondientes a la lectura (léxico semántica, directa, fonológica) y escritura, se decidió evaluarlas solamente en aquellas personas que estuvieran en capacidad física o educativa para responderla.

Recolección de la información

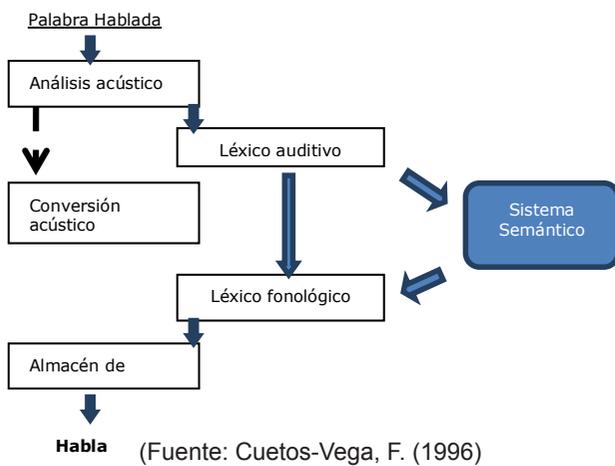
Para la recolección de la información, se revisaron las historias clínicas de los adultos mayores para determinar variables sociodemográficas como la edad, nivel de estudios y ocupación; así como los antecedentes personales y médicos. De igual forma, se realizó la evaluación de seis rutas relacionadas con el proceso de comunicación, tomadas de la propuesta del modelo cognitivo propuesto por Cuetos-Vega (1996).

Las rutas evaluadas fueron la comprensión de la palabra hablada, producción de la palabra hablada, repetición sin significado de pseudopalabras, repetición sin significado de palabras reales, lectura y escritura. La evaluación de estas rutas, se realizó mediante tareas planteadas para los respectivos módulos con los cuales se desenvuelve la persona. De esta forma, cada ruta estuvo conformada por cinco tareas y se consideró alteración de la

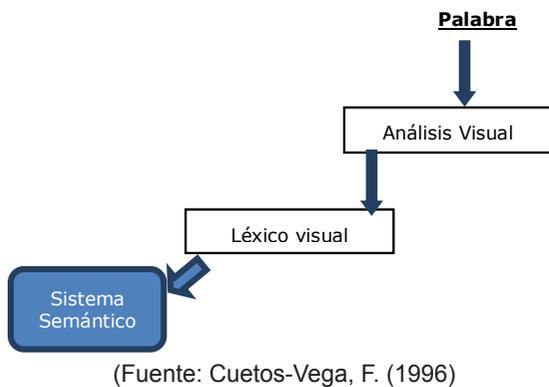
ruta, cuando la persona realizó menos de tres de las cinco tareas.

A continuación se presentan las rutas propuestas por Cuetos Vega en el libro Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva (1996).

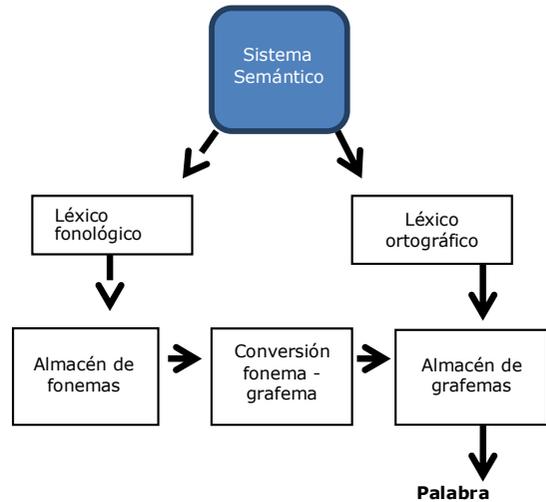
Gráfica 1. Modelo de todos los procesos que intervienen en la comprensión y producción del lenguaje oral.



Gráfica 2. Modelo de los procesos que intervienen en la lectura.



Gráfica 3. Modelo de los procesos de escritura.



(Fuente: Cuetos-Vega, F. (1996))

Análisis de datos

Para la digitación de los datos se diseñó una base de datos en Epidata 3.1. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico con el programa Stata 12.1, utilizando medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión. De igual forma, se categorizó la variable de salida, alteración de la ruta, como una variable dicotómica y se evaluaron las diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género y edad, utilizando la prueba estadística χ^2 . Para la comparación de las alteraciones de las diferentes rutas de acuerdo a la edad, esta variable se categorizó por decenios de la siguiente manera: menores o iguales a 70 años, de 71 a 80 años y mayores de 80 años.

Consideraciones éticas

En el estudio se respetaron los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. De igual forma, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este se consideró un estudio sin riesgo. Los datos se manejaron en forma confidencial y se contó con el consentimiento informado por escrito.

RESULTADOS

En total se evaluaron 103 adultos mayores, de los cuales el 30% fueron hombres, con edades que oscilaron entre 60 y 96 años, y un promedio de 75,9 (± 8.6) años. En cuanto al nivel de estudios alcanzados, el 73.8% reportaron haber cursado hasta primero o segundo y solamente el 1.94% cursaron de tercero a quinto de la educación básica primaria; el restante 24.7% no accedió a la educación durante su vida.

Así mismo, respecto a los antecedentes ocupacionales, los participantes del estudio manifestaron haberse dedicado principalmente a labores de agricultura (32.9%), hogar (26.6%) y a otras labores no profesionales (36.5%). De otra parte, en cuanto a los antecedentes médicos, el 60% presentaron alteración en el sistema circulatorio, seguido en menor medida del respiratorio (8,3%) y el visual (8,3%).

En cuanto al estado de las habilidades comunicativas, como se evidencia en la Tabla 1, los adultos mayores evaluados presentaron mayor frecuencia de alteraciones en la ruta relacionada con la repetición sin significado de pseudopalabras (25,2%), seguida por la repetición sin significado de palabras reales (19,4%).

Tabla 1. Alteraciones de las rutas de las habilidades comunicativas de los adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga

Rutas	n (103)	Porcentaje (%)
Ruta 1: Comprensión de la palabra hablada	18	17,5
Ruta 2: Producción oral	17	16,5
Ruta 3: Repetición sin significado de pseudopalabras	26	25,2
Ruta 4: Repetición sin significado de palabras reales	20	19,4

En la Tabla 2 se observan los sistemas evaluados que formaron parte de cada una de las rutas. Los sistemas que mayor frecuencia de alteración presentaron en la población evaluada fueron el análisis auditivo (33%), la conversión acústico fonológica (26%), el léxico fonológico (28%), el almacén de fonemas (29%) y el retén fonológico (30%).

Tabla 2. Alteraciones de los módulos relacionados con las habilidades comunicativas de los adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga

Módulos	n (103)	Porcentaje (%)
Análisis auditivo	34	33
Léxico auditivo	9	8,7
Conversión acústico fonológica	26	25,2
Sistema Semántico	17	16,5
Léxico fonológico	28	27,1
Almacén de fonemas	29	28,1
Retén fonológico	31	30,1
Análisis visual (n=46)	34	87,1
Léxico Visual (n=46)	40	88,9
Conversión grafema fonema (n=46)	8	18,1
Conexión léxico visual - sistema semántico (n=46)	7	15,6
Comprensión de oraciones (n=46)	7	16
Dictado (n=46)	27	58,7
Copia (n=46)	4	9,3

Respecto a la comprensión de la palabra hablada, se presentó alteración en el sistema semántico en el 17% de las personas evaluadas, en adición a las alteraciones del análisis auditivo (33%) y la conversión acústico fonológica (26%).

Las tareas en las que más se evidenció alteración fueron: el análisis acústico (49%), el análisis fonético (31%), la asociación semántica (30%), emparejamiento de palabras con sinónimos (34%), descartar elementos que no pertenecen (34%), dar atributos a los conceptos (32%), denominación de dibujos con un fonema inicial (37%), memorización de palabras largas y cortas (68%), identificación de letras aisladas (100%), asociación de grafemas con sonidos (100%), asociación de fonemas para conformar palabras (31%).

De otra parte, solamente el 44,6% (n=46) de los participantes en el estudio estuvieron en capacidad de responder la evaluación de las rutas de lectura y escritura. En esta evaluación, se observó que en la lectura el 86,9% (n=40) presentaron alteraciones; al igual que el 23,9% (n=11) de los participantes en la ruta de la escritura. Sin embargo, se debe aclarar que estos resultados se vieron afectados porque de los 46 adultos mayores que estuvieron en capacidad de responder estas rutas, solamente el 15%, lograron terminar todos los sistemas evaluados.

Posteriormente, se compararon las alteraciones observadas en las rutas evaluadas, de acuerdo al decenio de edad. Como se evidencia en la Tabla 3, en las rutas de comprensión de la palabra hablada y la producción oral, no se observó una diferencia estadísticamente significativa en los grupos de 71 a 80 años y mayores de 80 años respecto a los adultos de 70 años o menos.

De otra parte, en la ruta de repetición sin significado de pseudopalabras, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los adultos pertenecientes al segundo decenio (71 a 80 años) respecto a los de 70 años o menos ($p=0,009$); al igual que la frecuencia de alteraciones en los mayores de 80 años respecto a los de 70 años o menos ($p=0,004$).

En cuanto a la ruta correspondiente a la repetición sin significado de palabras reales, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los mayores de 80 años y los de 70 años o menos ($v=0,001$).

Tabla 3. Alteraciones de las rutas de las habilidades comunicativas de los adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga de acuerdo a la edad

Rutas	Alteración (n)	Porcentaje %	Valor p
RUTA 1. Comprensión de la palabra hablada			
< 70 años (n= 25)	7	28	Ref
71 – 80 años (n=43)	6	13,9	0,15
> 80 años (n=35)	5	14,3	0,17
RUTA 2. Producción oral			
< 70 años (n= 25)	7	28	Ref
71 – 80 años (n=43)	9	20,9	0,44
> 80 años (n=35)	1	2,9	0,009
RUTA 3. Repetición sin significado de pseudopalabras			
< 70 años (n= 25)	11	44	Ref
71 – 80 años (n=43)	11	25,6	0,009
> 80 años (n=35)	4	11,4	0,004
RUTA 4. Repetición sin significado de palabras reales			
< 70 años (n= 25)	9	36	Ref
71 – 80 años (n=43)	10	23,3	0,19
> 80 años (n=35)	1	2,9	0,001

De igual forma, se compararon las frecuencias de alteración de cada una de las rutas de acuerdo al género, como se observa en la Tabla 4. En las rutas correspondientes a la producción oral, la repetición sin significado de pseudopalabras y de palabras reales, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, en la ruta de com-

prensión de la palabra hablada, si se observaron diferencias entre los dos grupos ($p=0,01$).

Tabla 4. Alteraciones de las rutas de las habilidades comunicativas de los adultos mayores de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBAM) de la ciudad de Bucaramanga de acuerdo al género

Ruta Alterada	Mujeres (n=31)	Hombres (n=72)	Valor p
Ruta 1. Comprensión de la palabra hablada	10(32,3%)	8(11,1%)	0,01
Ruta 2. Producción oral	8(25,8%)	9(12,5%)	0,09
Ruta 3. Repetición sin significado de pseudopalabras	9(29%)	17(23,6%)	0,56
Ruta 4. Repetición sin significado de palabras reales	9(29%)	11(15,3%)	0,11

DISCUSIÓN

En el estudio realizado, los adultos mayores presentaron principalmente daño en los sistemas circulatorio y respiratorio, lo que corrobora lo dicho por García-García (2003) y por la OMS (2014).

En cuanto a las características demográficas del estudio, la mayoría de los adultos mayores provenían de zonas rurales, tal como lo presenta a nivel mundial la ONU (2002), pero hay que tener en cuenta el cambio demográfico que se proyecta con el incremento al año 2050 del doble o el cuadruple de adultos mayores de 60 años y de ellos, un 82% viviendo en zonas urbanas para el año 2025.

En el estudio realizado, se corroboró que un determinante en el deterioro de la comunicación en una ruta fue el género tal como lo explica Zamarrón (2013). Otro determinante del envejeci-

miento es el entorno social (educación y alfabetización), pero este aspecto solo fue observado en el estudio en el grupo de los 46 participantes que se encontraban en el mismo nivel de estudios primarios, y que respondieron las pruebas relacionadas con los procesos de lectura y escritura.

Al realizar el análisis de las rutas trabajadas, se evidenció gran alteración en el análisis auditivo, el almacén de fonemas, el sistema léxico fonológico, la conversión acústico fonológica, y el sistema semántico, lo que supone fallas en el proceso de envejecimiento, corroborado por Zamarrón (2013). Así mismo al establecer la correlación entre la edad y el género, el grupo de adultos mayores de 80 años presentó una variación significativa en las rutas de producción oral y repetición, lo que complementa lo expuesto por Fernández-Turrado et al. (2006) al mencionar estabilidad en la denominación visual hasta la octava década, aspecto evaluado en esta ruta.

La evaluación y tratamiento de una alteración en uno de los procesos necesarios para la comunicación traen beneficios en cada individuo (Valencia et al, 2008; Franco-Martín, 2013). Eso permite establecer la importancia en el proceso evaluativo realizado en este estudio para que los fonoaudiólogos realicen procesos terapéuticos que incluyan no solo la remediación de una falencia, sino la conservación de un proceso cognitivo.

CONCLUSIONES

Tomando como base la pirámide poblacional y los cambios generados en la sociedad con el mantenimiento de los adultos mayores dentro del sistema productivo y como elemento primordial en la misma, y asumiendo que existen políticas públicas que favorecen la calidad de vida de ellos, se ve la importancia de continuar realizando investigaciones y programas que ayuden a mantener y apoyar los procesos cognitivos de cada persona y por ende favorecer

los procesos económicos, sociales y culturales en los que se ve envuelto el adulto mayor.

Dado que la política pública colombiana propone la inclusión de los jóvenes desde temprana edad en el campo laboral como medio para llevar una vida más productiva y con mejor calidad (Zamarrón, 2013), este cambio laboral implica también una transformación en el nivel de estudio no solo desde la juventud, sino también en la adultez, por lo que la evaluación de los procesos de lectura y escritura que en este estudio se dejó a libre decisión de cada participante, deben ser retomados en su totalidad para próximos estudios.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación de la Asociación de Centros de Bienestar del Adulto Mayor CBAM de la ciudad de Bucaramanga, quienes favorecieron la realización de esta investigación. De igual forma a los estudiantes de pasantía del programa de Fonoaudiología de la UDES.

REFERENCIAS

- Cardona, D & Peláez, E. (2012) Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*. 28 (2): 335-348
- Cuetos-Vega, F, Menéndez-González, M, Calatayud-Noguera, T. (2007). Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. *REV NEUROL* 44 (8): 469-474.
- Cuetos-Vega, F. (1996). Evaluación y Rehabilitación de las Afasias – Aproximación Cognitiva. Editorial Médica Panamericana.
- Fernández-Turrado, T, et al. (2006). Lenguaje y deterioro cognitivo: un estudio semiológico en denominación visual. *Rev Neurol*; 42 (10): 578-583
- Franco-Martín, M, et al. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Rev Neurol*; 56 (11): 545-554.
- García-García, J. (2003). Comunicación con el adulto mayor. *Archivo geriátrico*. 6 (6).
- López, A, Calero, M y Navarro-González, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol* 56: 1-7.
- Medellín, G y Tascon, E. (1995). Crecimiento y desarrollo del ser humano. Tomo II: Edad escolar a adulto mayor. Universidad del Valle, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud.
- Organización de las Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Perfil Sanitario del país - Colombia. Recuperado Junio 7, 2014. Disponible en <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>
- Piña, O. (2012). Consideraciones bioéticas en la atención del envejecimiento. *Med Int Mex*. 28 (6). 603-607
- República de Colombia, Ley 1276 de 2009. Enero 5 de 2009.
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez: 2007-2019.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Del Compromiso a la Acción: Informe Colombia. Examen y Evaluación de la Declaración de Brasilia en América Latina y el Caribe.
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y envejecimiento. Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Documento de investigación No. 12.
- Timiras, P (1997). Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Masson, 107 - 59
- Valencia et al (2008). Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *REV NEUROL*; 46: 465-71
- Wittig, F. (2004). Estructura narrativa en el discurso oral de adultos mayores. *Revista Signos* 2004, 37(56), 91-10.1
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género. *Revista Argentina de Sociología*. Año 6.
- Zamarrón, M. (2013). Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales* - 41. 449-463.
- Zavala, M, et al. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc. Enferm*. 12 (2).