



Facultad de Medicina
Escuela de Fonoaudiología
Seminario de Investigación

**Facultad de Medicina
Escuela de Fonoaudiología**

SIGNIFICADOS Y SUBJETIVIDADES QUE TIENEN LAS PERSONAS MAYORES DE VALPARAÍSO SOBRE SU PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA FONOAUDIOLÓGICA

Seminario de Investigación optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología

Profesora Guía

Alondra Castillo Delgado

Profesores asesores

Daniel Herrera Atton

Eva Sotelo Trujillo

Estudiantes Tesistas

Camila González Silva

Francisca Rojas Rodríguez

Cristian Sánchez Sobarzo

Natalia Tapia Villalobos

Juliana Villarroel Pará

Viña del Mar - Chile, 2023

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Fundamentación del problema de investigación	8
1.2 Formulación de la pregunta de investigación.	11
1.3 Formulación de Objetivos	11
1.3.1 Objetivo general	11
1.3.2 Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	13
2.1 Salud, envejecimiento y Fonoaudiología	13
2.1.1 Salud - Enfermedad	13
2.1.2 Envejecimiento - Vejez	14
2.1.3 Envejecimiento Saludable - Envejecimiento Patológico	15
2.1.4 El envejecimiento en las áreas fonoaudiológicas	16
2.2 Dimensión social del envejecimiento	27
2.2.1 Calidad de vida en la vejez	27
2.2.2 Viejismo y sus implicancias personales y sociales	29
2.3 Subjetividades	31
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.1.1 Enfoque	33
3.2.1 Tipo de muestra y diseño de muestreo	35
3.2.2 Tamaño de la muestra	36
3.2.3 Unidad(es) de información	38
3.3 Instrumento de construcción de información	38
3.4 Herramientas	39
3.5 Trabajo de campo	40
3.6 Materiales	41
CAPÍTULO IV RESULTADOS	43

4.1 Caracterización de la muestra	44
4.2 Resultado del análisis de las entrevistas	45
4.2.1 Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento	49
4.2.2 Significados y Subjetividades del envejecimiento en el ámbito Fonoaudiológico	57
4.2.2.1 Audición	57
4.2.2.2 Cognición y lenguaje	61
4.2.2.3 Equilibrio	63
4.2.2.4 Motricidad orofacial	66
4.2.2.5 Voz	70
4.2.3 Categorías emergentes relacionadas a la calidad de vida	72
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	84
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES	100
Anexo 1	118
Anexo 2	120
Anexo 3	122
Anexo 4	124
Anexo 5	132

DEDICATORIA

Dedicado a nuestras abuelas, María Fresia Araya, Lastenia Huidobro y Teodolinda Gonzalez, cuyo paso por la vida y conocimiento fue fruto de inspiración que suscita en el interés de estudiar la vivencia de la persona mayor desde una perspectiva saludable en la Fonoaudiología y su vivir.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a las personas mayores que fueron partícipes del presente estudio, abriendo su campo de experiencias para nutrirnos de sus saberes a través de sus vivencias, lo que culminó en el desarrollo de esta investigación. Sus experiencias inspiran nuestro futuro profesional basado en la ética y la empatía.

Agradecimientos de igual magnitud a los profesores guías, que fueron el principal sostén emocional y de conocimiento en este arduo proceso.

RESUMEN

Chile se encuentra en un proceso acelerado de envejecimiento poblacional. Actualmente no existe desarrollo profundo de políticas públicas vinculadas al envejecimiento saludable y fonoaudiológico, es por eso que surge la necesidad de analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables, a sus procesos naturales de envejecimiento, en relación a la perspectiva fonoaudiológica. La investigación se realizó desde el paradigma cualitativo, bajo la perspectiva fenomenológica. Se realizaron 16 entrevistas en profundidad (8 mujeres y 8 hombres) y se utilizó el análisis de contenido para la construcción de las categorías. Se evidenciaron tres resultados relevantes: Las personas mayores viven el envejecimiento en buenas condiciones, con cambios físicos, visuales y musculoesqueléticos; en cuanto al ámbito fonoaudiológico solo emergen naturalmente en los relatos experiencias de audición y cognición, las otras áreas fonoaudiológicas no fueron enunciadas espontáneamente; respecto a las implicancias, resultó determinante la historia previa y conocimiento en el ámbito fonoaudiológico, puesto que, quienes tenían nociones al respecto, declararon implicancias en su calidad de vida, aspectos que no se observan en quienes no tuvieron historia relacionada a la Fonoaudiología. Como conclusión se logró comprender que hay un vacío de conocimiento de las áreas fonoaudiológicas y el envejecimiento saludable por parte de los participantes, surge ahí la relevancia del aporte del profesional de la Fonoaudiología sobre esta materia.

Palabras clave: Envejecimiento, Fonoaudiología y significados.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca en los procesos naturales de envejecimiento saludable de las personas mayores. Específicamente, se abordarán los significados atribuidos por las personas mayores a su propio envejecimiento y a las percepciones asociadas a las funciones de las áreas de la Fonoaudiología. Por consiguiente, se pretende conocer la noción de las personas mayores; respecto del rol de esta disciplina en el proceso de envejecimiento.

La motivación de este estudio nace desde el desconocimiento de las personas mayores, en relación a los cambios propios del proceso de envejecimiento, puesto que no existe información suficiente por parte de los organismos ministeriales. Se requiere, por lo tanto, una investigación que aporte insumos para futuras políticas públicas y proyectos de difusión sobre el tema abordado. La disciplina fonoaudiológica será la más beneficiada, ya que, se expondrá la relevancia del quehacer de la misma en el envejecimiento saludable.

Analizar los significados que otorgan las personas mayores a sus procesos naturales de envejecimiento considerando las áreas fonoaudiológicas, evidenciará la representación de esta población sobre sus procesos naturales desde diferentes perspectivas. Por esto, el estudio se propone para profundizar en las reflexiones que activan las personas mayores saludables sobre los distintos cambios que experimentan de manera que, a la vez, puedan comprender la necesidad de contar con atención de los especialistas de la Fonoaudiología, quienes tienen por función proveer terapias desde las distintas áreas, como voz, motricidad orofacial, audición, equilibrio y cognición, con el propósito de beneficiar su calidad de vida en dicho ciclo vital.

La metodología de esta investigación es de tipo cualitativa y será abordada desde una perspectiva fenomenológica, con un paradigma interpretativo. El objetivo del estudio es analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables a sus procesos naturales de envejecimiento, en relación a la perspectiva fonoaudiológica. Para cumplir con este propósito, se registrarán las experiencias de una muestra de caso-tipo con 24 personas adultas, mediante entrevistas presenciales, individuales y grupales.

Estas se efectuarán en las dependencias de Gerópolis, entidad que se encarga de contribuir a la salud y calidad de vida de las personas mayores y pertenece a la Universidad de Valparaíso.

Este informe se organizará en VI capítulos. La función del primero es presentar el problema de investigación, en el que se fundamentará la necesidad del estudio, se plantearán las preguntas que originarán los objetivos y la viabilidad del estudio. En el segundo, se abordará el marco teórico con conceptos claves relacionados a nuestro estudio que serán relevantes para el proceso de investigación, en el tercer capítulo se hará referencia al marco metodológico con el fin de determinar el tipo y el tamaño de la muestra, las herramientas para la ejecución del proyecto y los materiales que se requirieron para llevar a cabo la investigación. Finalmente se exponen los principales resultados, los cuales son analizados en el apartado de discusión, donde se contrastan con la teoría, concluyendo con los principales hallazgos y la relevancia que estos tienen para el quehacer fonoaudiológico en la actualidad.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema de investigación

El envejecimiento debe verse como un proceso natural y no necesariamente como una etapa en donde comienza el detrimento físico y social inexorable (Fernández et al, 2017). En cuanto a la visión de este proceso de vida, esta se ve influenciada por los prejuicios preconcebidos y culturales; en las sociedades modernizadas se define a la vejez negativamente, esto trae consigo una devaluación del estatus social (López-Hernández y Orozco-Campos, 2016). Para estos autores, dichos estereotipos tienden a marginalizar la percepción del envejecer y resultan ser discriminatorios.

Chile se encuentra en un proceso acelerado de envejecimiento poblacional, generando la necesidad y urgencia de desarrollar investigación relacionada con esta temática según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2015). Se estima que al año 2050, la población de personas mayores en Chile será de un 31,2%, lo que equivale a 6,9 millones de adultos mayores, como menciona el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO) (MIDESO, 2020). En relación a la población de personas mayores, en nuestro país, el 85,6% de la población adulta mayor no presenta dependencia funcional, es decir, gran parte de las personas las mayores en Chile, viven en condiciones de autonomía e independencia, situación que también se repite en el resto del mundo (MIDESO, 2017). Sin embargo, la evidencia señala que existe un incipiente desarrollo de investigaciones que permiten profundizar en el conocimiento de la vejez saludable (OMS, 2015). Referente a esta etapa escasa de investigación, es que resulta necesario generar nuevos insumos teóricos sobre la materia, aspecto donde esta investigación propone ser un aporte.

Resulta importante enfatizar que el proyecto se centra en la región de Valparaíso, la segunda región con mayor porcentaje de personas mayores a nivel nacional (MIDESO, 2017). Territorio que, además, cuenta con un 23,3% de personas mayores, en relación al resto del país, donde el 41,9% son hombres y el 58,1% son mujeres (MIDESO, 2017). Sin embargo, surge la necesidad de reflexionar sobre las barreras físicas que puede generar la ciudad de Valparaíso, en cuanto a su infraestructura y condición territorial.

Según Goñi y Pizzi (2013), los sectores más próximos a los ascensores y escaleras que comunican al peatón con el plan de la ciudad de Valparaíso, concentran una población de adultos mayores con dificultad de desplazamiento. Señalan estos autores que, el estado actual de estos medios de comunicación al plan (escaleras y ascensores), se han convertido en un impedimento para la realización de las actividades de la vida urbana diaria, pues afectan la movilidad de los habitantes (Goñi y Pizzi, 2013). Las barreras físicas influyen en la calidad de vida de las personas mayores habitantes de Valparaíso, lo que tendría implicancias negativas en sus procesos de envejecimiento saludable, traducándose en la coartación de derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales), así como el disfrute de bienes y servicios (Aparicio y Martínez, 2015; Goñi y Pizzi, 2013).

Además de las barreras físicas, otro aspecto a considerar en cuanto a la vida diaria de las personas mayores, son los cambios fisiológicos que vivencian diariamente, los cuales son propios del proceso del envejecimiento, considerado como un fenómeno universal, dinámico, irreversible, inevitable y progresivo (Torrecilla-Venegas y Castro-Gutiérrez, 2020). Dentro de este proceso ocurren cambios fisiológicos en funciones relacionadas a las áreas fonoaudiológicas, tales como: habla, lenguaje, voz, deglución, audición, equilibrio y cognición (Montoya, 2017; OMS, 2015). La literatura informa que, los profesionales de la fonoaudiología tienen las competencias para dar acompañamiento y estrategias con el fin de conservar una óptima calidad de vida, sin embargo, resulta importante señalar que la formación está centrada con un enfoque clínico, dejando de lado la atención centrada en la persona (Prieto y Del Campo, 2021; Razo et al, 2016).

La atención centrada en la persona establece una estrategia de cuidado integral entre el equipo de salud, las personas mayores, su familia y comunidad, enfocado en sus necesidades y las de su entorno, respetando los derechos y deberes para garantizar una atención de calidad (MINSAL, 2021). A raíz de la atención centrada en la persona, referente a las personas mayores, según Olivares y Tobar (2018), surge una rama emergente de la Fonoaudiología, denominada Fonogeriatría, la cual se focaliza en el trabajo gerontológico desde una perspectiva centrada en la persona. Lo anterior tiene como finalidad promover el envejecimiento saludable, orientado a la promoción y prevención, evitando la patologización de las personas mayores (Olivares y Tobar, 2018). Según Carreño (2018) el enfoque holístico en la

Fonoaudiología, el cual abarca al enfoque centrado en la persona, ha logrado beneficiar a la población a través de constantes readaptaciones de las prácticas, además del aprendizaje e integración de modelos promocionales de la salud.

Esta visión de abordaje holístico ya está de manifiesto, y actualmente existen en nuestro país proyectos para mejorar y promocionar la calidad de vida, relacionada con la salud de las personas mayores. El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2021) lanzó en el año 2021, el Plan Nacional de Salud Integral para personas mayores y su Plan de Acción 2020-2030, que se enmarca dentro de los proyectos de las políticas públicas por un envejecimiento saludable y positivo. Este programa pretende velar por la autonomía e independencia de este grupo etario y se enfoca en tres ejes: la mantención o mejora de la funcionalidad de las personas mayores; su participación social e integral; y la mejoría de su bienestar y su calidad de vida. El MINSAL plantea que es un gran desafío impulsar leyes de protección hacia esta población, las cuales velen por garantizar las mínimas condiciones de calidad y de servicios que cuenten con financiamiento asegurado, como un derecho de las personas mayores (MINSAL, 2021).

Finalmente, a partir de los antecedentes expuestos, observamos que es pertinente desarrollar la presente investigación, la cual tiene por propósito “comprender los significados que otorgan las personas mayores a sus procesos naturales de envejecimiento desde la perspectiva fonoaudiológica”. Este trabajo invita a que nuestra disciplina se desmarque de los ámbitos netamente clínicos y pueda trabajar en contextos más integrales y comunitarios, pero, sobre todo, responda a la urgencia de investigar en la vejez saludable, tal y como orienta la OMS (2015). Por otra parte, generará conocimientos en base al contexto territorial, siendo un gran aporte para el desarrollo de la región, pues permitirá que las personas mayores de Valparaíso puedan mantener su calidad de vida, envejeciendo en sus territorios. En definitiva, este proyecto seguramente servirá de insumo para futuras políticas públicas en esta materia, dando protagonismo a las propias voces y experiencias de las personas mayores (Weisz, 2017), pues observamos el valor que tiene ajustar la práctica fonoaudiológica actual y avanzar hacia una atención integral y centrada en las personas.

1.2 Formulación de la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los significados que otorgan las personas mayores a sus procesos naturales de envejecimiento en áreas de la fonoaudiología?

1.3 Formulación de Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables, a sus procesos naturales de envejecimiento, en relación a la perspectiva fonoaudiológica.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir los significados e implicancias integrales que genera la experiencia de envejecer, en las personas mayores.
2. Describir los significados atribuidos al ámbito fonoaudiológico que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables.
3. Caracterizar las implicancias integrales atribuidas al ámbito fonoaudiológico que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables.

1.4 Viabilidad de la investigación

La presente investigación fue viable debido a que se contaba con recursos humanos, recursos materiales, espacio físico, tiempo y financiamiento para llevarla a cabo. Respecto a los recursos humanos, se contó con seis ejecutores de la investigación quienes manejaban habilidades de entrevista semiestructurada, redacción y conocimiento de metodología cualitativa. Cabe destacar que se contó con el apoyo institucional de Gerópolis para el contacto de personas mayores de Valparaíso y el desarrollo del estudio. Además, se dispuso de recursos materiales y digitales, tales como, computadores, celulares con acceso a internet, asimismo, materiales de escritorio como: lápices, cuadernos, libros y software de análisis. En cuanto al financiamiento, se dispuso de recursos para la transcripción de todas las entrevistas que fueron parte del constructo de información. Referente al espacio físico, se trabajó en Gerópolis, ubicado en el Litre 1028, Valparaíso, donde se realizaron las entrevistas para llevar a cabo el estudio. Finalmente, la investigación se desarrolló en diez meses, desde Marzo a Diciembre del 2023, según lo establecido en la Carta Gantt.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se expondrán los fundamentos teóricos que guiarán la investigación “Significados y subjetividades del proceso del envejecimiento desde la perspectiva fonoaudiológica que tienen las personas mayores de Valparaíso”. Este estudio busca conocer, comprender y analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables a sus procesos naturales de envejecimiento. En los apartados, que se presentan a continuación, se abordarán los siguientes temas: salud, envejecimiento y Fonoaudiología, dimensión social del envejecimiento y subjetividades.

2.1 Salud, envejecimiento y Fonoaudiología

En este segmento se abordarán los conceptos iniciales respecto de la salud en la vejez, así como el envejecimiento según la perspectiva fonoaudiológica, para otorgarle un marco al proceso reflexivo. En primer lugar, se contrastan los conceptos de “salud y enfermedad”, “vejez y envejecimiento” y, finalmente, “envejecimiento saludable y envejecimiento patológico”. En segundo lugar, en el apartado sobre el envejecimiento en las áreas fonoaudiológicas, se abordarán conceptos sobre este campo, las características del envejecimiento en las funciones vinculadas a esta disciplina y el rol de la Fonoaudiología en estas temáticas.

2.1.1 Salud - Enfermedad

Existen diversas concepciones de salud y enfermedad; la enfermedad históricamente se presenta como una alteración o desviación del estado fisiológico de los diversos sistemas corporales, manifestado por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible (Herrero, 2016). Desde el año 1946, la OMS propuso una nueva forma de comprender la dimensión de salud, entendiéndose como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946, p. 1). A partir de lo anterior, han surgido diversas críticas cuyo análisis toma relevancia; en primer lugar, la referencia a un estado de completo bienestar es impracticable, porque

completo no es operativo ni mensurable (Huber et al, 2011). En segundo lugar, la OMS considera enfermas a las personas con enfermedades y discapacidades crónicas, subestimando la capacidad de alcanzar la realización y el bienestar al enfrentar los desafíos físicos, emocionales y sociales de manera autónoma, aún con una enfermedad o discapacidad crónica (Huber et al, 2011).

Con relación al concepto de salud de la OMS, ésta se basa en la concepción de las personas mayores, ya que ellos entienden como concepto de salud a la capacidad de hacer cosas, de manera autónoma e independiente, además de estar en armonía con la familia y el bienestar físico, controlando y adaptándose al dolor y la enfermedad (Vargas-Santillán et al, 2017). En cuanto al concepto de enfermedad, este se comprende como alteraciones biológicas, físicas y mentales, causadas por factores comportamentales, socioeconómicos y políticos, además de estrés y ciertos estados emocionales, los cuales promueven la manifestación de la enfermedad (Márquez-Terraza, 2022). Por consiguiente, el concepto de salud y enfermedad, contemplando la perspectiva de las personas mayores, se debiese considerar desde un enfoque integral (OMS, 2015).

2.1.2 Envejecimiento - Vejez

El envejecimiento corresponde a un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que se vive desde el nacimiento y no solo manifiesta cambios de orden biológico, sino que también de orden psicológico y social (Rodríguez, 2011; Alvarado y Salazar, 2014). A lo largo del proceso de envejecimiento, intervienen factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el curso de vida y están permeados por la cultura y las relaciones sociales (Alvarado y Salazar, 2014). El envejecimiento y los cambios que éste conlleva son parte de un proceso natural e inevitable, que afecta al ser humano (Rodríguez, 2011).

La vejez, en cambio es una etapa del envejecimiento, la última etapa de la vida, cuando los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes; el inicio cronológico de la vejez no está claro, puesto que la concepción de esta tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social (Alvarado y Salazar, 2014). Lo anterior se explica debido a que la vejez es un constructo social cuyas normas y expectativas

de comportamiento se establecen a partir de interacciones sociales (Bazo 1990; Catunda 2008 citado por Robledo y Orejuela, 2020). Las interacciones sociales se reflejan en el agrupamiento por edades, y la consecuente formación de una subcultura o minoría independiente que hace que las personas en esta etapa desarrollen una cultura propia, con normas, valores, patrones de conducta, creencias, intereses comunes y comportamiento específicos por encima de estatus distintivos relacionados con género, raza y clase social (Bazo 1990; Catunda 2008 citado por Robledo y Orejuela, 2020).

De acuerdo a lo planteado anteriormente, la vejez se relaciona de forma directa con las actividades diarias que llevan a cabo las personas mayores. Estas pueden ser beneficiosas cuando las personas se sientan satisfechas, ya que genera en ellos sentimientos positivos de felicidad y dicha (Havighurst, 1961 citado por Robledo y Orejuela, 2020). Este enfoque, centrado en lo individual y social, se contrapone con la mirada tradicional de una vejez en decadencia, en que la sociedad no considera a las personas mayores, ni les ofrece nuevas oportunidades sociales, perjudicando el autoconcepto positivo de ellas mismas en la vejez (Catunda, 2008 citado por Robledo y Orejuela, 2020).

2.1.3 Envejecimiento Saludable - Envejecimiento Patológico

La Organización Mundial de la Salud plantea que el envejecimiento saludable corresponde al transcurso durante el cual la persona mayor logra mantener su capacidad funcional, para llegar a tener una vejez saludable, la cual se visibiliza en la interacción con otros y su entorno (OMS, 2015). La capacidad funcional proyecta el estado de salud de esta población; se refleja en la interacción entre las habilidades internas (físicas y mentales) y los factores externos, como lo que realiza en su contexto de vida (OMS, 2015). Asimismo, el autoconcepto positivo de “poder hacer” promueve la inserción social de las personas mayores que, al participar con sus congéneres, tienen la posibilidad de valorar sus capacidades (Vargas-Santillan et al, 2017).

Respecto del envejecimiento patológico, la bibliografía más reciente plantea que las personas que transitan por este proceso presentan una auto evaluación descendida de su estado de salud: tienen deterioro cognitivo, se les han diagnosticado enfermedades crónicas y presentan dependencia hacia terceros

(González y Ham-Chande, 2007). Otro autor (Cerquera, 2015) señala que la vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad de enfermar durante la vejez y que esto origine consecuencias negativas es mucho mayor que en otras etapas de la vida. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos (González y Ham-Chande, 2007). Dicha etapa se evidencia con la sensación de fragilidad que repercute en la patogenia, curso y pronóstico de su estado de salud (Romero, 2011 citado por Borbón et al, 2015).

2.1.4 El envejecimiento en las áreas fonoaudiológicas

A continuación, se hará referencia a las áreas de la Fonoaudiología que se enfocan en los cambios presentados durante el envejecimiento de las personas mayores, los cuales abordan las siguientes funciones: motricidad orofacial, voz, audición, equilibrio y lenguaje y cognición. De esta manera, se aludirá al impacto en la calidad de vida que generan los cambios en dichas funciones durante el proceso de envejecimiento. Además, se profundizará en el rol de la Fonoaudiología y el panorama actual de las políticas públicas chilenas en estas temáticas. Cabe mencionar que, mediante una revisión de los documentos originales del MINSAL, vinculados al envejecimiento y Fonoaudiología (guías clínicas, programas, planes de salud), se revisó la presencia o ausencia del rol de este profesional en los documentos y la descripción de su labor en este proceso de vida.

a) Motricidad orofacial

La motricidad orofacial se encuentra vinculada a las funciones y estructuras del sistema estomatognático, de modo que cualquier anomalía en ella generaría alteraciones de la comunicación (Guzmán et al, 2018). Esta disciplina se encarga de tratar patologías como: fisuras labio palatinas, tipo respiratorio oral, deglución atípica, problemas de masticación, entre otros (Figuroa et al, 2015). El enfoque terapéutico se enfoca en la fonoarticulación, la masticación, la respiración, deglución y, en caso de los lactantes, de la succión (Martínez, 2006 citado por Figuroa et al, 2015).

Para evaluar los cambios característicos de la motricidad orofacial en el envejecimiento, Rivera y Rangel (2015) describieron los indicadores de la deglución, afectados durante esta etapa del curso de la vida, utilizando el protocolo miofuncional orofacial MBGR (Rivera y Rangel, 2015). En los hallazgos, se plantea que los indicadores de postura corporal e integridad de las piezas dentarias no son generalizables para toda la población de personas mayores, pues dependen del estilo de vida de estas y de su salud oral (Rivera y Rangel, 2015). En cuanto a los movimientos mandibulares, estos no se relacionan con las medidas antropométricas en ausencia de incisivos centrales superiores o inferiores y se considera que los datos son variables entre la población de personas mayores (Rivera y Rangel, 2015).

Existen cambios naturales esperables en la motricidad orofacial durante el envejecimiento saludable, los cuales se enmarcan bajo el concepto de “presbifagia” (Barrón-Pavon et al, 2020). La presbifagia afecta a los órganos fonoarticulatorios y al sistema estomatognático, y se puede clasificar según la fase de la deglución que resulte comprometida: fase oral, fase faríngea o fase esofágica (Barrón-Pavon et al, 2020). Esta condición repercute, principalmente, en la necesidad de modificar la alimentación de forma gradual para facilitar el proceso alimentario, para lo cual se requiere de alimentos que resulten fáciles y seguros de ingerir y, en algunos casos, la eliminación de aquellos que exacerban las complicaciones asociadas (Carrión et al, 2016).

Frente a la necesidad de vigilar el estado de las funciones de la motricidad orofacial y de la deglución, el rol de la Fonoaudiología es fundamental (Moya et al, 2020). Dicha disciplina se enfoca en la prevención, evaluación, diagnóstico, habilitación y rehabilitación de las funciones estomatognáticas de respiración, succión, deglución, masticación, habla y mímica facial a lo largo del curso de vida (Moya et al, 2020). Cabe destacar que el abordaje de esta disciplina se lleva a cabo en clínicas y hospitales, en las unidades de neonatología, pediatría, neurología infantil, neurología en adultos, oncología, y centros odontológicos (Figueroa et al, 2015).

El rol fonoaudiológico a nivel público se encuentra condicionado por el marco de prestaciones del MINSAL (MINSAL, 2022a). Al respecto, cabe destacar que estas condiciones, propias del envejecimiento en la musculatura orofacial, no están explícitamente contempladas en los documentos estatales, ni

tampoco el rol que desempeñan los profesionales de la Fonoaudiología. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) corresponden a un conjunto de beneficios garantizados por ley, para aquellas personas afiliadas al sistema previsional de salud (MINSAL, 2022b). Los beneficios permiten el acceso a la salud como un derecho, así como la protección financiera de la persona beneficiaria y, por sobre todo, asegura la calidad de las prestaciones que se encuentran acreditadas o certificadas (MINSAL, 2022b). Para acceder a estos servicios, se deben cumplir ciertas condiciones de edad, estado de salud u otras, dependiendo de cada patología (MINSAL 2022b). De esta manera, los documentos de los organismos ministeriales ya mencionados, no se refieren a las prestaciones cubiertas para la atención fonoaudiológica de manera integral.

En cuanto a las prestaciones que cubre el GES se contemplan 87 patologías, seis se refieren a la atención de personas mayores; y solo una, hace alusión al fonoaudiólogo sin especificar su rol en la atención a las personas mayores. Respecto de las que contemplan la atención para esta población desde otras especialidades, se encuentran las siguientes guías: “Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en Mayores de 65 años y más”; “Vicios de Refracción en Personas de 65 años y más”; “Ayudas técnicas para personas mayores de 65 años y más”; “Salud Oral Integral: Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Adultas y Personas Mayores con Edentulismo Parcial o Total”; “Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífonos” y “Endoprótesis total de cadera en personas de 65 y más años con artrosis de cadera con limitación funcional severa” (MINSAL 2017a; MINSAL, 2017b; MINSAL, 2018; MINSAL, 2013a; MINSAL, 2019). La única guía que alude al rol del fonoaudiólogo es la denominada “Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífonos”. La labor del profesional de la Fonoaudiología que considera esta guía, es realizar el control anual de la persona mayor con uso de audífonos (MINSAL, 2013a).

Cabe destacar que ninguna de las guías clínicas señaladas considera a la presbifagia. No obstante, existen dos documentos donde se hace referencia a la disfagia; estos son “Guía clínica de enfermedad de Parkinson” y “Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más”. En estos documentos, las orientaciones están dirigidas a la población en general, donde se incluye la labor fonoaudiológica respecto de la rehabilitación y tratamiento de la disfagia (MINSAL, 2013b; MINSAL, 2016).

Con relación a la evaluación y tratamiento de alteraciones dentales, actualmente existe la guía GES de “Salud oral integral para adultos de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radiculares”, la cual protege los derechos de personas mayores durante el deterioro de estructuras dentarias (MINSAL, 2015a). Esta guía clínica brinda herramientas para la promoción y prevención de caries radiculares en personas mayores de 60 años (MINSAL, 2015a). De igual forma, existe la guía clínica de “Salud Oral Integral: Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Adultas y Personas Mayores con Edentulismo Parcial o Total” que tiene como objetivo generar recomendaciones, basadas en la evidencia, acerca del manejo de personas con edentulismo (MINSAL, 2018). En ninguno de los documentos se menciona a la disciplina fonoaudiológica ni al proceso de intervención que se podría desarrollar desde esta perspectiva (MINSAL, 2015a; MINSAL, 2018).

Existe otra prestación que se brinda en los servicios de atención primaria enfocada en las personas mayores, pero no está descrita en las Guías GES; este es el “Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor” (EMPAM) (MINSAL, 2012). El EMPAM facilita una visión del estado de salud de la persona mayor, a través de la medición de la funcionalidad, para detectar los factores de riesgo que deben ser incorporados en el Plan de Salud, para así, actuar sobre ellos (MINSAL, 2012). Los objetivos del examen son: evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, además de identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad (MINSAL, 2012).

En el EMPAM, se utiliza el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) como herramienta de medición diagnóstica; este es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de la persona mayor (MINSAL, 2012). Su aplicación permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor autovalente que vive en la comunidad (MINSAL, 2012). Además, clasifica a los adultos mayores según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia (MINSAL, 2012). Tras la revisión de este documento, se constata que tampoco se explicita la pesquisa, evaluación, intervención o derivación de personas mayores, respecto a la presbifagia o envejecimiento de las estructuras orofaciales (MINSAL, 2012).

Las estructuras orofaciales participan en el proceso de articulación del habla; esta es una de las funciones orofaciales de interés para el fonoaudiólogo, dado que uno de sus focos de atención es la

producción de fonemas, producto de los movimientos de la lengua logrados en un punto articulatorio adecuado (Guzmán et al, 2018). El habla es considerado un fenómeno complejo, pues interactúan diversos sistemas, algunos de ellos son: los sistemas neuromusculares, respiratorio, fonatorio, auditivo, endocrino, resonancial y articulatorio, con la coordinación de los subsistemas neurológicos central y periférico (Bañol y Garzón, 2018). Este mecanismo expresivo es el medio oral de comunicación y está compuesto por distintos elementos, tales como: la voz, la articulación y la fluidez (ASHA, 2023a). Este proceso articulatorio del habla, permite comunicarse con el entorno durante el transcurso de vida (Bañol y Garzón, 2018).

El envejecimiento trae consigo cambios estructurales y funcionales que conllevan a la variación de los procesos del habla y la voz, los cuales no son considerados como procesos patológicos (Bañol y Garzón, 2018). Algunos de estos cambios son: la disminución del movimiento del velo del paladar, la falta de control de la musculatura orofacial e intraoral (hipotonía), dificultades en el punto y modo articulatorio, entre otros (Fernández et al, 2013). Estas transformaciones generan dificultad en la producción del habla, restringen la participación de la persona mayor, provocan aislamiento, disminuyen la autopercepción del confort comunicativo, deteriorando sus relaciones sociales y en consecuencia emocional (Bañol y Garzón, 2018).

Los cambios funcionales y estructurales en el habla, generan efectos negativos en las personas mayores, lo que debiese ser abordado por el profesional de la Fonoaudiología (Bañol y Garzón, 2018). Dicho especialista otorga soporte en los procesos terapéuticos, mejorando diversos ámbitos, tales como: el tratamiento de la hipotonía muscular, el de la percepción personal y social y el proceso comunicativo de la persona mayor (Bañol y Garzón, 2018). La intervención fonoaudiológica permitirá restablecer las estructuras alteradas mejorando sus funciones (Guzmán et al, 2018).

Con relación a las prestaciones del sistema de salud en Chile, no existen guías GES dirigidas a las personas mayores que aborden los cambios vivenciados respecto al envejecimiento del habla (MINSAL, 2022a). La información presentada en este apartado es el producto de la revisión de cada una de las guías dispuestas por el Ministerio de Salud. Así se constata la falta de incorporación de la disciplina fonoaudiológica en las guías ministeriales.

b) Voz

Otro de los sistemas relacionados con las áreas de la Fonoaudiología es la producción de la voz, conformado por los fuelles o pulmones; vibrador o laringe; resonadores y articuladores (Dosal, 2013). Las principales alteraciones en la voz se expresan como cambios de los músculos, cartílagos, articulaciones, ligamentos y mucosa laríngea, además de alteraciones del sistema respiratorio y de cavidades resonanciales de los órganos articuladores (Cobeta et al, 2013). Dichas transformaciones pueden ocurrir a lo largo de todo el curso de vida, desde poblaciones pediátricas hasta geriátricas (Cobeta et al, 2013).

Las alteraciones antes señaladas contribuyen al deterioro de la voz en las personas mayores, condición que se conoce como «presbifonía» (Fernández et al, 2013). La presbifonía, se manifiesta mediante síntomas de alteraciones laríngeas, con signos anatomopatológicos concretos y disminución de rendimiento vocal (Cobeta et al, 2013). Algunas características que se presentan en la presbifonía son: voz temblorosa, ronca, soplada y disminución en la intensidad de la voz (Retuert et al, 2017).

Los cambios en la voz producto de la presbifonía cobran relevancia, pues tienen un impacto en las relaciones familiares, sociales y laborales de quien los presente (Dotto y Sánchez, 2023). La voz no sólo permite la transmisión de mensajes orales, sino también evidencia el estado emocional de una persona (Dosal, 2013). Por lo anterior, dicha función resulta fundamental para el proceso de comunicación, expresión de pensamientos, sentimientos y emociones (Dotto y Sánchez, 2023).

El profesional de la Fonoaudiología en el área de voz, es quien se encarga de describir las características vocales, hábitos de higiene vocal, la relación entre cuerpo y voz, además del trabajo muscular realizado por el tracto vocal (Coll, 2013). Este profesional se ocupa, además, de la terapia diseñada según las necesidades de la persona mayor (Retuert et al, 2017). Para mitigar los cambios en las características vocales, producto de la presbifonía, la Fonoaudiología se ocupa de la intervención vocal preventiva o tratamientos dirigidos a conseguir una mayor eficiencia y conservación de los sistemas implicados en la voz (Fernández et al, 2013).

Los documentos ministeriales analizados no se refieren al resguardo de la salud vocal de las personas mayores. Por tanto, se evidencia que falta algún programa que resguarde la salud vocal de las

personas mayores, y que atienda las necesidades del envejecimiento en esta área (MINSAL, 2022a; MINSAL, 2012). En este sentido, se constata la limitada participación del profesional de la Fonoaudiología en dichas guías.

c) Audición

La Audiología es una ciencia que estudia y analiza los procesos fisiológicos de la audición, la cual permite cuantificar la calidad y cantidad de lo que se oye (Bartolomé, 2015). Esta se centra en el estudio de la salud y patología auditiva (Manrique y Marco, 2014). Mediante esta disciplina, es posible observar los cambios fisiológicos que se producen en el sistema audiovestibular y, del mismo modo, diagnosticar y tratar las patologías referentes a dicho sistema a lo largo de la vida (Manrique y Marco, 2014).

Al envejecer, ocurren cambios fisiológicos en la audición debido a la exposición a ruido, la cual afecta a las células ciliadas de la cóclea, ubicadas en el oído interno (NIDCD, 2016). Además, se generan cambios fisiológicos en el oído medio, caracterizados por una disminución en la función de la membrana timpánica (NIDCD, 2016). Otra alteración a nivel de oído medio es la pérdida de elasticidad de la cadena de 3 huesecillos, los cuales trasladan las ondas sonoras desde el tímpano hasta el oído interno (NIDCD, 2016). Los cambios fisiológicos mencionados anteriormente ocasionan una condición denominada presbiacusia (NIDCD, 2016).

Una de las condiciones más comunes que afectan a las personas mayores y de edad avanzada es la presbiacusia (NIDCD, 2016). Esta se evidencia por pérdida auditiva que está relacionada con el envejecimiento y es la causa más frecuente de hipoacusia en personas mayores (Borche y Munyo, 2016). Su presentación clínica, se caracteriza por un déficit auditivo de frecuencias agudas con un patrón audiométrico simétrico para ambos oídos; no obstante, durante la práctica clínica se visualizan pacientes que escuchan mejor de un solo oído (Torrente y Leiva, 2018).

Debido a que la pérdida auditiva en la presbiacusia ocurre de manera gradual, las personas no siempre se dan cuenta de que su capacidad para oír se ha reducido, lo cual podría repercutir en sus relaciones socioafectivas (NIDCD, 2016). Esta patología puede perjudicar la calidad de vida y el bienestar psicológico, en ámbitos como: social, cognitivo, emocional y funcional (Álvarez et al, 2019). Esto podría

generar tendencia al aislamiento, perpetuando el malestar y desmedro en la calidad de vida (Álvarez et al, 2019).

Los profesionales de la Fonoaudiología se encargan de evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la audición, además otorgan y ajustan ayudas auditivas, tales como los audífonos (ASHA, 2023b). Estos aparatos permiten al usuario la satisfacción de sus necesidades comunicativas en el medio familiar, social y/o laboral, compensando las dificultades generadas por la presbiacusia (Rubarth, 2021). De esta manera, se mejora su integración social y su autonomía para llevar a cabo sus actividades diarias mejorando su calidad de vida (MINSAL, 2013a).

En cuanto a las políticas públicas vigentes en Chile, específicamente para la pérdida auditiva, se encuentra la Guía GES “Hipoacusia bilateral en persona de 65 años y más que requieren uso de audífono” (MINSAL, 2013a). Su objetivo es lograr una mejoría en la calidad de vida y disminución de la morbilidad, a través de la rehabilitación y comunicación mediante el uso de audífonos (MINSAL, 2013a). Para el desarrollo de esta guía, se consultó a especialistas de la Fonoaudiología, de la Otorrinolaringología y de Tecnología Médica con mención en ORL (MINSAL, 2013a); Aunque se ofrecieron recomendaciones sobre la inclusión de la disciplina fonoaudiológica para salvaguardar la salud auditiva de las personas, solo se explicitó que estos profesionales se encargaran de la aplicación de audiometría (MINSAL, 2013a).

d) Equilibrio

El sistema vestibular permite que el individuo se adapte al medio, controlando la estabilidad visual y corporal por medio de los reflejos (Binetti, 2015). Además, entre las funciones de este sistema, se incluye la cognición del individuo en cuanto a la memoria espacial, el procesamiento de la propia ubicación en el medio y la autoconciencia corporal (Binetti, 2015). El mal funcionamiento de este sistema implicaría, en la persona que lo padece, cambios en la sensación que pueden variar desde un mareo vago e inespecífico, hasta vértigo intenso e incapacitante (Binetti, 2015).

Durante la vejez, se generan cambios fisiológicos, los cuales provocan modificaciones estructurales, metabólicas y vasculares, tanto a nivel de sistema vestibular como del sistema nervioso central (Suárez y Suárez, 2016). Las alteraciones vestibulares pueden presentarse a nivel periférico o central, con una aparición aguda o crónica dependiendo del cuadro respectivo (Suárez y Suárez, 2016). Las alteraciones vestibulares más comunes, asociadas a las personas mayores, son el vértigo postural paroxístico benigno, la pérdida súbita de función vestibular y el síndrome vestibular crónico (Suárez y Suárez, 2016).

El cambio fisiológico propio del envejecimiento en el sistema vestibular se denomina presbivértigo, el cual afecta a los órganos responsables del equilibrio (García de la Torre, 2021). Esto genera en la persona mayor una continua sensación de inestabilidad, caracterizada por la presencia de dificultad para mantener el equilibrio (García de la Torre, 2021). La sensación de inestabilidad, vértigo y riesgo de caídas tienen incidencia en la persona mayor, disminuyendo su calidad de vida (Suárez y Suárez, 2016).

La dificultad en el equilibrio que genera el presbivértigo, repercute en la forma de vida de las personas mayores, ya que, puede generar una dependencia funcional (García de la Torre, 2021). El presbivértigo provocaría secuelas funcionales, por lo que se hace necesario realizar exámenes con pruebas objetivas y una rehabilitación terapéutica (Suárez y Suárez, 2016). Por consiguiente, sin la rehabilitación adecuada, la independencia y autonomía de la persona mayor podría verse afectada (García de la Torre, 2021).

Los profesionales de la Fonoaudiología son quienes están capacitados para evaluar, tratar y rehabilitar los trastornos de equilibrio como el presbivértigo (ASHA, 2020). En cuanto a la rehabilitación vestibular, esta busca la compensación central para disminuir la inestabilidad y se enfoca en una serie de ejercicios dirigidos, con el fin de promover una estabilidad en el sistema vestibular (García de la Torre, 2021). Las directrices terapéuticas se enfocan en la intervención del sistema vestibular, a través de la rehabilitación del reflejo vestibulocular y del equilibrio estático y dinámico (García de la Torre, 2021).

En cuanto a las políticas públicas vigentes en Chile, dirigidas a las patologías vestibulares, no se evidencia alguna guía clínica perteneciente a GES referida a las personas mayores; únicamente existe un protocolo dirigido a mayores de 15 años, que presentan cuadros vertiginosos (Dirección de Servicio de

Salud Metropolitano Oriente, 2015). Estos usuarios pueden acercarse a los centros de atención primaria (APS), donde serán evaluados para un diagnóstico de síndrome vertiginoso con trastorno de la función vestibular (Dirección de Servicio de Salud Metropolitano y Oriente, 2015). En caso de ser necesario, estos beneficiarios serían derivados a los hospitales para la rehabilitación vestibular (Dirección de Servicio de Salud Metropolitano y Oriente, 2015).

En cuanto a las prestaciones de los servicios de atención primaria en la persona mayor, el examen anual de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) incluye la medición del riesgo de caídas, a partir del Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor (MINSAL, 2015b). En este protocolo, se presentan evaluaciones de equilibrio estático y dinámico, que son determinantes para la detección del riesgo de caídas de la persona mayor (MINSAL, 2015b). A partir de la revisión de este manual, no se ha encontrado mención a la disciplina fonoaudiológica para el tratamiento, prevención, habilitación y rehabilitación del equilibrio en la persona mayor (MINSAL, 2012).

e) Lenguaje y cognición.

El lenguaje y la cognición son dependientes uno del otro, por lo tanto, cualquier cambio afectará a ambos simultáneamente (Salazar-Martínez, 2023). La cognición involucra el funcionamiento integral de la percepción, atención, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro (Duque et al, 2021). En esta línea, durante el envejecimiento saludable, se mantienen las capacidades mentales, como: la autonomía, el autoestima y la interacción del individuo con su entorno (Peñaloza-Montaño, 2021).

El lenguaje es una de las facultades que presenta cambios durante el envejecimiento, entre los que destacan: dificultad para encontrar palabras específicas, organizar ideas dentro de una conversación y realizar análisis de información compleja o extensa (Juncos et al, 2006 citado por Peñaloza-Montaño, 2021). En este sentido, el lenguaje evidencia dificultades en el acceso a palabras adecuadas y específicas en tiempo limitado, reemplazadas por circunloquios (descripciones del objeto), dificultades para comprender y usar información verbal que requiera procesamiento extenso y complejo, incluso dentro de

una conversación habitual y cotidiana (Montaños et al, 2015 citado por Peñaloza-Montaño, 2021). Todas estas afecciones, pueden influir en el discurso conversacional de la persona que las vivencia (Peñaloza-Montaño, 2021).

Con relación a la afectación del discurso conversacional, cualquier dificultad en el ámbito comunicativo generará un declive en los ámbitos comunicativo-social, emocional y autonomía de la persona mayor (Salazar-Martinez, 2023). La comunicación no se trata solamente de transmitir información, sino también, de expresar ideas, opiniones, sentimientos y emociones (Gómez, 2016). Un deterioro en esta área podría generar repercusiones a nivel emocional (Pérez, 2022).

A medida que existe una funcionalidad normal, las personas mayores presentan, a su vez, una mayor funcionalidad cognitiva y mejor calidad de vida, lo que indica una correlación positiva entre estas dos condiciones (Oñate y Gavilanes, 2022). Sin embargo, el incremento del deterioro en las funciones cognitivas, va generando cambios que afectan el diario vivir y la calidad de vida de las personas mayores (Oñate y Gavilanes, 2022). Por este motivo, se debe considerar un enfoque que se centre en mantener las funciones cognitivas intactas o incluso, para retardar el deterioro en alguna de ellas durante la vejez (Oñate y Gavilanes, 2022).

Respecto del abordaje fonoaudiológico, no solo se debe intervenir desde la perspectiva patológica, sino también, desde la no patológica para lograr mantener una óptima calidad de vida y, del mismo modo, un rol activo en la comunidad (Peñaloza-Montaño, 2021). Para conservar las habilidades cognitivas, el rol fonoaudiológico es fundamental, pues participa en programas de estimulación del lenguaje comprensivo dirigidas al adulto mayor con envejecimiento normal (Peñaloza-Montaño, 2021). Además, el profesional de la Fonoaudiología promueve su funcionalidad, utilizando como herramienta la mantención de los vínculos sociales en el contexto de un envejecimiento saludable (Salazar-Martínez, 2023).

En cuanto a las prestaciones del sistema de salud en Chile, se realizó una búsqueda en las guías clínicas donde no existe información disponible sobre el envejecimiento saludable en el área de la cognición (MINSAL, 2022a). La única guía existente que menciona el deterioro cognitivo es la “Guía de Práctica Clínica de Demencia Tipo Alzheimer” (MINSAL, 2022a). En este documento, no se menciona

al profesional de la Fonoaudiología, aunque esta disciplina forma parte del equipo multidisciplinario encargado de la rehabilitación y habilitación cognitiva (MINSAL, 2022c; Peñaloza-Montaño, 2021).

Respecto a las políticas públicas para potenciar el envejecimiento saludable, en Chile existe el Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”, cuya finalidad es contribuir a la calidad de vida, para extender su autovalencia con un enfoque integral basado en modelo de salud familiar y comunitaria (Gajardo et al, 2020). En este programa, se realizan actividades de estimulación funcional para personas mayores y se fomenta su autocuidado en organizaciones sociales (Gajardo et al, 2020). El equipo que lo conforma, está compuesto por una dupla de un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud capacitado (MINSAL, 2015c). Cabe destacar que, entre los profesionales de la salud que trabajan en este programa, no se incluye explícitamente al profesional de la Fonoaudiología (MINSAL, 2015c).

2.2 Dimensión social del envejecimiento

Luego de haber realizado una exposición sobre las funciones de la Fonoaudiología involucradas en el proceso del envejecimiento, es importante para este estudio, hacer referencia a la dimensión social del envejecimiento. Los criterios a tratar son: la calidad de vida en la vejez, el viejismo y sus implicancias sociales y personales. Esta sección aporta una perspectiva de la realidad respecto de las implicancias del envejecimiento en ámbitos de interacción colectiva.

2.2.1 Calidad de vida en la vejez

Desde una visión multidimensional, la calidad de vida, incluye los siguientes factores: ambientales, económicos, salud, satisfacción, actividades de ocio, sociales y culturales relacionados con el ambiente y al valor que le entrega cada persona, entre otros (Varela, 2016). Estas dimensiones tienen un impacto en la calidad de vida de las personas mayores, determinando, a su vez, los índices de valoración personal (Varela, 2016). En cuanto a la percepción que cada persona tiene sobre la calidad de su vida, esta se ve influenciada por su subjetividad (Razo et al, 2016).

Algunos factores mencionados anteriormente son analizados en la Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, la cual incluye como ejes transversales una mirada hacia la vulnerabilidad de las personas mayores y la situación particular de las personas de 80 años y más (Sánchez, 2019). Los resultados evidenciados en esta encuesta se obtienen a través del índice de Calidad de Vida en la Vejez (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019). Este índice, corresponde a un promedio de cuatro dimensiones, entre ellas, destacan las condiciones físicas, condiciones materiales, relaciones afectivas y bienestar subjetivo (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019).

En cuanto a las condiciones físicas, las personas de 80 y más años comienzan a presentar un deterioro en sus condiciones de salud y un incremento en sus niveles de dependencia (Fernández, 2019). La Encuesta de Caracterización Socioeconómica del año 2017, muestra que 14,2% de la población mayor es dependiente funcionalmente, cifra que aumenta hasta 39,2% en las personas de 80 años y más, disminuyendo su participación en la sociedad (Fernández, 2019). En esta línea, este grupo manifiesta mayor presencia de dolor, lo cual le dificulta la realización de actividades cotidianas (Fernández, 2019).

Respecto de las condiciones materiales, específicamente la situación laboral, un tercio de las personas mayores menciona seguir trabajando por necesidad económica (72%); quienes no trabajan (68%), tienen razones como: la condición de salud; porque no le interesa; no lo necesita o se dedica a otras cosas (40%) (Hernández, 2019). Las principales fuentes de ingreso referidas por las personas mayores son: ingresos por jubilación o pensiones asociadas al trabajo (50%), trabajo o negocio (34%), pensiones o subsidios estatales (28%) y ayuda de familiares (22%) (Hernández, 2019). Entre los años 2016 y 2019, se observa deterioro en las condiciones de vida y laborales de las personas mayores, llevándolos a ser más activos en la búsqueda de trabajos remunerados, postergando su jubilación y aumentando el uso de algunos tipos de crédito (Hernández, 2019).

En cuanto a las relaciones afectivas, los vínculos familiares y sociales son fundamentales para la calidad de vida de las personas mayores (Caro, 2019). Esta población puede experimentar con más frecuencia el debilitamiento de sus vínculos sociales, ya sea por la pérdida de la pareja, amistades o compañeros de trabajo; también, porque tales vínculos son mecanismos informales importantes para su inclusión social (Caro, 2019). Las relaciones familiares y sociales saludables pueden representar no sólo

apoyo, sino también, afecto y seguridad socioemocional, contribuyendo a una mejor autoestima en los individuos (Caro, 2019). Una red social pobre es un factor de riesgo para la soledad y consecuentemente se asocia a la presencia de demencia, lo cual puede mermar el estado de salud general (Caro, 2019). Además, la participación de las personas mayores como miembros activos de la comunidad logra un envejecimiento inmerso en la sociedad, mediante la transmisión de sus experiencias a las generaciones más jóvenes, quienes comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. (Rubio et al, 2015).

Entre los aspectos del bienestar subjetivo que generan mayor preocupación a las personas mayores, destaca el depender de otras personas, generando una pérdida de su autonomía, la que se ve mermada a medida que aumenta la edad (Santelices, 2019). Otro factor que genera preocupación es la idea de quedarse solo, lo que va incrementando las sensaciones de abandono o tristeza y, afectando su salud mental (Santelices, 2019). Las mujeres son quienes presentan mayores síntomas depresivos y cuadros de ansiedad que los hombres, a pesar de esto, el nivel de resiliencia es relativamente alto en ambos, siendo mayor entre los hombres. (Santelices, 2019). Respecto a la satisfacción con la vida, la edad no implica una disminución de la satisfacción, por el contrario, las personas de más de 80 años son quienes se sienten más conformes con su vida (Santelices, 2019). Con relación a los antecedentes expuestos, se evidencia que el bienestar subjetivo en la vejez no depende sólo de asegurar condiciones económicas y sanitarias, sino también psicosociales, por lo que resulta relevante seguir monitoreando estos aspectos en el futuro (Herrera, 2019).

2.2.2 Viejismo y sus implicancias personales y sociales

El término “viejismo” fue acuñado por Robert Butler en el año 1968 (Fernández et al, 2017). Este concepto refiere al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas, debido a que son mayores (Fernández et al, 2017). Dicha segregación es transversal e intergeneracional y se inserta en la sociedad desde la infancia, a través de un proceso de identificación y racionalización que persiste a lo largo de la vida (López-Hernández y Orozco-Campos, 2016). El viejoismo es una discriminación estructural, puesto que está presente en diversas instituciones y sectores en la

sociedad, tales como: medios de comunicación, políticas públicas, sistema educacional y transmisión intergeneracional (Gutiérrez et al, 2018; López-Hernández y Orozco-Campos, 2016).

a) Implicancias personales

La percepción de las personas mayores sobre sus procesos de envejecimiento, son influenciadas por los estereotipos negativos a los que han estado expuestos a lo largo de sus vidas (Ober, 2014). Esta imagen, puede ser internalizada de manera de que las personas mayores empiezan a creerlas y a comportarse en relación a ellas (Ober, 2014). Por esta razón, desde el momento en que una persona empieza a considerarse adulta mayor, cambia su autopercepción al sentir la proximidad de la muerte y, por ende, comienza a atribuirse la connotación negativa de la vejez (Pabón et al, 2019).

Las personas mayores refieren no presentar mayores implicancias en su calidad de vida, puesto que, realizan actividades de autocuidado de su salud física (Gutiérrez e Ibarra, 2018). Por esta razón, expresan ser independientes y son capaces de sobrellevar actividades de la vida diaria (Gutiérrez e Ibarra, 2018). Pese a tener enfermedades crónicas, las personas mayores desarrollan estrategias para llevar a cabo tareas y poder alimentarse, tener un cuidado personal, o realizar sus actividades cotidianas (Gutiérrez e Ibarra, 2018).

El viejismo impacta en la imagen que las personas mayores tienen de sí mismas (Gutiérrez e Ibarra, 2018). Esta internalización de la imagen estereotipada, impacta en su identidad, autoimagen y autoestima, las cuales sufren un detrimento como consecuencia de las miradas estigmatizantes de las demás generaciones (Cuesta, 2018). Esto es sustentado por concepciones teóricas, como el construccionismo social, el cual indica que la cultura tiene una influencia significativa en la forma en la que el sujeto se piensa y se juzga a sí mismo (Cuesta, 2018).

b) Implicancias sociales

Con relación al vejeísmo y a sus implicancias en la sociedad, se ha constatado discriminación a nivel micro (interpersonal, familiar o intergeneracional) o macro (institucional, laboral, social), lo cual genera maltrato y abuso en distintas esferas (López Hernández y Orozco-Campos, 2016). Como consecuencia de estos prejuicios, los roles de las personas mayores se pierden y disminuye su estatus social, restringiendo su participación en la sociedad (López Hernández y Orozco-Campos, 2016). Con respecto a lo anterior, surge otra forma de manifestación del vejeísmo; esta es, la infantilización de las personas mayores; se evidencia en la invalidación en la toma de decisiones, desestimando su autonomía e independencia (Carbajo, 2009 citado por Gutiérrez e Ibarra, 2018). Este tipo de conductas discriminatorias y abusivas se encuentran presentes en diversas instituciones, de hecho, esto ocurre también con los proveedores sociosanitarios y personal de la salud (OMS, 2021).

La percepción de maltrato de las personas mayores ha ido en aumento, especialmente en los servicios públicos y en los establecimientos de salud (Pontificia Universidad Católica de Chile-Caja los Andes, 2019). Dicha apreciación conduce a la discriminación, la cual se manifiesta frecuentemente al negar el tratamiento a pacientes solo por su edad, basándose en la creencia de que es más costoso su tratamiento, debido a las repercusiones quirúrgicas, expectativa de vida menor, o que han vivido suficiente tiempo con vidas plenas (López Hernández y Orozco-Campos, 2016). Sarabia y Castanedo (2015) afirman que durante la formación profesional, existe una alta prevalencia de estereotipos negativos hacia la vejez entre los estudiantes del área de la salud, aunque están en constante contacto con personas mayores en prácticas clínicas. Al respecto, cabe destacar que la formación en gerontología y los cuidados en esta etapa del envejecimiento, constituyen una herramienta eficaz para generar habilidades y actitudes positivas hacia la vejez en los futuros profesionales de la salud (Sarabia y Castanedo, 2015).

2.3 Subjetividades

Las subjetividades son la base esencial de la construcción de sentido (Vargas, 2012). Es un proceso vinculado a la construcción del “yo” en relación a vivencias sociales, políticas y culturales (Amador, 2013). Estas condiciones, presentan tensiones y contradicciones, por lo cual, es posible afirmar que en

medio de estas características “epocales” se está produciendo una redefinición del ser del sujeto, la cual se expresa en el cuerpo, lenguaje y experiencia de las personas (Amador, 2013).

La subjetividad es la producción simbólico-emocional que caracteriza la experiencia vivida, no como reflejo del mundo, sino como producción diferenciada dentro de él, algo que caracteriza todos los procesos humanos (González, 2013). Esto se debe a que las subjetividades son de carácter psicosocial, por consiguiente, intersubjetivas, ya que, tienen como soporte los múltiples vínculos con la alteridad a lo largo del proceso vital (Bonvillani, 2023). La concepción social de contenidos concretos emerge a partir de los vínculos que el sujeto vive en grupos, comunidades y organizaciones, los cuales adquieren sentido y dinámicas diferenciadas en el curso de la socialización (Bonvillani, 2023).

Los procesos subjetivos que forman parte de la sociedad y de sus visiones, por ejemplo, definiciones de poder o estatus social, se configuran recíprocamente entre la subjetividad social e individual y son modeladas en ese espacio social donde estas individualidades transitan (Díaz et al, 2017). Para indagar la subjetividad, no necesariamente se requiere del discurso intencionado, sino que, lo que la persona no expresa, para así comprender las producciones discursivas ocultas en la narrativa explícita (Díaz et al, 2017). La representación subjetiva nunca va a pasar por una expresión intencional de significados (Díaz et al, 2017).

Las subjetividades se comprenden mejor desde la perspectiva fenomenológica que plantea la necesidad de buscar la construcción activa de información (Fuster, 2019). Dicho enfoque se sustenta bajo la metodología cualitativa y pretende describir e interpretar la esencia de las experiencias vividas (Fuster, 2019). La fenomenología establece procesos exhaustivos y coherentes éticamente respecto a la experiencia cotidiana, lo cual es infrecuente en otros métodos de investigación (Fuster, 2019). Este método se considera esencial para el estudio de las subjetividades sobre el proceso de envejecimiento en las personas mayores.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

En el presente marco metodológico, se visualiza la definición de conceptos fundamentales para el presente estudio, tales como: enfoque, tipo de investigación, paradigma, muestra (criterios de inclusión y exclusión, tipo y tamaño), unidades de información, instrumentos de construcción de información y herramientas. Esto es de utilidad al momento de llevar a cabo el desarrollo de la investigación. Para finalizar se describe el trabajo de campo y los materiales a utilizar.

3.1 Tipo de estudio

3.1.1 Enfoque

El enfoque de la investigación es cualitativo. Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación (Hernández et al, 2016). El investigador forma creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como lo sería un grupo de personas únicas o un proceso particular (Hernández et al, 2016). La investigación de enfoque cualitativa tiene gran importancia en el estudio de las relaciones sociales por la pluralización de las personas (Flick, 2007).

La presente investigación estudió las subjetividades de las personas mayores respecto a su proceso de envejecimiento en las áreas fonoaudiológicas, por lo que participó un grupo de personas únicas viviendo un proceso particular, pudiendo abrir espacio a preguntas antes, durante o después de la recolección de datos a través de las entrevistas y su posterior análisis.

3.1.2. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo fenomenológica, la cual se define como el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto (Fuster, 2019, p. 202). Su objetivo es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno al fenómeno en estudio (Fuster, 2019, p. 202). Conocer las vivencias

por medio de los relatos, las historias y las anécdotas es fundamental, porque permite comprender la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla (Fuster, 2019, p. 202).

Para llevar a cabo el estudio de investigación metodológica de corte cualitativo, desde la perspectiva de la fenomenología, es necesario que esta conste de distintas etapas para su realización: la etapa descriptiva, estructural y de discusión (Trejo, 2012). En la etapa descriptiva, el objetivo es describir el fenómeno de manera completa, auténtica y sin prejuicios, reflejando la realidad que vive la persona y su entorno; en la etapa estructural, se estudia las descripciones de manera secuencial para un mejor análisis de los fenómenos; la última etapa es la de discusión de resultado, donde se procura relacionar los resultados de la investigación con hallazgos o conclusiones de otros investigadores, con el fin de entender de mejor manera sus diferencias o similitudes (Trejo, 2012).

Para la presente investigación se utilizó la fenomenología como tipo de estudio, ya que se fundamenta en la interpretación y comprensión del fenómeno del envejecimiento y la vejez, que experimentan las personas participantes del Centro Interdisciplinario Gerópolis de la ciudad de Valparaíso. Este estudio, se enfocó en las vivencias de esta población respecto a su proceso de envejecimiento y de su experiencia como persona mayor en el contexto territorial. A partir de las subjetividades de dicha población, se registraron las perspectivas de su cotidianidad respecto a los cambios en las funciones vitales relacionadas con las áreas de la Fonoaudiología y, por consecuencia, el impacto que esto genera en ella y en su entorno.

3.1.3 Paradigma

El paradigma interpretativo se define como una teoría que constituye una reflexión en y desde la praxis, conformando la realidad de hechos observables y externos, por significados e interpretaciones elaboradas del propio sujeto, a través de una interacción con los demás dentro de la globalidad de un contexto determinado (Ricoy, 2006, p.16). Se hace énfasis en la comprensión de los procesos desde las propias creencias, valores y reflexiones (Ricoy, 2006, p.16).

En el presente estudio se utilizó el paradigma interpretativo, ya que, los datos se obtuvieron a partir de las interpretaciones y los significados comunes de las personas mayores, respecto a sus procesos de envejecimiento en las funciones de las áreas de la Fonoaudiología.

3.2 Muestra

3.2.1 Tipo de muestra y diseño de muestreo

En esta investigación se utilizó una muestra caso-tipo. Este tipo de muestra consiste en un subconjunto de la población, la cual es elegida a partir de las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández et al, 2016).

El subconjunto de la población del presente estudio, fueron las personas mayores participantes de Gerópolis que viven en la ciudad de Valparaíso.

Para la selección de la muestra, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas que tengan una edad cronológica entre los 60 y más años, sin límite de edad máxima.
- Personas participantes de Gerópolis, que se autoperciban como saludables, información que se recabará en la Ficha de Información Personal elaborada para esta investigación (Anexo N°1).
- Personas que vivan en las zonas urbanas de la ciudad de Valparaíso.
- Personas usuarias de los servicios públicos de salud en Chile.
- Personas que pertenezcan a un grupo relativamente homogéneo en lo que respecta al nivel socioeconómico.

Criterios de exclusión:

- Personas que presenten dependencia funcional de moderada a severa. Se utilizará el índice de Barthel para determinar dicha condición (Anexo N°3).

- Personas que presenten dificultades de comunicación oral a causa de Accidentes cerebrovasculares, información que se recabará en la Ficha de Información Personal, elaborada para esta investigación (Anexo N°1).
- Personas que presenten en la actualidad un estado depresivo diagnosticado, información que se recabará en la Ficha de Información Personal elaborada para esta investigación (Anexo N°1).
- Personas que presenten deterioro cognitivo, se utilizará el Test Minimental abreviado para determinar dicha condición (Anexo N°2).
- Personas que presenten problemas comunicativos como secuela de alguna enfermedad cerebrovascular, información que se recabará en la Ficha de Información Personal, elaborada para esta investigación (Anexo N°1), a partir de la experiencia clínica de la investigadora responsable del proyecto.
- Personas que presenten evidentes problemas de comunicación a causa de problemas auditivos, información que se recabará en la Ficha de Información Personal, elaborada para esta investigación (Anexo N°1), a partir de la experiencia clínica de la investigadora responsable del proyecto.

3.2.2 Tamaño de la muestra

En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés de quien investiga no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia (Hernández et al, 2014). En la investigación cualitativa se busca poner énfasis en los factores que ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación (participantes, personas, organizaciones, eventos, animales, hechos, etc.) (Hernández et al, 2014).

El tamaño inicial de la muestra es de 24 personas. Este grupo fue conformado por los participantes de Gerópolis, cuyas edades se encuentran entre 60 y 70 o más años con una posición socioeconómica y georreferenciación homogénea, bajo las siguientes dimensiones de sexo-género y edad.

Tabla 1

Entrevistas individuales a personas de GERÓPOLIS

Edad	
SEXO – GÉNERO	60 a 70 años y +
Mujeres	4
Hombres	4
Total	8

Tabla 2

Entrevistas grupales a personas de GERÓPOLIS

Edad	
SEXO – GÉNERO	60 a 70 años y +
Mujeres	8
Hombres	8
Total	16

3.2.3 Unidad(es) de información

Las unidades de información corresponden a las personas mayores que accedan a participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Instrumento de construcción de información

Los instrumentos a utilizar para la construcción de información son los guiones para la entrevista cualitativa individual.

La entrevista cualitativa es definida como una reunión para conversar e intercambiar información entre el entrevistador y los participantes de esta (Hernández et al, 2014). A través de las preguntas y las respuestas formuladas, se logrará una comunicación y la construcción en conjunto de los significados en relación a una temática (Janesick, 1998 citado en Hernández et al, 2014).

Cabe mencionar que, para este estudio se utilizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales constan de una guía de preguntas en donde el entrevistador puede añadir otras, para lograr obtener información más específica (Grinnell y Unrau, 2007 citado en Hernández et al, 2014). Además, en este tipo de entrevista es el entrevistador quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido de los temas deseados de estudio (Grinnell y Unrau, 2007 citado en Hernández et al, 2014).

Las preguntas utilizadas en la entrevista han de ser neutrales y formuladas de manera que favorezcan responder libre y abiertamente, adecuando el guión con nuevas preguntas. La guía de la entrevista se utiliza como recordatorio de los temas por tratar. Se recomienda comenzar por una pregunta amplia para que el entrevistado establezca su propia priorización según las necesidades de la misma (Calderón, 2019).

El Guión de entrevista semi-estructurada del presente estudio, fue elaborado por el equipo de investigación. La pregunta abierta inicial se relacionó con los cambios asociados al proceso de

envejecimiento. Luego se abordaron las temáticas que tenían mayor probabilidad de ser conocidas por las personas mayores, tales como: audición y cognición. Finalmente, se buscó profundizar en otras temáticas relacionadas a los cambios en las áreas fonoaudiológicas y sus funciones durante el envejecimiento, de las cuales se desconocía si el grupo muestral tenía algún conocimiento o concientización previa, tales como: equilibrio, motricidad orofacial, habla y voz. Durante la aplicación de este guión se utilizó la estrategia de flujogramas, para recabar la información de forma personalizada en relación al tipo de respuesta que refirieron los participantes, de esta manera se obtuvo la información en profundidad sin realizar desvíos de la temática central. Para revisar el documento de la entrevista con mayor detalle, revisar los Anexos N°4 y N°5.

3.4 Herramientas

Para el estudio se utilizaron diversas herramientas para el proceso de selección, tales como: ficha de información personal, en la cual se especifica el contexto de salud del participante, Mini-Mental Abreviado e Índice de Barthel (IB). Una vez aplicadas las herramientas ya mencionadas, se ejecutó el guión de preguntas para la entrevista semi-estructurada.

La Ficha de información personal es un documento elaborado por el equipo de investigación, la cual permite recopilar información relacionada a enfermedades actuales declaradas, tales como: problemas cardiovasculares, metabólicos, gastrointestinales, patologías crónicas respiratorias, entre otras. Además, en este documento se consulta por enfermedades específicas, tales como cáncer, trastorno depresivo diagnosticado y en tratamiento, dificultades comunicativas tras ACV y dificultades comunicativas por problemas de audición. Para revisar este documento con mayor detalle, revisar el Anexo N°1.

El Minimental Abreviado es una adaptación del MiniMental, que se aplica en la población chilena desde la creación del “Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor” (EMPAM), el cual funciona como un tamizaje de autovalencia y salud general en la población adulta mayor, utilizado en los centros

de atención primaria del país (Soto et al, 2022, p. 180). Para revisar este documento con mayor detalle, revisar el Anexo N°2.

El Índice de Barthel (IB) es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable (Mahoney & Barthel, 1965). El IB ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender a una persona mayor en el progreso de la capacidad funcional del mismo, además de su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores y para el ajuste en los estudios de casuística (Mahoney & Barthel, 1965). Para revisar este documento con mayor detalle, revisar el Anexo N°3.

3.5 Trabajo de campo

En primer lugar, se realizó la presentación del proyecto de investigación al Comité de Bioética en marzo del 2023. El 6 de junio del 2023 fue aprobada la ejecución de la investigación por parte de dicho comité.

En cuanto al reclutamiento de la muestra, se realizó mediante difusión del proyecto de investigación vía online y telefónica. La difusión vía online, contó con un afiche con el número de teléfono y el mail de la investigadora principal, para facilitar el contacto con el equipo investigador.

En relación al proceso de selección, se solicitó una reunión con la encargada de Gerópolis, para gestionar el uso de las dependencias del centro, además, comenzar a seleccionar los posibles participantes de la muestra. Se contactaron a las personas interesadas por vía telefónica para ser entrevistadas presencialmente en las dependencias de Gerópolis, y determinar si cumplían o no con los criterios de selección, mediante las herramientas de investigación: Ficha de información personal, Mini-Mental State Examination (MMSE) e Índice de Barthel. Una vez culminada la entrevista, en el caso de que la persona no cumpliera con estos criterios, se acordó día, hora y lugar para entregar físicamente toda la documentación que resultó como producto de dicha entrevista inicial y se hicieron las derivaciones en salud que se estimaron convenientes. En el caso de que la persona cumpliera con los criterios de inclusión establecidos, se acordó día, hora y lugar de la primera entrevista en profundidad del proceso.

En cuanto a la entrevista en profundidad, esta tuvo una duración de aproximadamente 1 hora y 30 minutos. En esta instancia se aplicó el guión de entrevista para recabar información. Cabe destacar que todas las entrevistas, (de selección y en profundidad), fueron grabadas y posteriormente transcritas por un equipo profesional. Las grabaciones de los participantes que no cumplieron con los criterios de selección fueron eliminadas. Es relevante mencionar que en todos los espacios de entrevista se otorgó una colación para los mismos durante la misma.

En cuanto al plan de análisis de datos, este se llevó a cabo durante el segundo semestre del año 2023 (agosto a octubre). Dentro de las actividades a realizar se contemplaron:

1. Preparar los datos cualitativos en unidades de análisis.
2. Codificar los datos cualitativos en unidades de análisis.
3. Desarrollar categorías o temas de análisis.
4. Aplicar el sistema de codificación a los datos cualitativos.
5. Realizar el análisis de los resultados.
6. Interpretar y contextualizar los hallazgos.

El análisis cumplió con los criterios de calidad de la metodología de la investigación cualitativa, los cuales son: credibilidad (confiabilidad y validez de los datos), la transferibilidad (posibilidad de transferir los resultados a otros contextos), la confirmabilidad (objetividad y transparencia), la coherencia (consistencia y coherencia de los datos), y la significancia (relevancia e importancia de los hallazgos) (Castillo et al, 2003).

3.6 Materiales

Para fines de esta investigación, se contó con los recursos tecnológicos para las grabaciones, tales como: computadores, celulares con acceso a internet y grabadora. Para la revisión de datos se contó con programas de office y software de análisis. También se tuvo un servicio de transcripción profesional de

entrevistas. Además, se dispuso del contacto con Gerópolis, para la realización de las reuniones en donde se aplicó el instrumento de recolección de datos.

3.7 Procedimiento de recolección

En cuanto a la recolección de información, se tenía planificado realizar 8 entrevistas individuales y entrevistas grupales donde participarían 16 personas en total, sin embargo, por criterios de saturación de información y por motivos de coordinación y logística se tomó la decisión de aumentar la cantidad de entrevistas individuales a 16 en total y no realizar las entrevistas grupales, con el fin de cumplir con los criterios de saturación.

Con relación a los resultados de las pruebas de selección Minimental abreviado e Índice de Barthel, estos se explicitan en la tabla 3, donde se presentan a todos los participantes y sus puntajes obtenidos en la misma tabla, sin distinción de edades, puesto que la muestra en general resultó ser homogénea en cuanto a vivencias y subjetividades, sin importar la edad entre las mismas. Para resguardar la identidad de los participantes, se les asignó una letra según el sexo-género con el que se sienten identificados y números correlativos según el orden de las entrevistas realizadas (M1, M2, M3...para participantes masculinos y F1, F2, F3... para participantes femeninos).

CAPÍTULO IV RESULTADOS

En el presente capítulo, se expondrán los principales hallazgos obtenidos en las entrevistas a profundidad que evidencian las subjetividades de las personas mayores de Valparaíso y su proceso de envejecimiento. Primeramente se establece la “Caracterización de la muestra”, donde se explicitan los resultados de los participantes en la entrevista de selección. En cuanto a los hallazgos obtenidos en las entrevistas a profundidad, estos se organizan según categorías de análisis. En primer lugar se establecieron tres categorías principales: “Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento”, “Significados y subjetividades del envejecimiento en el ámbito fonoaudiológico” y “Categorías emergentes relacionadas a la calidad de vida”. Dentro de la categoría Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento hay 6 subcategorías que se describen a continuación: “Un proceso inevitable, natural y gradual”; “Un periodo de vida con sensación de libertad”; “Una vivencia autopercibida como positiva”; “Una experiencia que viven de forma autovalente y funcional”; “Algo que afecta mayoritariamente a la dimensión física” y “Una vivencia que se transita con diversos miedos”.

En cuanto a la categoría de Significados y subjetividades del envejecimiento en el ámbito Fonoaudiológico se encuentran 5 subcategorías con sus correspondientes subapartados que se explicitan en la figura 2, las 5 subcategorías son: Audición, Cognición y lenguaje, Equilibrio, Motricidad orofacial y Voz.

Finalmente en cuanto a la categoría “Categorías emergentes relacionadas a la calidad de vida” se encuentran 8 subcategorías con sus respectivos subapartados, que se especifican en la figura 3, las subcategorías son: “Implicancias de la situación socioeconómica en la experiencia de envejecer”; “Implicancias del acceso y atención en salud”; “Nociones de vejeismo”; “Implicancias de las prácticas de autocuidado”: “Actividades de ocio”; “Implicancias de las prácticas de autocuidado en lo social y económico”; “Implicancias de las prácticas de autocuidado en salud”; “Consecuencias de la desinformación respecto a ámbitos fonoaudiológicos en personas mayores” y “Relevancia de las redes de apoyo”.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra final estuvo conformada por 16 personas, con edades desde los 66 a 84 años, en la presente tabla se especifica la cantidad de participantes, sus edades y los puntajes obtenidos en el instrumento de evaluación para selección, Minimental abreviado (MMSE) e índice de Barthel. Cabe destacar que, de un total de 17 personas interesadas en participar, quedó fuera del estudio una persona de sexo-género femenino, debido a cumplir con uno de los criterios de exclusión.

Tabla 3

Entrevistas de selección a personas de 60 a 84 años

NOMBRE	EDAD	PUNTAJE MMSE	INTERPRETACIÓN MMSE	RESULTADOS ÍNDICE DE BARTHEL
M1	69 años	31	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M5	67 años	33	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
F8	66 años	28	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
F4	76 años	34	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
F5	78 años	32	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
F6	76 años	31	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
F7	75 años	33	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia

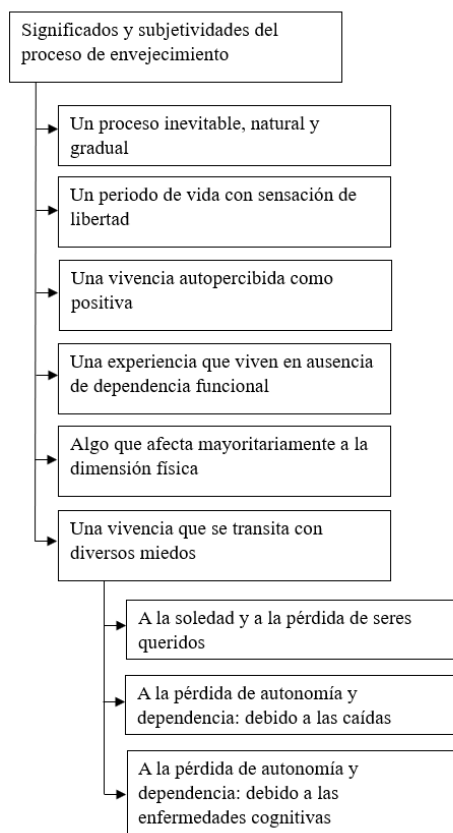
M2	74 años	34	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M3	79 años	35	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M4	84 años	32	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M6	72 años	34	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M7	72 años	32	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia
M8	71 años	30	No existe deterioro cognitivo	Con total independencia

En la tabla 3, de entrevistas de selección a personas de 60 a 84 años, se presentan los resultados de los participantes con edades entre 66 a 84 años, en el test de selección Minimental (MMSE). Todos obtuvieron puntaje normal (mayor o igual a 26 puntos), por lo que no presentan deterioro cognitivo y pueden ser parte de la muestra de estudio. Además, se exponen los resultados del Índice de Barthel, dentro de los cuales todas las personas mayores evaluadas presentan total independencia.

4.2 Resultado del análisis de las entrevistas

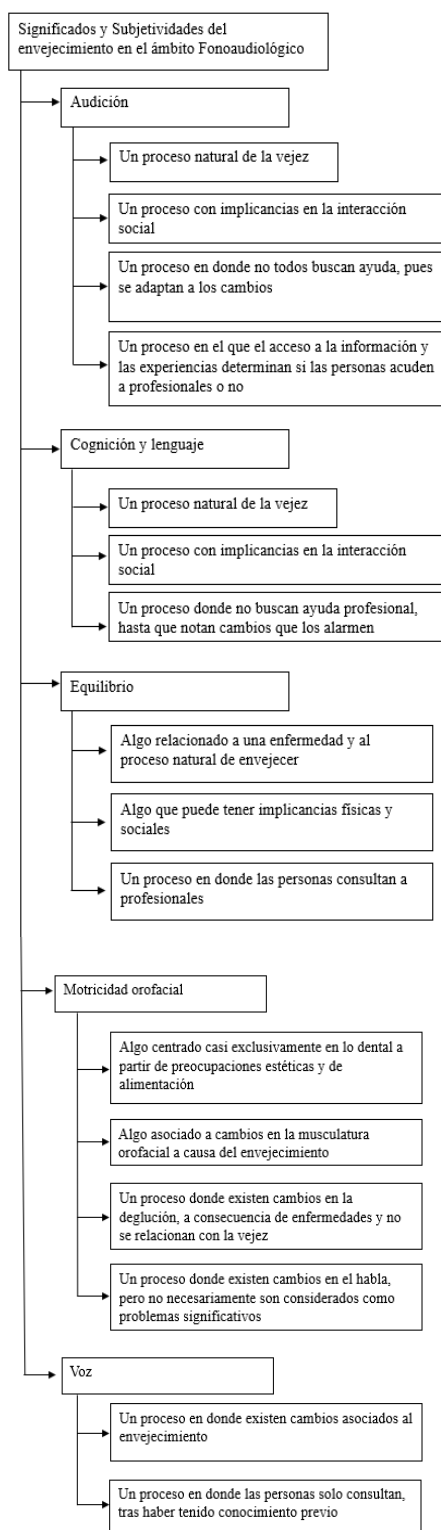
A continuación, se presenta el diagrama general que esquematiza la categorización de los hallazgos de las entrevistas a profundidad. Luego se presentan las interpretaciones de las personas mayores según las categorías y subcategorías obtenidas con sus diagramas correspondientes.

Figura 1: Diagrama de categoría de “Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento”.



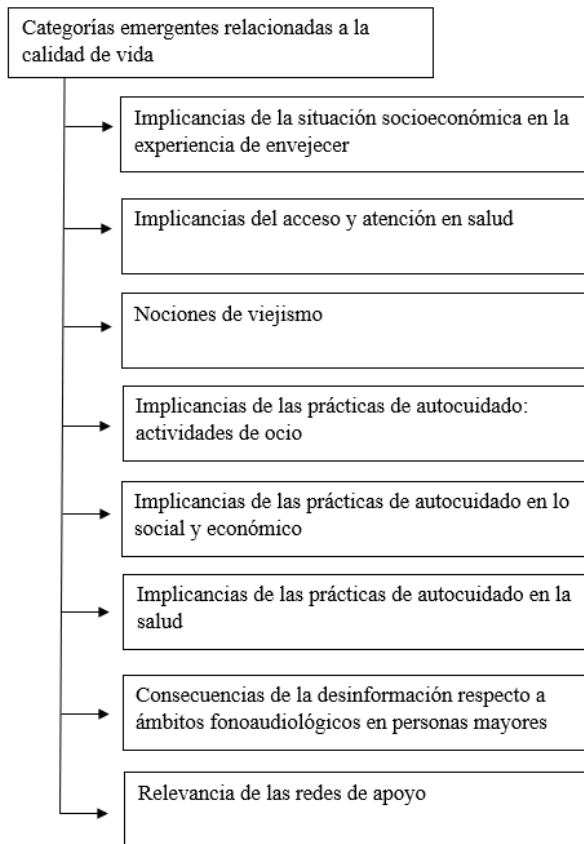
En la figura 1 se presenta la categoría de envejecimiento, de la cual surgen las subcategorías de significado y subjetividades y calidad de vida.

Figura 2: Diagrama de categoría de “Significados y Subjetividades del envejecimiento en el ámbito fonoaudiológico”.



En la figura 2 se presentan las categorías de Áreas fonoaudiológicas con sus componentes: Audición, Cognición, Equilibrio, Motricidad orofacial y Voz. El orden de las subcategorías responde a la frecuencia con que los participantes las mencionan en sus entrevistas. Estas van de mayor a menor mención.

Figura 3: Diagrama de categoría “Categorías emergentes”.



En la figura 3 se presenta la categoría “Categorías emergentes” con sus subcategorías: Implicancias de la situación socioeconómica en la experiencia de envejecer, Implicancias del acceso y atención en salud, Nociones de vejeismo, Implicancias de las prácticas de autocuidado: Actividades de ocio, Implicancias de las prácticas de autocuidado en lo social y económico, Implicancias de las prácticas de autocuidado en salud, Consecuencias de la desinformación respecto a ámbitos fonoaudiológicos en personas mayores,

Relevancia de las redes de apoyo. El orden de las subcategorías responde a la frecuencia con que los participantes las mencionan en sus entrevistas. Estas van de mayor a menor mención.

4.2.1 Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento

A partir de los resultados predominantes de las entrevistas sobre los significados y subjetividades de las personas mayores, el proceso del envejecimiento se comprende como:

a) Un proceso inevitable, natural y gradual

El envejecimiento en las personas mayores se manifiesta mediante significados asociados a este proceso como algo inevitable, natural y gradual. A partir de esta percepción, las personas manifiestan una postura de resignación frente a esta etapa. Lo anterior se evidencia en los siguientes testimonios:

“¿Cómo ha sido esto de ir envejeciendo? Un poco amargo, pero a la vez lo acepto, porque es la ley de la vida. Todos vamos a llegar a viejos, tarde o temprano todos llegamos a allá.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°5).

“Claro, uno puede seguir haciéndolo, pero es algo que impacta y el envejecimiento uno sabe que es un proceso lento, pero que va a llegar po. no es limitante en muchos sentidos, pero uno sí se da cuenta que el cuerpo ya no es lo mismo.” (F7, 75 años, cita N°4).

En cuanto a lo que comentan los entrevistados M3 y F7 se observa que ambos ven el envejecimiento como un proceso paulatino, desde una perspectiva de resignación. Sin embargo, divergen en su percepción sobre este proceso, puesto que F7 no ve al envejecimiento como algo limitante, mientras que M3 lo ve como un proceso amargo.

b) Un periodo de vida con sensación de libertad

Según el predominio de los resultados de las entrevistas, las personas mayores asocian el envejecimiento a una sensación de libertad, ya que tienen más tiempo para dedicarse a realizar actividades de su interés que antes no hacían, salir a entretenerse, participar en distintos talleres para seguir desarrollándose cognitiva y personalmente, como se evidencia en la siguiente cita:

“Porque yo puedo hacer todo, cuanto más, salgo, tengo movilidad propia, vamos a bailar con mi señora, vamos pa donde están las fuerzas, no tenemos corta pila [...] como somos patiperros, pescamos el auto, lo echamos a andar y partimos. No le preguntamos a nadie.” (M2, 74 años, Valparaíso, cita N°33).

“Lo he vivido maravillosamente bien. Nunca he sido, nunca en mi vida he estado más plena, más libre, más empoderada conmigo misma, más segura de mí misma y orgullosa de estar a esta edad, también de poder expresarlo. Me gusta leer, me gusta estar en talleres. Voy donde yo quiero. Afectivo, tengo todo el apoyo y el afecto de mi familia, y el reconocimiento de la labor que yo hice, de los aportes que yo hice a la familia cuando aportaba para la crianza y los valores, todo eso.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°1 y 2).

El entrevistado M2 señala que tiene libertad para realizar diversas actividades, tiene una gran autonomía que le permite desplazarse donde él desee, mientras que lo que indica la entrevistada F5, este proceso le ha significado sentirse en plenitud, libre, empoderada y querida por su familia. A la vez, en este proceso disfruta estar activa cognitiva y socialmente participando de talleres junto a otras personas.

“Yo, hace más de cinco años o más que yo estoy sola, mis hijos viven cerca sí, pero ellos tienen su casa y yo vivo en mi casa, así que hago todas mis cosas sola. Salgo, llego si quiero, si no quiero no llego, ahora me voy de paseo, no le digo a nadie pa que no sepan [ríe].” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°12).

De acuerdo a lo planteado por la entrevistada F8, goza de independencia y tiene el poder de autodeterminación para salir.

c) Una vivencia autopercebida como positiva

Las personas mayores se autoperciben de manera positiva, ya que, se sienten con vitalidad para vivir su vejez. A continuación, se presentan las siguientes citas más representativas en las entrevistas realizadas:

“Hasta el momento me siento vital todavía, con fuerzas. Me duele sí las rodillas pa agacharme, pa caminar, pero me siento con ánimo, con fuerza pa hacer algo.”(M3, 79 años, Valparaíso, cita N°10).

“Veo en otros vecinos que están con 62, 63 y están con todas estas enfermedades, con todos estos achaques. Y yo con 80 me siento más vital, me siento con las fuerza, con más ánimo.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°52).

Según el entrevistado M3, se autopercibe como una persona vital, con ánimos y fuerzas para realizar sus actividades de la vida diaria. Además, su autopercepción es influida por la comparación con otras personas de su mismo grupo etario.

“Entonces yo por eso, digo yo, yo no me siento que mi envejecimiento ha sido bajar, si no que pa mí ha ido subiendo en vez de bajar, porque estoy cumpliendo edad, yo voy subiendo, porque voy haciendo cosas que antes, cuando yo era joven quería hacerlas y no las pude hacer.” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°4).

La entrevistada F8 indica que el envejecer le significó poder realizar cosas que antes no hacía, ya que, no tenía la posibilidad por diversos motivos.

d) Una experiencia que viven en ausencia de dependencia funcional

Las personas mayores expresan que la ausencia de dependencia funcional es fundamental para un buen envejecimiento, lo cual se evidencia en las siguientes citas:

“Agradece y felicítate que todavía tú caminas, que no eres dependiente y no creas problemas a otras personas, por lo tanto, eres autovalente, y eso para mí es un plus.” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°13).

El entrevistado M4, declara un gran valor de admiración y gratitud al ser autovalente y no tener la necesidad de depender de otros.

“Porque, como digo, autovalente, me... Mi casa, yo la limpio, me aseo toda la casa, anda todo limpio. Funciono sin necesidad de, salvo que me tengan que ir a comprar cosas po. Porque, por ejemplo, ahí me quedó dañado el hombro, entonces yo no puedo cargar, por ejemplo, mucho peso. Tengo que, por ejemplo, comprar leche, le digo a mi hijo que me las compre y, bueno, la mercadería y todas esas cosas. Pero eso yo creo que... También tengo un carrito [ríe], entonces, ese, cuando tengo que comprar verduras voy con mi carrito cerca y compro. Pero no es como para andar en micro con cosas pesadas” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°16).

La entrevistada F7 indica que a pesar de tener algunas limitaciones por el dolor de su hombro, aún es capaz de realizar actividades cotidianas por su cuenta, adecuándose a los contextos.

e) Algo que afecta mayoritariamente a la dimensión física

La dimensión que afecta mayoritariamente a lo físico en el grupo de estudio, se expresa como deterioro, malestar y afectando prioritariamente al cuerpo en las dimensiones músculo esquelética, visual y auditiva. En cuanto a los cambios físicos, los hombres dejan de realizar actividades deportivas ligadas al rendimiento físico, en cambio las mujeres se ven afectadas de manera funcional en las actividades del día a día.

“Cuando estaba joven, era vital, tenía fuerza, era autovalente. Y ahora que estoy viejo, ya uno va, se va poniendo calmado, no tiene la fuerza, la capacidad que tenía cuando joven. Ahí se producen los cambios. No, no actúa bien uno, ya un viejo con un cabro joven. Pierde la fuerza, la vitalidad, el equilibrio, la

rapidez pa caminar. Pierde todo eso, no se puede, no se puede. Y es natural, a todos, a todos, a todos nos va a pasar eso.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°53).

El entrevistado M3 compara sus capacidades físicas con las que tenía en el pasado, concluyendo que presenta un deterioro físico durante este proceso.

“Ya, que tú bajas al mercado, a la feria, tú antes ibas con tres, cuatro bolsones. Ahora, con suerte, voy con uno o dos livianitos. Porque no tienes la capacidad, la fuerza, y si no, por la noche te duele aquí, que te duele acá, te da dolores. Entonces, eso para mí son limitaciones. ¿Entiendes? Que ya tú no puedes hacer muchas cosas que antes podías hacer.” (F6, 76 años, Valparaíso, cita N°12).

La entrevistada F6 menciona que existen limitaciones en sus capacidades como la fuerza y se ha tenido que adaptar para evitar los dolores durante o posterior a sus actividades de la vida diaria.

“Un proceso nuevo que no me lo imaginaba. Pensé que iba a ser más agradable y no es así. No es así, porque primer lugar el cerebro está desconectado con la parte física, el cerebro te dice: “Voy a correr”, y la parte física te dice: “No puedes tanto”.” (M1, 69 años, Valparaíso, cita N°1).

El entrevistado M1 plantea que durante este proceso se pierde capacidad física, impidiendo realizar actividades deseadas.

“Sí, últimamente vi una deficiencia auditiva, ¿ya?, y hace pocos días nomás que estoy notando que estoy necesitando lentes, pero tengo lentes intraoculares, pero siempre me dieron otros anexos, pero nunca lo había usado, y ahora de repente me estoy dando cuenta, ah no, necesito los lentes, pero no ando con ellos. O sea, en casos puntuales los necesito.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°3).

La entrevistada F5 expone que la deficiencia visual ha sido un cambio importante, que le ha llevado a necesitar ayuda de apoyos.

f) Una vivencia que se transita con diversos miedos

- A la soledad y a la pérdida de seres queridos

Las personas mayores se refieren a esta etapa de la vida, como un transcurso en el que existen ciertos miedos relacionados a la soledad. Según los testimonios de los participantes, ellos sienten soledad ante la pérdida de amistades o parientes; ante el abandono debido a que no se sienten parte de la familia nuclear; y ante el cambio de roles de padres a abuelos.

En la siguiente cita se le pregunta a la persona sobre cuál es el principal miedo al envejecer

“La soledad, porque yo solo mañana o pasado me da una enfermedad que tenga que depender de otro, eso me da miedo, me da miedo estar solo. Quedan mis hijos, pero me lo anunciaron, me lo dijeron: “Te vamos a llevar a un hogar. Con tu pensión pagai [sic], y en el hogar igual te dan comida”. Pero yo me imagino, no sé, no he tenido una experiencia todavía que en el hogar.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°11).

Con relación a lo anterior M3 refiere miedo a la soledad, frente a un posible escenario en donde se vuelva dependiente debido a alguna enfermedad.

“Por ejemplo, yo vivo aquí y ellos viven en el primer piso. Entonces, de repente no estoy, ni suben a veces, a veces más, ni los veo [...] cuando andamos juntos, por ejemplo, ellos andan siempre todos apelotonados así entre ellos pa allá, pa acá y yo soy el cacho po. Entonces, ahí uno se siente mal. Entonces, uno dice bueno, si yo no estoy no importa porque para ellos, ellos tienen su núcleo y yo soy la abuela nomás po. Entonces, igual es fome, para mí es fome.” (F7, 76 años, Valparaíso, cita N°18-19).

“Si yo me enfermo, ¿va a venir mi hijo? ¿Me va a venir a cuidar? Él tiene su casa, su familia, y yo tampoco me voy a ir a vivir a la casa de ellos.” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°3).

En cuanto a F8 y F7 presentan la idea de que no se sienten parte de un núcleo familiar importante, refieren que sus familiares formaron otros núcleos donde ellos no son considerados y que en caso de padecer alguna enfermedad, no contarían con el apoyo de su familia.

“Se han muerto 17, salimos 80, ¿cuántos quedan vivos? ¿63? 63. De los 63, somos como 45 los que nos estamos viendo constantemente. Los otros están en Punta Arenas, en el extranjero, en fin.” (F4, Valparaíso, 76 años, cita N°64).

“Y lo que más me duele es que tengo un compañero, que es uno de mis grandes compañeros de mi vida, que está sufriendo por el Alzheimer. Él fue preso político, torturado, tiene unos dos años más que yo, yo tengo 70, debe tener unos 74 años. Y conversar con él, al lado de estar conversando, le digo: “habla fuerte, acuérdate que yo estoy medio sordo, con un solo audífono”, porque cuando usamos audífonos, tendemos a bajar la voz, yo no tenía idea de eso; ahora no he bajado la voz mucho. Entonces, él baja la voz y le digo: “habla fuerte”, no podíamos conversarlo. Eso sí que me duele, esa conversación con Pepe, es lo que más he sufrido en este último tiempo. Encima se nos murió un amigo muy en común, que realmente tuvo muchos problemas, entonces la sufrimos mucho por él.” (M6, Valparaíso, 72 años, cita N°15).

F4 refiere que una cantidad considerable de sus conocidos han fallecido, coincidiendo con el relato de M6, quien también refiere la pérdida de un amigo muy cercano, lo cual repercute en su círculo social, evidenciando que durante este proceso hay una pérdida de redes cercana.

- A la pérdida de autonomía y dependencia: Debido a las caídas

Con relación a los participantes, todos se autoperciben como personas sin dependencia funcional, ya que realizan sus actividades de la vida diaria, tanto en el hogar, como fuera de este. Cabe destacar, que existe un gran temor a ser dependientes al tener que depender de otras personas para desenvolverse. Uno de los principales miedos que existen para las personas mayores está relacionado a las eventuales caídas que podrían sufrir, debido a que en esta edad se presentan en gran medida, por lo que son bastantes conscientes de esto. A continuación, se detallan las implicancias que tienen las personas mayores al respecto:

“Sé que si me caigo y me quiebro una rodilla, y me quiebro algo, voy a estar tres, cuatro meses inválida y no tengo quien me cuide.” (F2, 76 años, Valparaíso, cita N°14).

La entrevistada F2 evidencia en su enunciado, el temor que posee a la pérdida de su autonomía y la repercusión que tendría al no tener quien le cuide en estas circunstancias.

“Todavía manejo. Quiero renovar la licencia, que perdí los documentos el 15 de septiembre, el día viernes, perdí mi billetera, carnet de identidad, tarjetas del banco, tarjetas de crédito del Líder. Bloqueeé todo, y lo hice solo. Tomé la determinación solo, fui al banco y bloqueé las tarjetas, para que no me sacaran plata.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°13).

El relato de M3 indica que aún tiene el poder de autodeterminación e independencia en actividades de la vida diaria.

“Es que a uno le cuesta, como te digo, le cuesta asumir ciertas cosas que ya no las puedes hacer. No poder, ponte tú subir una escalera, como uno antes subía pa limpiar, pa sacudir, pa cambiar una ampolleta. Entonces esas limitaciones te da lata, porque dices: “Pucha y si me caigo, tendría, me van a llevar pa allá, me puedo quebrar.” (F6, 76 años, Valparaíso, cita N°16).

La participante F6 menciona el temor que le genera la idea de caerse y el miedo que les significa el dejar de realizar sus actividades diarias y depender de otras personas.

- A la pérdida de autonomía y dependencia: Debido a enfermedades cognitivas

Con relación al temor de adquirir alguna enfermedad de deterioro cognitivo, las personas mayores experimentan sensaciones físicas y conductas que se mencionan a continuación:

“Cambios físicos, sí. Y le pido a mi Dios que me ayude, que me dé memoria, porque sería terrible que estuviera dependiendo de otras personas. Porque tengo unos vecinos yo, que mentalmente dependen de los hijos, de los nietos. Los toma el Alzheimer, pierden la memoria, a los mismos hijos los desconocen, “¿Quién soi [sic] tú?”, personas de 80, 81 años, como la edad mía. Entonces, por eso me da un poco de miedo a mí. Y además que estoy solo, sería terrible, desenvolverme solo.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°8).

“Bueno sí, a mí me afecta un poco, porque yo digo ¿será? No quiero tener Alzheimer, que se me olviden las cosas, no quiero pasar esto, entonces a veces me da, ¿cómo te dijera?, me da un poquito de miedo de que pase eso.” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°35).

La pérdida de la memoria, específicamente la enfermedad de Alzheimer es la mayor preocupación para M3 y F8. Para M3 existe a la vez un gran temor ante la idea de quedarse solo ante esta situación.

4.2.2 Significados y Subjetividades del envejecimiento en el ámbito Fonoaudiológico

A partir de los resultados sobre los significados y subjetividades de las personas mayores en el ámbito fonoaudiológico, el proceso del envejecimiento se comprende como:

4.2.2.1 Audición

Las personas mayores entrevistadas, en general, hablaron de sus problemas de audición como parte de su experiencia actual de envejecer, es decir, una fracción de estos resultados se construyeron desde los primeros relatos registrados en las entrevistas, pues tal y como se señaló antes, ellas consideran que la vejez afecta mayoritariamente la dimensión física y la audición fue mencionada dentro de este apartado. Finalmente, los resultados de los aspectos relacionados a la audición, que se complementaron con preguntas específicas de esta temática, permiten comprender que, para las personas mayores, los cambios en esta área se comprenden como:

a) Un proceso natural de la vejez

Ante la pérdida auditiva existen dos percepciones delimitadas. Por una parte, las personas mayores asocian los problemas auditivos al proceso natural de envejecer. Por otra parte, algunas personas mantienen una postura de negación ante la pérdida auditiva.

“¿Durante los últimos años ha presentado cambios en su audición? Yo diría que sí. O sea, cómo se llama el examen este que te hacen, la audiometría muestra como que no ha avanzado mucho, por lo menos me defiende para el lado izquierdo, pero yo noto sí que tengo que estar subiendo mucho el volumen de la televisión.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°4).

“Entonces, de repente me da vergüenza que yo tengo audífono, pero no los uso. Entonces, de repente cuando tengo una reunión importante así, como tengo el pelo más o menos largo no se nota porque es una cosa tan chiquitita me la pongo.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°32).

“Yo creo que el del oído. Sentir que no estoy oyendo igual que antes, ese cambio. Yo creo que eso es para mí como a lo más preocupante, pero no todavía, no sé si me entienden.” (F3, 79 años, Valparaíso, cita N°37).

F5 y F3 refieren que han presentado cambios en su audición, mientras F5 ha consultado por sus cambios, F3 no lo ha hecho aún pese a que le preocupa. En cuanto a F7, este participante refiere tener audífonos, pero no los utiliza constantemente porque siente vergüenza, solo los utiliza en situaciones donde requiere escuchar información importante como en reuniones.

b) Un proceso con implicancias en la interacción social

Respecto a las implicancias, hay un grupo de personas que consideran a los cambios auditivos como parte importante de su diario vivir, llegando a influir en su interacción social, por otro lado, otras personas mayores no les dan importancia, como se evidencia en la siguiente cita:

“Con la gente que habla muy bajito, no escucho y no le hago caso, sencillamente [ríe]. No me voy a exponer, hasta: “¿Qué dijiste? Oye, dímelos al oído”, no. Conmigo tienen que hablar clarito y fuerte. Normal, digamos.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°22).

“Entonces, ahí yo no me, no le pongo atención y tampoco me incluyo en la conversación porque no escucho muy bien. Entonces, a ellos nunca se los he dicho, pero de repente yo pongo el... Si me pongo el audífono ahí las voy a poner, estar más atenta, pero cuando tengo que estar atenta me pongo los audífonos.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°36).

“No, yo creo que, si hablan muy despacio, yo no la escucho, y muchas veces. Cuando ya hablar normal, fuerte, ahí la escucho. Pero yo creo que no estoy mal de mi oído, porque es eso, porque hay gente que habla muy despacio, pero uno cree que habla fuerte.” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°28)

Las participantes F4, F7 y F8 refieren que tienen pérdida auditiva, lo que les dificulta comprender conversaciones si no les hablan a una intensidad adecuada para ellas. F4 y F8 atribuyen estas molestias a los interlocutores que no hablan con la intensidad suficiente, en cambio F7 refiere que utiliza sus audífonos para estar atenta a las conversaciones.

c) Un proceso en donde no todos buscan ayuda, pues se adaptan a los cambios

En el área de audición se repite la postura de resignación que adoptan algunas personas mayores, naturalizando los cambios que han vivido y sin tener consciencia sobre estos mismos. A continuación se presenta la cita que lo evidencia:

“¿Usted ha hecho otra cosa como para sobrellevar este cambio en la audición? No, porque desde el punto de vista que te dicen que no tiene remedio.” (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°16).

“También me ha tocado ir a los conciertos, yo no me siento en la primera fila, para poderlo disfrutar, me siento arriba. Lo más lejitos, entonces así yo lo puedo disfrutar más porque la audición me llega distinta

a sentada en la primera fila. O sea, bueno, por eso te digo, vas descubriendo y vas buscando. Sí esa es la idea.” (M6, 76 años, Valparaíso, cita N°46).

“Yo lo busco y como te digo, la única forma de poder disfrutar. Porque si no, digo, ah, no voy no más. Y listo, se acabó.” (M6, 76 años, Valparaíso, cita N°47).

Los participantes M6 y F1 refieren que se adaptan a sus cambios en la audición ya que no tiene remedio, por eso buscan estrategias para sobrellevar sus cambios auditivos de la mejor forma.

d) Un proceso en el que el acceso a la información y las experiencias, determinan si las personas acuden a profesionales o no

Algunas personas entrevistadas acuden a consultar a los centros de salud en el área de audición, debido a que consultan porque su círculo cercano trabaja en el área de la salud o a han vivido experiencias que les orientan a consultar a los profesionales en los lugares apropiados, como se explicita en las siguientes citas:

“Y, este año o a fines del otro, me di cuenta que tenía tinnitus. Y yo me acuerdo que mi mamá lo tenía y uno decía, como que no podíai [sic] entender lo que era. Yo decía: “No, si debe ser el ruido de una arteria que pasa por ahí cerca”. Ahora sé lo que es.” (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°9).

“Porque me picaba, porque, a ver, tengo una persona que es médico, y yo a ella le expliqué que me picaba mucho el oído, y a veces no... Y me dijo: “Tenís [sic] que ir a un fonoaudiólogo.”(F8, 66 años, Valparaíso, cita N°34).

Ambas personas F1 y F8 refieren no haber tenido acceso a la información sobre los profesionales a los que debían acudir, por lo tanto, no tenían conocimiento sobre sus molestias, pero ahora posterior a ya tener la afectación, sí lo saben. F8 fue guiada por un médico para consultar a un fonoaudiólogo sobre su molestia.

“Porque, si no hubiera tenido la aparición esta del tinnitus, no habría ido a consultar al otorrino. Hasta que alguien me hubiera dicho: “Oye, te estoy hablando, no me escuchas”.” (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°62).

“¿Y qué le hizo dar ese cambio o ese interés por hacer algo al respecto a su audición? Mi mujer po, también parece pulga en el oído. Ella me escogió el médico.” (M2, 74 años, Valparaíso, cita N°12)

Tanto F1 como M2 refieren haber consultado a un especialista por sus molestias, sin embargo F1 lo hizo motivada por su sintomatología de tinnitus, en cambio M2 consulta a un médico porque su mujer lo motivó a hacerlo.

4.2.2.2 Cognición y lenguaje

Dentro del área de cognición, se encuentran tres aspectos importantes que las personas mayores entrevistadas señalaron como de interés o preocupación, a partir de su envejecimiento: en primer lugar tenemos la memoria a corto plazo, en segundo lugar la velocidad de procesamiento, y en último lugar el lenguaje. En general las personas entrevistadas hablaron naturalmente, más bien, de forma superficial sobre los cambios en este ámbito durante momentos iniciales de la entrevista en profundidad, por lo que se tuvo que ahondar en esta temática, lo que permitió construir el presente apartado de resultados. Al respecto, las personas entrevistadas señalan que los cambios en la cognición y lenguaje se comprenden como:

a) Un proceso natural de la vejez

En el aspecto de memoria se observó que las personas mayores naturalizan los cambios, interpretandolos como simples olvidos más que como una disminución de esta misma.

“Yo creo que sí, a esta edad sí. Yo sí. A veces se me olvidan, no siempre, pero sí se me olvidan cosas, a ver, por ejemplo, mis llaves. Supongamos mis llaves yo las dejo ahí, después me doy mil vueltas buscando las llaves y las llaves están ahí. Yo digo un duende, tengo un duende que me las esconde, las busqué ahí y no las encontré y las tengo ahí.”(F8, 66 años, Valparaíso, cita N°32).

La entrevistada F8 declara que presenta olvidos intermitentes, sin embargo, no les da mayor importancia.

b) Un proceso con implicancias en la interacción social

En el aspecto de velocidad de procesamiento, señalan que experimentan un enlentecimiento en esta función cognitiva, lo cual repercute en el lenguaje y la interacción con otras personas, tal y como demuestran las siguientes citas:

“La relación pensamiento con la palabra, que yo toda la vida he sido un tipo muy rápido para pensar, entonces, me encuentro con que no me llega como para decir exactamente lo que quiero decir” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°18).

“A lo mejor los pensamientos son más lentos, a lo mejor la forma de hablar uno trata de no, no sé, de no equivocarse, de elegir el vocabulario, no como antes que uno llegaba y ladraba.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°46).

Los entrevistados M4 y F7 observan una disminución en la velocidad de su pensamiento durante esta etapa de la vida, en comparación con su juventud.

“Sí. Cuesta. Lo que he notado por ahora último, estos últimos años, que me bloqueo. No tengo tema de conversación, no puedo expresarme. Trato de expresarme, trato de conversar, trato de intervenir en la conversación de los demás y me bloqueo, me chupo, me quedo callado mejor. Y a donde me desespero, me dan los nervios, me da rabia, me confundo. No puedo expresarme, no puedo expresar mis ideas.”(M3, 79 años, Valparaíso, cita N°18).

El entrevistado M3 indica que en los últimos años presenta un bloqueo en su lenguaje, el cual le impide interactuar de manera eficiente con otras personas.

c) Un proceso donde no buscan ayuda profesional, hasta que notan cambios que los alarmen

Las personas mayores no suelen consultar a profesionales ante estas situaciones de cambios en el área de cognición, sino que lo hacen en momentos en los que ven algún signo o síntoma de algo que consideran patológico, como se evidencia en:

“Me está fallando. Mi cerebro, mi mente, ¿qué me pasó?”. Quedé con un miedo. Eso me pasó. Cosa rara. [...] Bueno, uno siempre tiene miedos en la vida, pero este fue así como, no quiero volverme loca, no quiero tener Alzheimer, no quiero, no quiero nada, no puede ser. [...] El terapeuta ocupacional, ¿viste? Se me olvidan las palabras, fue el terapeuta el que me evaluó, que salí con todo bien.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°57,59,60)

La entrevistada F4 señala tener un profundo miedo a la Enfermedad de Alzheimer. Ante un episodio en donde presentó la sensación de que su mente estaba fallando recurrió a evaluación cognitiva.

4.2.2.3 Equilibrio

Este ámbito del envejecimiento fue abordado naturalmente sólo por algunas personas entrevistadas, aquellas que habían tenido problemas de equilibrio o caídas previamente. Por lo tanto, estos resultados se construyeron mayoritariamente a partir de la profundización de las entrevistas y no como experiencias comunes de toda la muestra. En general, las personas mayores entrevistadas señalaron que los cambios relacionados al equilibrio se comprenden como:

a) Algo relacionado a una enfermedad y al proceso natural de envejecer

En cuanto al área de equilibrio, las personas mayores perciben una pérdida del equilibrio de manera variada, relacionando estos cambios a diversos factores como: estrés, parte del proceso de envejecimiento, pérdida de masa muscular o problemas al oído, como se puede apreciar en las siguientes citas:

“Me venía un poco de vértigo, como una vez al año, debe haber sido por estrés, supongo (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°8). “Porque antes sé que era más o menos regular, tipo octubre era, parece, mi peak de estrés y me venía.”(F1, 78 años, Valparaíso, cita N°8- 48).

La entrevistada F1 relaciona los episodios de vértigo a estrés, lo cual lo fundamenta bajo experiencias previas.

“Me da la sensación de perder el equilibrio y también está asumido porque forma parte de la edad, de que la pérdida de masa muscular va creando ese tipo de situaciones.” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°22).

El entrevistado M4 relaciona los episodios de vértigo al proceso de envejecimiento natural y menciona que la pérdida de masa muscular es un factor determinante en el equilibrio.

“Tengo un problema al oído, entonces eso a lo mejor puede que me esté afectando el equilibrio, puede.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°23).

La entrevistada F7 relaciona las alteraciones del equilibrio al oído.

b) Algo que puede tener implicancias físicas y sociales

Las implicancias que experimentan ante los cambios en el área del equilibrio, han generado que las personas mayores se vayan adaptando, modificando algunas de sus conductas para desenvolverse y llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En ocasiones sienten miedo a las posibles caídas que

pudieran tener, producto a la inestabilidad corporal, debido a una alteración del equilibrio y a la pérdida de control de su cuerpo, atribuidos a la debilidad como parte de envejecer o falta de actividad física.

“Me agacho prudentemente, entonces, me cuido de eso. Cuando te agaches, encucíllate, no vaya así, encucíllate.” (M7, 72 años, Valparaíso, cita N°24).

“Uno se da cuenta de que hay cosas que no lo puede hacer, por ejemplo, de repente uno no ejercita mucho el equilibrio, se puede caer, yo me he caído 200 veces este año.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°9).

Las personas entrevistadas F7 y M7 expresan que deben tomar ciertas adaptaciones para sobrellevar las alteraciones del equilibrio, como por ejemplo agacharse de cierta forma o evitar hacer alguna actividad.

“Me da lata me da rabia porque yo digo en cualquier momento, cualquier otra situación me puede pasar en un micro, o tú no sabes po, que, que te dé cuando estés afirmá [sic] en la micro, y la fuerza, ya no tienes la misma fuerza para tomarte de los... Y como de repente ando en las micro, olvídate. A mí me ha pasado, cuánta gente que se ha caído en las micro.” (F6, 76 años, Valparaíso, cita N°26).

La entrevistada F6 expresa que mantiene un sentimiento de rabia ante los episodios de vértigo, ya que, las crisis son inesperadas, no mantienen ningún patrón de desencadenamiento y se le dificulta el poder sobrellevarlas, debido a que ya no cuenta con la fuerza para afirmarse de forma segura en las micros.

c) Un proceso en donde las personas consultan a profesionales

Ante estos cambios, se les consultó a las personas mayores si habían acudido a algún profesional para evaluar y tratar la pérdida de equilibrio y destaca la presencia del quehacer Kinesiológico.

“En este último tiempo, estoy justamente en eso en este momento con el kinesiólogo, porque he tenido, como que de repente pierdo el equilibrio. Entonces me dijo: “Eso es falta de este tipo de ejercicios”, así que ahí me está enseñando.” (M7, 72 años, Valparaíso, cita N°22).

“Yo hago gimnasia por Zoom cuatro veces a la semana y muchos de los ejercicios tienen que ver con equilibrio. Entonces, suponte el de la clase que tengo el lunes, que es de gimnasia kinésica, nos han estado haciendo ejercicio con los ojos cerrados.” (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°70).

La personas entrevistadas M7 y F1 participan de talleres a causa de alteraciones del equilibrio y mencionan que quien lleva las sesiones, es un kinesiólogo.

“Y el kinesiólogo, el programa Más, lo conocen ustedes, del Adulto Mayor. Entonces, el kinesiólogo siempre nos hace mucho ejercicio de equilibrio.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°44)

La entrevistada F4 nos menciona que a raíz del programa “Más” del adulto mayor han asistido a terapia kinesiológica para trabajar el equilibrio.

4.2.2.4 Motricidad orofacial

Los aspectos relacionados a la motricidad orofacial no fueron abordados naturalmente por las personas entrevistadas en la primera parte de la conversación, cuando relataban libremente sus experiencias al envejecer. Fue necesario realizar preguntas específicas de este ámbito para llegar a comprender los significados y subjetividades al respecto. Dentro de las conversaciones hablaron, de forma prioritaria, sobre la dentadura y los procesos relacionados con esto, algunos/as pocos aludieron a la deglución pues tenían experiencias previas con otros familiares al respecto. En cuanto a los cambios del habla, había muy poca claridad de los cambios y de sus consecuencias en la calidad de vida.

A continuación, se presentarán resultados a nivel de la trituración, masticación y prótesis, luego se abordará la deglución y finalmente los cambios en el habla. En general, las personas entrevistadas señalan que los cambios en esta temática se comprenden como:

a) Algo centrado casi exclusivamente en lo dental a partir de preocupaciones estéticas y de alimentación

Con relación a la motricidad orofacial los usuarios perciben los cambios en sus áreas miofuncionales centrado principalmente en la pérdida de piezas dentarias, predominantemente por lo estético y posteriormente por la dificultad que trae consigo la trituración de los alimentos, además de la implicancia en la adaptación a su prótesis mal adaptada, lo que les dificulta al momento de funciones vitales como lo es la alimentación, esto se evidencia en:

“Se le pregunta a M3 si ha notado algún cambio en su alimentación con el uso de su prótesis, a lo que responde: “Se mastica mejor. Pa comer una manzana, pa comer pan se mastica mejor, con la dentadura buena, cosas duras, carnes. Evito las carnes duras yo. No estoy muy bueno pa comer carnes duras. Me cuesta masticar, prefiero pescado, prefiero pollo, cosas más blandas”.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N° 32 - 33 - 34).

“Sí, claro, tengo prótesis. Pero también los tengo por dos cosas: lo tengo por, digamos, por respeto hacia el resto de las personas y porque considero que está dentro también de los respetos que se merece uno mismo [...] Pa tener una buena dentadura, pa masticar bien, sonreír, que no se me vean las teclas fallás [sic], porque es feo. Encuentro feo yo, no sé ustedes, pero yo creo que una persona que no tengan dientes se ve feo.” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°30-31).

El entrevistado M3 indica el beneficio que tiene para él utilizar prótesis y las adaptaciones que ha hecho. El entrevistado M4 atribuye el uso de la prótesis a lo estético, la cual le ha ayudado a mantener una apariencia personal y frente a otras personas. Esta presentación personal la atribuyen a cierto grado de respeto hacia ellos mismos y hacia terceras personas. Tanto el entrevistado M3 como M4 refiere obtener beneficios en su masticación a partir del uso de su prótesis.

b) Algo asociado a cambios en la musculatura orofacial a causa del envejecimiento

Los cambios en la musculatura orofacial producto de la edad se hacen evidentes al masticar como se observa en:

“Sí, sí. Se cansa uno más al comer, porque los músculos ya están flaqueando los músculos, ya no son como antes. Yo miro a los cabros cuando se comen una manzana, y cuando yo me las comía, así una manzana rica. Ahora yo pa comerme una manzana tengo que rallarla. Entonces sí. Y te duele estas partes.”(F6, 76 años, Valparaíso, cita N°39).

La entrevistada F6 indica las adaptaciones que ha tenido que realizar, por el deterioro de su musculatura orofacial.

c) Un proceso donde existen cambios en la deglución, a consecuencia de enfermedades y no se relacionan con la vejez

En cuanto a la deglución, pese a ser una problema que muchos refieren y en que en algunos casos han dado inicio a una búsqueda de patologías por parte de médicos, no lo atienden porque no lo ven como algo significativo que afecte su diario vivir.

“Se le pregunta a la entrevistada si ha notado algún cambio respecto a su forma de tragar, a lo que responde: “De repente se me producen unas como, a ver, contracciones, obstrucciones, me viene mucha salivación, me falta la respiración, me asusto, pido que me peguen en la espalda [...] Fui a un otorrino, pero después no volví más. Me dijo: “Esto no queda aquí”, [ríe] pero yo no volví más.” (F1, 78 años, Valparaíso, cita N°24-26).

La entrevistada F1 declara que ha presentado cambios en su deglución, respiración y a nivel de musculatura laríngea. Acudió al médico otorrinolaringólogo, sin embargo no asistió de forma consistente.

“Yo tengo que reconocer que mi mamá, cuando estaba mayor, así como de edad, tenía tendencia a ahogarse, ¿ya? Y de repente yo me ahogo (...) Yo tengo claro que algo me debe estar pasando, porque mi

mamá se ahogaba y siempre yo le decía: “Mamá, toma un poquito de agüita, etcétera”.” (F2, 76 años, Valparaíso, cita N°46).

La entrevistada F2 expone que ha presentado ahogos durante la deglución, tiene claro que ha ocurrido un cambio en su deglución, sin embargo, lo soluciona de la misma forma que hacía su madre, quien también presentaba complicaciones similares.

d) Un proceso donde existen cambios en el habla, pero no necesariamente son considerados como problemas significativos

En cuanto al área de habla las personas mayores no tienen una noción de cambios en la articulación de su habla, ellos consideran que es más relevante el poder expresar sus ideas en una conversación con el contenido de sus expresiones.

Se le pregunta a la persona entrevistada si ha presentado cambios al producir las palabras para expresarse, a lo que ella responde:

“Pero en cuanto a temas de articulación, de expresión...? Nada. Eso sí porque ustedes mismos me enseñaron a fortalecerlo. Aquí en el taller.” (F6, 76 años, Valparaíso, cita N°19).

La entrevistada F6 nos menciona que a pesar de que no ha evidenciado cambios en esta área, atribuyendo esto mismo a que asiste a los talleres y ha podido trabajar en los parámetros de la articulación del habla.

Se le pregunta a la persona entrevistada si ha vivido situaciones en que quiera hablar y las palabras no salen de la forma que a ella le gustaría que salieran, a lo que responde:

“No tengo conciencia de eso. No, no me he dado cuenta.”(F1, 78 años, Valparaíso, cita N°74).

La entrevistada F1 nos dice que no siente los cambios en la articulación de forma evidente.

“Entonces en el tema de esto del habla, de la conversación, sí, claro, no es exactamente lo mismo que años atrás; pero, vuelvo a decir, mientras tenga la posibilidad de que la gente me entienda, de poder decir lo que yo siento en forma coherente, no hay problema.”(M4, 84 años, Valparaíso, cita N°35).

La persona entrevistada M4 expresa que el cambio en el habla ha sido evidente, pero aun así, es funcional y por lo tanto, no lo identifica como un problema.

4.2.2.5 Voz

Con relación al área de voz, cabe destacar la existencia de personas que no contaban con conocimiento previo del área y otras que sí contaban con este conocimiento, producto de su profesión, cursos que habían realizado en su juventud o por cursos a los que estaban asistiendo al momento de la entrevista. Es así que las personas mayores comprenden la voz como:

a) Un proceso en donde existen cambios asociados al envejecimiento

En relación al área de voz, las personas mayores consideran que los cambios presentes son parte de la vejez. Esto tiene implicancias negativas en su vida diaria, ya que les impacta en sus actividades cotidianas y en la forma de relacionarse con otras personas, pues presentan modificaciones referentes a la emisión de la voz y del mismo modo les genera limitaciones vocales, predominantemente en la intensidad y el tono. Esto se evidencia en:

“Cuando uno es más joven como ustedes, uno tiene la voz un poco más chillona, más fuerte y, a medida que va pasando la edad, ya la voz se engruesa y se baja de tono.” (M8, 71 años, Valparaíso, cita N°44).

“Hay cambios. Para gritar me cuesta, pa silbar no sirvo ya para [...] Antes entonaba canciones silbando, ahora no po, no se puede. Cantar tampoco, ya no puedo.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°42)

Según lo declarado por M8 y M3, la voz sufre cambios durante el envejecimiento, es por esto que se va perdiendo la capacidad para realizar ciertas actividades.

“Con mis propios hijos cuando converso, no me escuchan bien. Yo noto que mis mismos hijos se le alejan a uno porque uno no sabe hablar. Lo van cortando. Y hay que soltarlos no más po, ¿qué sacamos con discutir, pelear? Uno puede aceptarlo no más.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°45).

“Yo tengo el tono bajo, que no me escuchan y tengo que hablar más fuerte y cuando hay mucha bulla tengo que hablar, prácticamente pa mí hablar a gritos [...] prefiero no hablar cuando hay mucha bulla.”(F7, 75 años, Valparaíso, cita N°62).

M3 y F7 indican que existe una disminución en la intensidad de sus voz, lo cual interfiere en su interacción con otros.

b) Un proceso en donde las personas solo consultan, tras haber tenido conocimiento previo

Frente a este cambio solo algunos de los participantes realizan actividades para mejorar su calidad vocal, principalmente quienes ya contaban con conocimientos al respecto o fueron profesores. ya que tenían noción del cuidado que requiere la voz. Sin embargo, quienes no contaban con conocimientos al respecto, pese a notar cambios en su voz, no consultaron a un profesional, tal como se evidencia en:

“Entonces, pero siempre me preocupé de eso, de impostar, de hablar bien. Porque yo decía: “Un profesor no puede hablar mal po”. Miren, yo que era del área de Humanidades, entonces ya, de impostar la voz, manejarme, cuidarme, siempre con mi bufanda en los tiempos helados; siempre me cuido.”(M7, 72 años, Valparaíso, cita N°21).

“Yo cuando estaba cabra, o sea, estaba más joven hice un curso de, fue una para la impostación, se llama, impostación de la voz. Entonces, a los ejercicios esos que me daba la fonoaudióloga los trato de repetir, ¿ya?, para que la misma voz no se atrofie.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°50).

Los entrevistados M7 y F7, indican que el haber realizado prácticas de cuidado con su voz, logró prevenir un deterioro o dolencia.

Se le pregunta a la entrevistada ¿alguna vez le ha dado curiosidad para evaluar su voz?

“No. No, no. La verdad es que no, curiosidad así no.”

Se le pregunta ¿asistiría a evaluación de voz con algún profesional?

“Por supuesto. Sí. Un fonoaudiólogo, ¿o no? Sí.”

Se le pregunta ¿por qué lo haría?

“No sé po, pa saber po. Porque, por lo que ustedes me dicen, te vuelvo a insistir, hay que ir donde el que sabe.”(M2, 74 años, Valparaíso, cita N°26).

El entrevistado M2 nos indica que nunca ha sentido curiosidad por evaluar su voz y es por esto que no había asistido a terapias fonoaudiológicas.

4.2.3 Categorías emergentes relacionadas a la calidad de vida

Se obtuvieron categorías emergentes relevantes que no estaban consideradas en el marco teórico del presente estudio, tales como: Implicancias de la situación socioeconómica en la experiencia de envejecer, Implicancias del acceso y atención en salud, Prácticas de autocuidado: actividades de ocio, Prácticas de autocuidado: Salud, Nociones de vejeismo, Consecuencias de la desinformación respecto a ámbitos fonoaudiológicos en personas mayores, Relevancia de las redes de apoyo. A continuación se describen cada una de las subcategorías:

a) Implicancias de la situación socioeconómica en la experiencia de envejecer

Es este sentido se aprecian dos grupos de personas mayores quienes contraponen sus experiencias en esta área, estas son: las que tienen un buen pasar económico y en consecuencia tienen mayor acceso a prácticas de autocuidado, y un segundo grupo que se compone de personas que tienen un pasar económico precario, debido principalmente a sus jubilaciones bajas, repercutiendo en su calidad de vida. Esto se ve reflejado en las siguientes citas:

“Tengo una buena jubilación, es decir, es un poco menos de un millón más lo que genera mi mujer, así que estamos, vivimos cómodos, lo cual no tenemos problemas. Y aparte de eso tenemos ahorros [...] Después de los 50 fuimos a Brasil, Argentina, Colombia, Estados Unidos, Europa, en Europa estuvimos en, ¿cuánto se llama?, Suecia, Noruega, Dinamarca, Alemania, Francia y España. A España fuimos de vacaciones.” (M2, 74 años, Valparaíso, cita N°34 y 37).

“Eso es lo rico a esta altura. Que tú tienes tranquilidad, tienes libertad, y tienes los medios. Y yo cuando me dice Juan: “Ve la cuenta”. “No sé -le digo- la metí ya, la metí aquí, ya chao”. ¿Me entendís [sic]? Cosa que si: “¿Cómo gastamos 40 mil pesos, 50 mil pesos, si era esto, esto?!” No. Entonces, pa, pa, pa. Si es para pasarlo bien. No nos interesa la plata. Interesa que nosotros nos gustó, estaba rico y podemos ir de nuevo.” (F6, 76 años, Valparaíso, cita N°37).

Los entrevistados M2 y F6 refieren que cuentan con un buen pasar económico, por lo que son libres de realizar las actividades que sean de su agrado sin impedimento económico para realizar actividades como salir a comer o viajar.

“yo tenía mi jubilación; ya, teníamos la parcela, yo tengo otro nivel, mi hijo otro nivel de educación y todo; y las señoras ahí, están tan cansadas de trabajar, todo el día en cuatro patas, sembrando la tierra, pa cosechar para venderlo a diario. Si no lo venden, no tienen la entrada, porque la jubilación de ellos era como 60.000 pesos.” (entrevistada F5, 78 años, Valparaíso, cita N° 42).

“El hecho, digamos, de no tener, digamos, un pasar agradable por el hecho de que cuando uno está trabajando uno gana mucha más plata que cuando está jubilado. [...] Las jubilaciones, o sea, acá en Chile son bastante paupérrimas. Gracias a Dios, no tengo una muy mala, pero el problema es que yo no tengo mi vida, digamos, como la tenía antes. Con un montón de cosas que podía hacer y sin fijarme mucho en el dinero, pero ahora lamentablemente, digamos, a mí también me gusta viajar y todo eso y lo hemos tenido que ir restringiendo, antes sí lo podía hacer sin problemas, pero tenía un buen trabajo. Y esa diferencia, digamos, también me ha significado pasarlo bastante mal.” (entrevistado M1, 69 años, Valparaíso, cita N° 6 y 7).

Para los participantes, M2, F5 y M1 la jubilación es considerada como una fuente de ingreso, existiendo diferencias económicas entre ellos. El entrevistado M1 señala tener que restringirse, sintiéndose mal ante esta situación lo que se contrapone con los otros entrevistados citados anteriormente, quienes mencionan que sienten tranquilidad y comodidad el tener este recurso económico. Cabe mencionar que uno de los principales intereses en común entre M2 y M1 es viajar y para F6 es salir a comer.

b) Implicancias del acceso y atención en salud

En relación al impacto que les genera a las personas mayores el acceso al cuidado de su salud, existen apreciaciones relacionadas a la calidad en la atención médica, ligada principalmente a los recursos económicos. Esta dimensión determina si les permite acceder o no a un servicio médico privado, que a su vez la consideran como una mejor alternativa versus la atención en el sistema de salud público, como se aprecia en:

“En este sistema público, suponte que yo saco hora para el médico, entonces ya, “pídame hora en tres meses más o en seis meses más” y esos tres meses son más que eso, los seis meses son más que eso, porque hay que encontrar la hora y todo eso. Por eso es que yo te cuento siempre cosas muy rápidas, pero no pueden ser rápidas, por ejemplo, de aquí me, ya, fui a sacar la hora para la audiometría y ahí se dieron

cuenta de que realmente estaba, tenía mucha pérdida de audición en un oído.” (M6, 72 años, Valparaíso, cita N°12).

“Como yo estaba en Isapre me salió prácticamente nada este audífono que tengo, entonces yo estoy comprando otro ahora, porque hay audífonos que te valen un millón y medio de pesos. Y, cual tema, de repente uno esa plata no la tiene. Pero yo ahora compré uno que costaba casi 400, pero por Fonasa te vale 149, entonces por eso lo compré.” (M2, 74 años, Valparaíso, cita N°13).

“En el sistema público hay que esperar todo este tiempo. Lo vienen a llamar cuando están adentro del hoyo, ya cuando uno está muerto.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°16).

Los participantes M6 y M3, refieren que la atención en el sistema público no es eficiente, ya que, esperan mucho tiempo para recibir las atenciones y que durante este tiempo de espera, sus condiciones empeoran. El participante M2 refiere que ha estado en sistema de previsión privado y público y que ambas previsiones le permiten acceder a audífonos de forma más económica.

c) Nociones de viejismo

En cuanto a la categoría emergente de viejismo, las personas mayores mencionan a nivel generalizado, que existe una actitud discriminatoria hacia ellos. En primer lugar hablaremos del viejismo social, el cual se divide a nivel micro y macro social, finalmente se explicita lo dicho por los participantes en cuanto a viejismo personal.

Como resultados de viejismo social a nivel micro social y sus dimensiones: familiar, interpersonal e intergeneracional, se presentan los siguientes resultados:

“Ahora, en lo que sentí una leve, siempre salíamos a excursión, por aquí, por allá y de repente dice: “No, mucha caminata a la mamá, no la llevemos ahí, no vamos a ese lugar”, y eso no me gustó.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°5).

“No po. Si quiero ser viejo, no quiero ser un viejo mierda, dando jugo; que al final te van a patear el cementerio, no te van a dejar con amor.” (M7, 72 años, Valparaíso, cita N°18).

“Sí, sí. La gente joven se comunica entre su nivel, no van a actuar con un viejo, no van a conversar con un viejo. Conversan dos, tres palabras nomás con el viejo, y le echan la talla o se ríen, se burlan del viejo, se corren. Se entienden en su nivel, entre su juventud, y al viejo lo van dejando de lado.” (M3, 73 años, Valparaíso, cita N°57).

La entrevistada F5 nos menciona que le disgusta la actitud que toman sus familiares cuando ella realiza actividades físicas. Los entrevistados M7 y M3 mencionan que sienten cierto nivel de exclusión frente a otras personas y expresan que otras personas los perciben como incapaces de comunicarse o de interactuar de forma funcional.

En cuanto al vejestismo social, desde la mirada macrosocial institucional, se evidencia lo siguiente:

“Le digo: “Doctor explíqueme que es lo que tengo”, una ecotomografía uno, no la entiende, y: “¡Ah! -me dijo- Fatiga de material”. Se mató de la risa, y me mandó con una lista de ejercicios y se acabó. “No po - le dije-, no puede ser”.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°65).

“Porque ya el médico me dijo: “Cualquier caída a esta edad -me dijo-, una cadera fracturada, ya después viene la muerte. Así de simple”.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°42).

La entrevistada F4 nos menciona dos experiencias negativas respecto a la atención en salud, en la cual vivenció vejestismos por parte del personal médico. En este caso, quien atiende a F4 le comunica estos cambios físicos como algo fatalista y utilizando frases discriminatorias.

En cuanto al vejestismo personal, se documentan los siguientes resultados:

“Ya un viejo vale poco, interesa poco, no vale la pena un viejo. Pienso yo eso, es mi posición, es mi idea.” (M3, 79 años, Valparaíso, cita N°60).

“Pero es tan humillante cuando llegas al hospital a hacerte algún examen o alguna cirugía y te dice: “Sáquese la prótesis”, es terrible. Es una humillación tremenda. O sea, me quitan mi dignidad, ¿por qué no me dejan?: “No, es que se puede caer”, no sé que ellos tendrán.” (entrevistada F5, 78 años Valparaíso, cita N°25).

El entrevistado M3 expresa que siente a la persona mayor como alguien sin valor y de poco interés para otros. La entrevistada F5 considera que el hecho de obligarla a quitarse la prótesis es una humillación, puesto que es parte de su dignidad.

d) Implicancias de las prácticas de autocuidado: actividades de ocio

Con relación a las actividades de ocio, los participantes refieren que estas forman parte de su rutina diaria con la finalidad de desarrollarse y relacionarse con otras personas, otorgándoles un significado beneficioso que enriquece su calidad de vida en diversas áreas cognitivas y sociales, lo que les brinda una sensación de satisfacción al poder desenvolverse fuera de su hogar y ser parte activa de la sociedad.

“Yo dejé de trabajar en el 2010. De ahí pensé qué es lo que iba a hacer y dije: “No me voy a dedicar a encerrarme, porque me voy a poner más vieja. Por lo tanto, voy a empezar a tomar actividades.” (F4, 76 años, Valparaíso, cita N°2).

La participante F4 refiere que luego de jubilar comienza a tomar actividades de su interés con la finalidad de salir de su casa y no “ponerse más vieja”.

“Yo me dedico a vender ropa, me dedico a enmarcar cuadros de iconografías famosas. Por ejemplo, tengo una iconografía actualmente de Vincent Van Gogh, ¿ya? ¿Te fijas? Porque me gusta el contacto con la gente, pero también es plata que no tengo. O sea, no gano un monton, pero gano. Y tengo una

comunicación, en ese sentido. En estos momentos, estoy metida como en tres o cuatro talleres. Pero, por otro lado, otros talleres he entrado, pero no me han gustado, pero he continuado, porque no quiero estar sola en mi casa, y la idea es compartir con otras personas.” (F2, 76 años, Valparaíso, citas N° 18,19 y 20).

“Tengo un taller debajo de mi casa, tengo mi casa, entonces, debajo tengo un taller, una bodega y un taller, y ahí, igual tema, me voy a entretener. Si hay que hacer algún mueblecito, lo hago y ese tipo de cosas.” (M2, 74 años, Valparaíso, cita N° 5).

“Tengo amigas que leen, intercambiamos libros, voy a muchos de, participo de varios grupos de... Bueno, genero política en todos los grupos que uno pueda la oportunidad de avanzar, no de retroceder, pero pertenezco a un grupo que se dedica exclusivamente a la actividad intelectual, desarrollo personal.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°11).

Los participantes F2, F5 y M2 refieren que realizan talleres o actividades de su interés para mantener el contacto con personas, lograr una comunicación con su entorno y desarrollarse en ámbitos personales.

Cabe destacar que en relación a las actividades de autocuidado donde participan las personas mayores, algunos asisten a talleres fonoaudiológicos, los cuales les han resultado de utilidad en su vida diaria. Estos grupos de trabajo entregan información a los participantes respecto al quehacer fonoaudiológico y su relación con el proceso del envejecimiento.

“He tomado uno o dos talleres de memoria vigente, o sea, de estimulación cognitiva, ¿ya?, y lo he hecho porque no quiero perder, como yo soy profesora de Historia, no quiero perder la fluidez para hablar, ni para comunicar lo que yo quiero comunicar.” (F2, 76 años, Valparaíso, cita N°14).

“Bueno, aquí con los cursos que nos han hecho de fonoaudiología nos han enseñado cómo hablar en público. El año pasado hice un taller de cómo leer poesía y nos enseñaron a cómo leer, en forma de declamar, meterse dentro de la poesía, que para mí fue muy hermoso ese taller. Yo creo que ahí entonces nos hicieron de cómo podíamos expresarnos y como sacar la voz. Creo que ese es un conocimiento

importante para nosotros. A mí me gustó mucho ese taller, lo encontré hermoso.” (F3, 79 años, Valparaíso, cita N°22).

Ambas participantes F2 y F3 refieren que toman talleres para desarrollar o estimular habilidades cognitivas y de voz, destacan la importancia que representa para ellas contar con este conocimiento para su vida diaria.

e) Implicancias de las prácticas de autocuidado en lo social y económico

Respecto a la categoría emergente de prácticas de autocuidado destaca la preparación que tuvieron algunas personas frente a su envejecimiento, algunos se prepararon socialmente para tener mejores redes de apoyo en la vejez, algunos lo hicieron económicamente para poder solventar gastos médicos y de ocio sin mayores inconvenientes.

“Pero me fui preparando con tiempo, me fui preparando mentalmente; me fui preparando socialmente, para ir generando un tejido social con el cual después entenderme, hallarme. Y me fui preparando también económicamente, porque yo soy un hombre que por razones de la vida -y no me quejo, agradezco, todo lo contrario-, empecé a trabajar a los 15 años.” (M7, 72 años, Valparaíso, Cita N°2).

“De alguna manera nos preparamos, nos preparamos y nos mentalizamos para lo que vendría después; creo que eso fue importante, de alguna manera, planificarse para los tiempos de jubilación y de vejez [...]Hasta conversar con ustedes, me he dado cuenta de la importancia de lo que hicimos, que, de verdad, o sea, sabía que era importante, con los muchachos decíamos: “bueno, igual...”, pero es que fue mucho más importante, pero ahora que salió la conversación, me he dado cuenta de lo importante que fue hacer eso, prepararse en términos médicos y en términos financieros.” (M6, 72 años, Valparaíso, cita N°2-4)

Los entrevistados M6 y M7 hablan sobre las prácticas de autocuidado y prevención que realizaron con el fin de velar por su bienestar en su proceso de envejecimiento.

f) Implicancias de las prácticas de autocuidado en la salud

Otro grupo, llevó a cabo un autocuidado físico, realizando ejercicio con miras a sobrellevar de mejor manera el proceso de envejecimiento y algunos de ellos continúan haciendo actividad física, incluso teniendo una alimentación saludable en la actualidad.

“Ejercicio. Fui teniendo poco a poco, bueno, con los años que trabajé, dime tú, tengo exalumnos médicos, kinesiólogos, abogados, de todo, entonces yo estoy permanentemente en contacto con los kinesiólogos. Yo los llamo para que, estoy un mes con ellos, me dan una tanda de ejercicios y después sigo solo yo. Tengo mi maquinita con mi hija en la casa, mis colchonetas, camino mucho.” (M7, 72 años, Valparaíso, Cita N°5).

“Y saludable porque yo hago cosas que yo creo que mucha gente que está en su casa no lo hace. Camino, como sano, siempre me han gustado mucho las verduras, siempre me ha gustado “cantar” -entre comillas- bailar, y hacer cosas que mi mente esté ocupada.” (F8, 66 años, Valparaíso, Cita N°41).

Ambos participantes, M7 y F8 refieren que realizan actividad física y se sienten saludables con las mismas. Por una parte M7 refiere que se rodea con médicos y kinesiólogos que lo guían, mientras que F8 tiene una alimentación saludable y realiza actividades de su interés para mantener su mente ocupada.

En la misma línea, otras personas refieren que cuidan su salud cognitiva con hábitos que tributan a potenciar y mantener un mejor estado mental, nutriéndose de otras personas, evitando ambientes poco beneficiosos en lo cognitivo o realizando actividades que les aporten beneficios y despejen su mente de la rutina.

“Yo busco con quién yo me pueda enriquecer. No busco ambientes tóxicos o ambientes de ignorancia. Perdonando, la persona tiene derecho, pero busco nutrirme y no. Entonces yo tengo vitalidad.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N°37).

“Entonces me fui preparando en cuanto a la lectura, yo fui toda mi vida profesor de ciencias sociales, orientador, desarrollo personal, entonces me fui preparando a través de la lectura, del contacto con gente adulta.” (M7, 72 años, Valparaíso, cita N°3)

“Leo bastante, me interesa el diario vivir y tampoco porque quiero, no es porque quiera ser más inteligente, sino porque quiero ser menos tonto nada más” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°5). “En la parte psíquica me meto bastante a internet. Bajo artículos que me pareció interesantes, ya sea de medicina, de psicología, de historia; leo bastante. Entonces, hay que alimentar también la mente aparte de alimentar el cuerpo.” (M4, 84 años, Valparaíso, cita N°37).

Ambos participantes, F5 y M7, expresan que realizan un autocuidado de sus funciones cognitivas. Mientras F5 busca enriquecerse cognitivamente evitando ambientes de ignorancia, M7 lo hace con la lectura y contacto con gente adulta. El entrevistado M4 refiere que realiza prácticas de autocuidado para preservar el estado de su salud cognitiva.

g) Consecuencias de la desinformación respecto a ámbitos fonoaudiológicos en personas mayores.

En cuanto a la presente categoría emergente, se reflejó a través de las entrevistas que la mayoría de las personas mayores participantes tenían confusiones o ideas erradas sobre el quehacer fonoaudiológico, puesto que no contaban con información y/o se guían de experiencias negativas vividas por conocidos, favoreciendo la desinformación y desinterés en consultar, lo que repercute en su forma de relacionarse con la disciplina y por ende en su bienestar personal.

“Pero creo que a futuro voy a tener que usar audífono, pero yo no quería usar porque tengo una experiencia no muy buena de una tía que usaba audífonos, y yo no sé si fue por el asunto de que tenía que a cada rato tratar de ver cómo estaba el sonido, muy fuerte, qué sé yo”. No sé, caso que ella tuvo problemas en sus dos oídos por el asunto del audífono. No sé si fue a lo mejor mala manipulación de ella, pero siempre recuerdo eso. Como que para mí mirar eso fue para mí como algo muy traumático.” (F3, 79 años, Valparaíso, cita N° 15-16).

Al consultarle a la entrevistada si ha evaluado su voz, ella responde:

“No, ¿Pa qué po?, ¿Quién me evalúa la voz?.” (entrevistada F1, 78 años, Valparaíso, cita N°68).

Se le pregunta al entrevistado ¿Alguna vez ha evaluado su memoria?

“Es que nunca se ha dado la oportunidad. En ese caso, dentro de los controles que tengo en el hospital, no existe nada de eso.” (M5, 67 años, Valparaíso, cita N°13).

Los tres participantes F3, F1 y M5 tienen nociones ambiguas y desinformadas sobre a quién consultar por sus molestias relacionadas al área fonoaudiológica. Mientras F3 refiere que no lo hace por una experiencia traumática, F1 no lo hace porque no tiene conocimiento sobre quién debe evaluar su voz. En cambio M5 no consulta a un especialista de la fonoaudiología, porque nunca se le ha dado la oportunidad dentro de los controles a los que asiste en el hospital.

En esta línea, podemos evidenciar que los participantes atribuyen las consultas del área fonoaudiológica a médicos o aprenden a vivir con su malestar, sin consultar por ello.

“El problema es que no me gustan... Tengo algún problema biológico [ríe], alguna cosa en el cuerpo, yo siempre dejo pasar el tiempo hasta que se deshaga solo. Porque también uno no puede andar detrás de los médicos por cualquier cosa.” (F7, 75 años, Valparaíso, cita N°9).

Se le pregunta al entrevistado ¿Alguna vez se ha evaluado su audición por un profesional?

“No. Tal vez por dejación o tal vez porque no me han mandado del Cesfam Barón o del Consultorio del Adulto Mayor.” (M8, 71 años, Valparaíso, cita N°17).

Ambos participantes F7 y M8 refieren que no consultan a un profesional por sus molestias. Mientras F7 asegura que no lo hace para no consultar a los médicos por cualquier cosa, M8 refiere que no consulta por dejación y porque nadie le indica que lo haga.

h) Relevancia de las redes de apoyo

Según los testimonios de los participantes, las redes de apoyo son autopercebidas como un factor de gran importancia para sentirse acompañados, por lo que, tienden a valorar la compañía principalmente de personas mayores que van conociendo en los talleres que participan, como así también el apoyo por parte de la familia, lo que a continuación se ve reflejado en las siguientes citas:

“Estoy activa, porque me he mantenido activa, me he mantenido en contacto con muchas redes de contacto, con muchas personas, mi familia es bien anclanada.” (F5, 78 años, Valparaíso, cita N° 38).

“Estoy en el taller en grupo, como una persona, como nosotros que somos de la misma edad. Pero siempre con distintos, a ver, con distintos tipos de... Que son más profesionales o son profesionales, que ya están jubilados, pero son como uno mismo.” (F8, 66 años, Valparaíso, cita N°13).

Las participantes F4 y F8 expresan que se mantienen en contacto con personas reforzando sus redes. Mientras F4 entabla redes mayoritariamente con su familia, F8 lo hace con personas de su edad en talleres de su interés.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En el presente apartado, se discuten los resultados obtenidos en el estudio, titulado “Significados y subjetividades que tienen las personas mayores de Valparaíso sobre su proceso de envejecimiento desde la perspectiva fonoaudiológica”. Su objetivo fue analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables a sus procesos naturales de envejecimiento, en relación a la perspectiva fonoaudiológica. Al respecto, se analizan, comparan y contrastan los resultados más relevantes de las 16 entrevistas individuales con investigaciones relacionadas y el marco teórico del presente estudio y sus dimensiones planteadas en el capítulo de Resultados.

5.1 Caracterización de la muestra

Respecto de la caracterización de la muestra, no hay considerables diferencias entre personas mayores de 66 a 70 años y de 71 años y más. Lo anterior podría interpretarse desde la perspectiva de curso de vida, puesto que, según Manes et al (2016), la vejez se vive de diversas formas a partir de las experiencias y contextos en el que se desenvuelve cada persona, cuyo análisis permitiría dar cuenta de la heterogeneidad que la caracteriza. Por lo tanto, las vivencias que relatan los participantes toman relevancia por sobre a su edad, ya que todos se encuentran en el contexto de vejez saludable, lo cual genera un relato unificado a partir de sus vivencias.

La vejez saludable que viven todos los participantes de la muestra hace referencia al concepto planteado por la OMS (2015), que se entiende como transcurso durante el cual la persona mayor logra mantener su capacidad funcional, la cual se refleja en la interacción entre las habilidades físicas, mentales y factores externos, como su contexto de vida; estos factores favorecen su interacción social con otras personas. Todos los participantes del presente estudio, pese a las comorbilidades con las que transitan durante su envejecimiento, se auto perciben como saludables bajo estos parámetros, puesto que se consideran autónomos y sin dependencia funcional, lo cual se respalda en los resultados obtenidos a partir del índice de Barthel (1965) aplicado para la selección. La mayoría de ellos manifiesta su bienestar mental y físico en esta etapa de vida, incorporándose a actividades que favorecen su desarrollo social, tal como indica la teoría OMS (2015).

5.2 Significados y subjetividades del proceso de envejecimiento

5.2.1 Un proceso inevitable, natural y gradual

A partir de la presente investigación, se obtuvo como resultado general que los significados de las personas mayores en relación a su proceso de envejecimiento son considerados como algo “inevitable, natural y gradual”. Al respecto, Alvarado y Salazar (2014) refieren que el envejecimiento es un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible; además, este se construye durante el curso de vida y en él influyen las relaciones sociales. A partir de lo antes planteado, los hallazgos del presente estudio coinciden con la teoría sobre el proceso de envejecimiento, reafirmando la definición de estos autores con respecto a la experiencia empírica y los sentires de las personas mayores de Valparaíso. En cuanto a otras investigaciones, se plantea que el envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, lo cual concuerda con los hallazgos del estudio (Mendoza-Núñez et al, 2018).

Otro grupo de participantes afirma sentir resignación frente a los cambios físicos y emocionales que surgen en este periodo de vida, ya que su contexto los conduce a vivir este proceso de una manera negativa. Cabe destacar que las personas pertenecientes a este grupo conforman una muestra heterogénea en cuanto a redes de apoyo, situación socioeconómica, edad, sexo-género y acceso a la información. Lo anterior concuerda con lo planteado por Alvarado y Salazar (2014), quienes manifiestan que las personas a pesar de saber que es un proceso natural que está presente desde el inicio del ciclo vital hasta la muerte, siguen considerando esta etapa como una realidad difícil de aceptar y que es innata a todo ser.

5.2.2 Un periodo de vida con sensación de libertad

A partir de los resultados encontrados en las entrevistas, se caracteriza al envejecimiento de las personas mayores como un periodo en el que aumenta la sensación de libertad, reflejándose en sus actitudes y acciones. Según Santelices (2019), el aumento de edad trae consigo implicancias en la satisfacción con la vida; este autor atribuye un aumento de satisfacción y conformidad a medida que aumenta la edad. En este sentido, se concuerda con los resultados de esta investigación, pues un grupo de participantes manifestaron sentirse libres y plenos, lo que puede interpretarse como conformidad y satisfacción.

En cuanto a la pérdida de roles sociales durante la vejez, Burgess (1960) planteó la “Teoría del vaciado de roles”, la que considera que durante esta etapa de la vida las personas pueden presentar una sensación de alivio al no ejercer roles sociales que lo identificaban. Esta idea constituiría una oportunidad de que vuelvan a interesarse en actividades que realizaban previamente o encontrarse con otras nuevas (Ramos, 2013). Al respecto, la percepción de las personas mayores entrevistadas coinciden con dicha teoría, pues expresan un aumento de la sensación de libertad, asociada a la disminución de obligaciones.

5.2.3 Una vivencia autopercebida como positiva

Las personas mayores caracterizan al envejecimiento como una vivencia autopercebida como positiva, ya que anímicamente se consideran personas vitales y toman este periodo como oportunidad para realizarse en diferentes dimensiones. Según lo mencionado por Havighurst (1961, citado por Robledo y Orrejuela, 2020), la vejez se relaciona con las actividades diarias que llevan a cabo las personas mayores. Estas pueden ser beneficiosas cuando se sientan satisfechas, ya que genera en ellas sentimientos positivos de felicidad y dicha. Lo declarado por estos autores concuerda con los hallazgos de la presente investigación, confirmando la presencia de la autopercepción positiva. En este sentido se concuerda con Benavente y Quevedo (2019), quienes sostienen que las personas mayores se autoperciben de forma positiva a nivel de salud, calidad de vida y bienestar psicológico, presentando una visión que se aleja del declive e inactividad de las personas mayores, en los ámbitos anteriormente mencionados.

5.2.4 Una experiencia que viven en ausencia de dependencia funcional

Algunas personas mayores expresan que la ausencia de dependencia funcional es fundamental para un buen envejecimiento desde el punto de vista de las capacidades físicas, para realizar las actividades de la vida diaria y no tener la necesidad de pedirle ayuda a otras personas. La OMS (2015) considera el envejecimiento saludable como el proceso en que es esencial fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los factores asociados a la salud, que posibilitan a una persona ser y hacer lo que es importante para ella de acuerdo a sus capacidades intrínsecas, las características del entorno que afectan a esas capacidades y las interacciones entre la persona y esas características. Lo declarado por esta organización concuerda con lo referido por los

participantes de la investigación, puesto que todos se auto perciben como saludables y son capaces de desenvolverse y realizar las actividades que les resultan relevantes y placenteras, lo cual creen que cambiaría al momento de perder su capacidad funcional.

5.2.5 Algo que afecta mayoritariamente a la dimensión física

En relación a los cambios físicos del envejecimiento, es evidente el deterioro o malestar que afecta al cuerpo, específicamente en las dimensiones musculoesquelética, visual y auditiva. Según Herrero (2016), la desviación del estado fisiológico de los diversos sistemas corporales que se manifiestan a partir de síntomas físicos son atribuidos a una enfermedad. Esmeraldas et al (2019), señala igualmente que existe un deterioro a nivel físico en el envejecimiento el cual se expresa como: cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad de almacenamiento de la memoria, sueño alterado, etc. Sin embargo, los hallazgos del estudio se contraponen con estas visiones de los cambios físicos, ya que en su mayoría las personas mayores los consideran como parte natural del proceso de envejecimiento y no como un estado patológico que represente un impedimento en sus funciones cotidianas.

5.2.6 Una vivencia que se transita con diversos miedos

Con relación a los miedos vividos por las personas mayores, destaca el temor a la pérdida de amistades y parientes, además de aprehensión por la falta de apoyo por parte de familiares directos, principalmente, miedo al abandono. Según la encuesta de calidad de vida y salud ENCAVI 2015-2016 (2017), existen diferencias estadísticamente significativas referente a la clasificación de calidad de vida como “buena” o “muy buena”; en comparación con otras edades, las personas, hombres y mujeres de 65 años o más están por debajo de los porcentajes, aumentando así, la cifra de ni “buena” ni “mala” y “muy mala”; en cuanto a la clasificación de salud, más del 50% del total, refiere la misma como “mala” o “regular”. Los hallazgos del presente estudio confirman lo que plantea este autor, pues las personas entrevistadas manifiestan mayor temor a la soledad. Además, Caro (2019), plantea que las relaciones afectivas y vínculos familiares son fundamentales y repercuten positivamente en la calidad de vida de las personas mayores, ya que estas brindan apoyo y seguridad socioemocional mejorando el autoestima. Los

testimonios de los participantes de la investigación presente concuerdan con este último supuesto; cabe destacar que fueron las personas mayores saludables, quienes manifestaron una sensación de disfrute y seguridad al compartir con sus pares y al realizar actividades recreacionales o de índole cognitiva con ellos.

Otro de los resultados del estudio de investigación tiene relación con el temor de las personas mayores respecto de su salud física y cognitiva, lo que les demandaría depender de otros. Su preocupación es constante ante las posibles caídas que les pueda perjudicar e impedir realizar sus actividades cotidianas de manera funcional y autónoma. Lo antes mencionado se ve reflejado en que las condiciones físicas de las personas de 80 y más años comienzan a presentar un deterioro en su salud y un incremento en sus niveles de dependencia (Fernández, 2019).

Además, se evidencia que las personas mayores tienen miedo a perder sus facultades mentales, por lo que temen estar expuestos a posibles déficit cognitivos que les puedan perjudicar e impedir realizar sus actividades cotidianas de manera funcional e independiente. Tal y como señalan Oñate y Gavilanes (2022), el deterioro en las funciones cognitivas genera cambios que afectan el diario vivir y la calidad de vida de las personas mayores. Lo planteado por Oñate y Gavilanes (2022), justifica el temor de las personas mayores, puesto que al presentar problemas cognitivos se verá afectada su calidad de vida. Respecto a esto, Leitón et al (2019), confirma a su vez que la disminución de las funciones ejecutivas relacionadas con la edad contribuye a la pérdida de la funcionalidad, autonomía e independencia, debido a que el rendimiento cognitivo está relacionado de manera directa con la capacidad funcional de los quehaceres de la vida diaria.

5.3 Significados y subjetividades del envejecimiento en el ámbito fonoaudiológico

A continuación, se presentan los significados y subjetividades del envejecimiento en el ámbito fonoaudiológico. Estos serán expuestos según orden de relevancia, en función de la cantidad de hallazgos obtenidos en las entrevistas, los que serán abordados desde los más mencionados a los menos señalados.

5.3.1 Audición

Según la mención de los entrevistados, esta es una de las áreas más relevantes, ya que se refieren a ella en todas las entrevistas. La mayoría de los participantes expresan cambios en su audición, incluso, algunos llegaron a las entrevistas buscando orientación sobre las molestias audiológicas que presentaban. Sin embargo, una minoría asegura conocer la existencia de las pérdidas auditivas asociadas a la edad, debido a experiencias propias o experiencias de otras personas de su edad; aún así, no tienen conocimiento del concepto de presbiacusia como tal.

Los datos recopilados en el área de la audición demuestran que un grupo menor de personas mayores asocian los problemas auditivos al proceso natural de la vejez, pero la mayoría del grupo presenta cambios en su audición, lo cual coincide con lo mencionado por Borch y Munyo (2016), respecto a la pérdida auditiva, la cual está relacionada con el envejecimiento y es la causa más frecuente de hipoacusia en personas mayores. Sin embargo, existe otro grupo de personas mayores que mantienen una postura de negación ante la pérdida auditiva, lo cual podría deberse a que esta ocurre de manera gradual, tal como establece National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD) (2016), es decir las personas no siempre se dan cuenta de que su capacidad para oír se ha reducido, lo cual podría repercutir en sus relaciones socioafectivas. Esto se presenta, de igual manera, en un grupo de personas mayores quienes consideran que los cambios en su audición repercuten en su interacción social; este hallazgo coincide con lo planteado por Álvarez et al (2019), quienes establecen que la presbiacusia puede perjudicar ámbitos como: social, cognitivo, emocional y funcional.

Los resultados en las entrevistas reflejaron que la mayoría de las personas mayores acuden a consultar por sus malestares auditivos en base a sus experiencias. Ello indicaría que, tal vez, falta acceso a la información sobre los profesionales a quienes acudir, por tanto, no consultan hasta que consideren que los problemas auditivos afectan su calidad de vida. Esto coincide con la carencia de promoción auditiva de las guías clínicas GES, específicamente, lo relativo a “Hipoacusia bilateral en persona de 65 años y más que requieren uso de audífono” (MINSAL, 2013a), la cual determina que, si la persona no se acerca a consultar a centros de salud por motivo de pérdida auditiva, debe ser pesquisada mediante EMPAM. Por consiguiente, también es posible señalar que las personas mayores consultan a los centros de salud en el área de audición, debido a que han experimentado vivencias que las orientan a asistir a los

lugares que corresponde y con los profesionales especializados, porque, generalmente, cuentan con un círculo cercano que trabaja en el área de la salud.

Un grupo de personas considera que los cambios son parte importante de su diario vivir, por lo que adaptan sus conductas sociales a su pérdida progresiva de la audición, mientras, otras personas mayores no les dan importancia, es decir, su pérdida auditiva se mantiene sin que logren adecuarse para sostener sus relaciones sociales. Esto se condice con lo que indica Álvarez et al (2019), quien sostiene que esta patología perjudica la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas en los distintos ámbitos de su vida: social, cognitivo, emocional y funcional.

5.3.2 Cognición y lenguaje

Los hallazgos identificados en las entrevistas de las personas participantes en el área de la cognición señalaron que se encuentra descendida la memoria a nivel global en relación a otras funciones cognitivas. Esto se condice con lo mencionado por Duque et al (2021), quienes consideran que la cognición involucra el funcionamiento integral de la percepción, atención, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales sufren algún grado de deterioro durante el envejecimiento. En tanto, Leitón et al (2019) señalan que las personas mayores no presentan disminución en la concentración, memoria sobre hechos, conocimientos de las palabras, memoria del pasado y procedimental.

Sin embargo, la mayoría de entrevistados(as) interpretan los cambios en su memoria como “simples olvidos”, de manera que no existe repercusión alguna en su calidad de vida. Esto último se contrapone con lo indicado por Oñate y Gavilanes (2022), quienes aseveran que el incremento del deterioro en las funciones cognitivas puede afectar el diario vivir y la calidad de vida de las personas mayores.. En este sentido, cabe interrogarse acerca del porqué las personas mayores atribuyen sus cambios en la memoria a “simples olvidos”. Esto puede deberse a que es un cambio gradual, por lo que no le atribuyen la importancia de un cambio real en su cognición al no dimensionar la alteración.

Otro factor al que hacen referencia los participantes de la investigación es a la dificultad de recordar palabras al comunicarse, lo cual repercute en su discurso; de hecho, en las entrevistas se detectó

que presentan dificultades para acceder a las palabras, lo que genera quiebres en el discurso. Este fenómeno concuerda con lo planteado por Peñaloza-Montano (2021), quien establece que durante el envejecimiento el lenguaje se ve alterado por la falta del acceso a palabras adecuadas y específicas en tiempo limitado, lo cual afecta al discurso conversacional. Sin embargo, Leitón et al (2019) consideran que el lenguaje, la comprensión, la lectura y el vocabulario se mantienen estables y señalan que no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad. Aún así,, la mayoría de los participantes son conscientes del cambio que viven en esta área y lo asumen como parte del envejecimiento.

5.3.3 Equilibrio

Existen distintas percepciones de las personas mayores respecto a la pérdida de equilibrio durante el proceso de envejecimiento. Los motivos desencadenantes a los que lo asociaron son diversos: no cuentan con información al respecto, por lo que atribuyen a los cambios que viven cotidianamente y a estrés; otros, al debilitamiento de la masa muscular; y algunos lo asocian a problemas de oído. Al respecto, García de la Torre (2021) plantea que durante el envejecimiento ocurren cambios fisiológicos en el sistema vestibular denominado presbivértigo, el cual afecta a los órganos responsables del equilibrio; esto genera en la persona mayor una continua sensación de inestabilidad, caracterizada por la presencia de dificultad para mantener el equilibrio. Lo anterior se confirma con lo mencionado por Sánchez et al (2023), quien señala que existen factores intrínsecos que están presentes en las personas mayores, entre ellos: la alteración del equilibrio, debilidad muscular, mareo/vértigo, dificultad para caminar.

Aunque las personas mayores entrevistadas, en su mayoría, no refirieron autopercepción de alteración en el equilibrio, los que sí lo hicieron fue por antecedentes médicos de Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB), o por antecedentes de Meniere. Ambas son patologías vestibulares que no calzan en la descripción de presbivértigo para personas mayores saludables, sin embargo, quienes sí refirieron alteración en el equilibrio en ausencia de patología no contaban con información al respecto y vagamente mencionaron una posible relación con el “oído medio”; y algunos mencionaron al kinesiólogo como profesional tratante.

5.3.4 Motricidad orofacial

Con relación a la motricidad orofacial, los usuarios entrevistados perciben malestar que asocian al envejecimiento, relacionado a pérdidas de piezas dentarias, las cuales generan un descontento estético y funcional. Adicionalmente, refieren que la falta de adaptación de sus prótesis dentarias influye en la elección de consistencias y alimentos. Según Rivera y Rangel (2015), la pérdida de piezas dentarias no tiene relación con la edad, sino que con el cuidado de las mismas a lo largo del curso de la vida. Por lo tanto, las subjetividades de las personas mayores en esta dimensión difieren con lo expuesto en el marco teórico expuesto, lo que es posible atribuir a la falta de información respecto del cuidado dental y del rol de los profesionales en esta área.

En cuanto al área de deglución, los y las participantes manifestaron experimentar molestias al deglutir alimentos, sin embargo, la atribuyen a algo pasajero que, pese a ser un problema que muchos refieren, no lo atienden con algún profesional, porque no repercute de forma significativa en su diario vivir. Al respecto, Barrón-Pavon et al (2020) indican que existen cambios naturales esperables en la motricidad orofacial durante el envejecimiento saludable, los cuales se enmarcan bajo el concepto de “presbifagia”, que afecta a los órganos fonoarticulatorios y al sistema estomatognático. Otros autores (Carrión et al, 2016) sostienen que esta condición repercute, principalmente, en la necesidad de modificar la alimentación de forma gradual para facilitar el proceso alimentario, permitiendo que los alimentos resulten fáciles y seguros de ingerir. Los resultados obtenidos concuerdan con lo planteado por ambos autores, pero también es posible atribuir lo señalado por los(as) entrevistados(as) a la desinformación de esta población al preferir sobrellevar sus malestares deglutorios con métodos propios, tales como tomar agua o solicitar que les den un golpe en la espalda y toser, en lugar de consultar al profesional que corresponde.

Respecto del área de habla, la mayoría de las personas mayores pareciera no tener conciencia de sus cambios en la forma de articular las palabras. Quienes sí mencionan la existencia de un cambio en dicha función expresan haber tenido educación respecto al Habla en talleres de Gerópolis o tienen una profesión relacionada a dicha área. Para el grupo mencionado anteriormente, la existencia de estos cambios no representa un problema, pues aún cuentan con habla funcional, la cual no incide en su calidad de vida. Según Bañol y Garzón (2018), el envejecimiento se relaciona con cambios funcionales y

estructurales en el habla de carácter negativo, lo que debe ser abordado por el fonoaudiólogo; este profesional da tratamiento a la hipotonía muscular y a la percepción personal y social de la persona mayor (Bañol y Garzón, 2018). En contraste con los autores, los resultados indican que no hay mayores dificultades en el habla de las personas mayores saludables entrevistadas, sin embargo, esto se debería a una disminución de la autopercepción de esta población en el área. De todos modos, cabe destacar que ninguna persona entrevistada refirió dificultades funcionales ni afectación en su calidad de vida producto de alteraciones de habla.

Es fundamental referirse a que hubo escasos hallazgos en la presente investigación en cuanto a las áreas de deglución, habla y motricidad orofacial. Las evidencias que en este apartado se abordaron se debieron a la insistencia y perseverancia de los(as) investigadores(as) para que los y las entrevistados(as) respondieran a las preguntas sobre estas áreas.

5.3.5 Voz

Los y las participantes atribuyeron los cambios en su voz a la vejez, manifestado en dificultades en la emisión de sonidos, y limitaciones en el volumen y tono vocal, lo que incide en forma negativa en sus actividades y en la forma de relacionarse con otras personas. Según Fernández et al (2013), las personas mayores presentan modificaciones en sus parámetros vocales a raíz de la presbifonía, que se evidencia mediante síntomas, como voz temblorosa, ronca, soplada y disminución de la intensidad de la voz (Retuert et al, 2017). Los hallazgos de la presente investigación, por consiguiente, concuerdan con los supuestos de los autores, dado que estos cambios en la voz se observan en la población estudiada.

Si bien un grupo de los participantes de este estudio evidenciaron conciencia de los cambios en su voz, los cuales se manifestaron como ronquera y aumento o disminución del tono, no todos los entrevistados contaban con el autoconocimiento suficiente para referir cambios. En este sentido, se coincide con lo planteado con Cobeta et al (2013), que plantean que el proceso de presbifonía es progresivo, lo que justifica la dificultad en la autopercepción de las personas mayores, pues no se evidencian cambios abruptos.

Los cambios en la voz de las personas mayores impacta en sus relaciones interpersonales y en su forma de expresarse. Dotto y Sánchez (2023) sostienen que los cambios en la voz, producto de la presbifonía, tienen un impacto en las relaciones familiares y sociales de quien las presente, puesto que repercute en la comunicación, expresión de pensamientos, sentimientos y emociones. Lo anterior concuerda con la experiencia de los participantes, debido a que algunos manifestaron que por los cambios en su voz ya no pueden realizar actividades de entretenimiento, como entonar canciones o silbar; además, algunas expresaron que les genera sensación de aislamiento al no poder hablar con la intensidad suficiente para ser escuchados en ambientes ruidosos, e incluso no poder entablar conversaciones con parientes en reuniones familiares.

5.4 Categorías emergentes relacionadas a la calidad de vida

5.4.1 Implicancias de la experiencia de envejecer en la situación socioeconómica

La situación económica que presentan las personas mayores, según los resultados del estudio, señalan que esta influye consistentemente en su calidad de vida, lo que los limita para acceder a una vida digna que incluya los siguientes factores ambientales, económicos, salud, satisfacción, actividades de ocio, sociales y culturales relacionados con el valor que le entrega cada persona, entre otros (Varela, 2016). Ello ocurre, a su vez, en distintas dimensiones que impactan en la satisfacción de necesidades, lo que depende de la situación económica de las personas, como vivienda, alimentación, salud, recreación y transporte (Hernández, 2019). Otro estudio, realizado por Leiva et al (2020), plantea que el envejecimiento saludable se ve delimitado por los marcadores sociales de la salud, es decir, si las personas se sostienen en un nivel socioeconómico bajo, su calidad en salud y esperanza de vida disminuyen (Leiva et al, 2020).

Las entrevistas señalan que existen diferencias entre los participantes, es decir, su situación económica varía, con lo cual también su calidad de vida. Algunos se mantienen con una mejor situación económica por recibir ingresos más altos que quienes dependen sólo de una pensión de vejez, producto de los trabajos a los que se dedicaron o por negocios que incrementan los montos para su mantención. Otras personas viven una situación más precaria, pues reciben una pensión contributiva de vejez que

asciende a \$268.930, monto que reciben actualmente, gracias a que fue incrementándose desde el año 2009, según MIDESO (2020). A lo anterior cabe agregar que existen similitudes en las principales fuentes de ingreso referidas por las personas mayores, las cuales son: ingresos por jubilación o pensiones asociadas al trabajo (50%), trabajo o negocio (34%), pensiones o subsidios estatales (28%) y ayuda de familiares (22%) (Hernández, 2019).

5.4.2 Implicancias del acceso y atención en salud

En cuanto al acceso a la salud, la mayoría de los participantes se atiende en el sistema público; solo algunos refieren que alguna vez pertenecieron o actualmente tienen acceso al sistema de salud privado. Al respecto, cabe destacar los hallazgos de Ortega (2018), quien comprobó que el acceso a la salud de calidad está relacionada con un indicador de vulneración de los derechos de las personas mayores. En su estudio, se constató que la población de personas mayores que accede a los servicios de salud pública en la comuna de Recoleta ha vivido en algún momento trato injusto desde el equipo médico, representando un 23%, en comparación con la población que accede al servicio de salud privada en la comuna de Las Condes, quienes representan un 12% (Ortega, 2018).

De lo anteriormente señalado, se puede plantear que una situación económica más holgada incide en una mejor atención en salud y posibilidades de acceso a distintos profesionales. En cambio, las personas con menos recursos se ven obligadas a optar por los profesionales que les ofrecen en el sistema de salud público y a las prestaciones, que si bien muchas veces son gratuitas o de bajo costo, no responden a las necesidades de forma integral. En este sentido, se concuerda con lo planteado por MINSAL (2015d), que plantea que el 80% de la población chilena está afiliada al sistema de salud público, y sólo el 38% de este grupo se encuentra satisfecho con el servicio entregado.

5.4.3 Nociones de viejismo

Entre los resultados obtenidos, las personas mayores vivencian viejismos sociales desde las dimensiones micro (familiar e intergeneracional) y macro (institucional y social). Además, se observa un arraigado viejismo personal que se internaliza debido a las influencias sociales, pues, como señala Ober (2014), la percepción de las personas mayores sobre sus procesos de envejecimiento son influenciadas por los estereotipos negativos a los que han estado expuestos a lo largo de sus vidas (Ober, 2014). Esta

imagen puede ser internalizada, es decir, las personas mayores empiezan a creerlas y a comportarse en relación a ellas (Ober, 2014). La autopercepción que tienen las personas mayores frente al envejecer y el miedo a la dependencia se expresa en el 71%, quienes preferirían no ser una carga para su familia, por lo que el significado que le atribuyen al proceso del envejecimiento implica una connotación negativa y prefieren no ser un estorbo para ellos (Pontificia Universidad Católica de Chile-Caja Los Andes, 2019).

5.4.4 Implicancias de las prácticas de autocuidado: actividades de ocio

Para los participantes entrevistados, las actividades de ocio forman parte fundamental de su desarrollo y relación con otras personas, con lo que mejoran su calidad de vida notoriamente. En este sentido, se concuerda con Rubio et al (2015) para quienes la participación de las personas mayores como miembros activos de la comunidad logra un envejecimiento inmerso en la sociedad, dado que les permite la transmisión de sus experiencias a las generaciones más jóvenes, quienes comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Por lo tanto, las personas mayores entrevistadas promueven su autocuidado participando en la comunidad y desarrollando actividades de ocio, como lo señalan los autores.

Otro factor que resulta relevante para las personas mayores es formar parte de talleres de estimulación cognitiva donde se sienten reconocidos y respetados, así como parte de un grupo homogéneo con respecto a edad e intereses. Tal como señala Bazo (1990) y Catunda (2008 citados por Robledo y Orejuela, 2020), las interacciones sociales se reflejan en el agrupamiento por edades, y la consecuente formación de una subcultura o minoría independiente. Esto permite que las personas en esta etapa desarrollen una cultura propia, con normas, valores, patrones de conducta, creencias, intereses comunes y comportamiento específicos por encima de estatus distintivos relacionados con género, raza y clase social. Esto es congruente con los hallazgos de la presente investigación, puesto que para las personas mayores es necesario formar parte de grupos uniformes con las características que ellos consideran fundamentales como prácticas de autocuidado.

5.4.5 Implicancias de las prácticas de autocuidado en lo social y económico

Respecto a la categoría emergente de prácticas de autocuidado, destaca la preparación que tuvieron algunas personas frente a su envejecimiento. Algunos se prepararon socialmente para tener mejores redes de apoyo en la vejez, lo cual les resultó beneficioso, lo que coincide con lo expuesto por Caro (2019), para quien las relaciones afectivas, los vínculos familiares y sociales son esenciales para una mejor calidad de vida de las personas mayores. Las implicancias relacionadas a los recursos económicos percibidos por las personas mayores se asocian consistentemente con el acceso a distintas plataformas digitales, como el celular e internet, lo cual es un facilitador para aumentar la sociabilidad y prevenir el aislamiento y soledad (Pontificia Universidad Católica de Chile-Caja Los Andes, 2019). Otro grupo de personas mayores programaron su vida económicamente para poder solventar gastos médicos y de ocio durante su envejecimiento sin mayores inconvenientes. Por este motivo, es que algunas personas mayores no necesitan trabajar o no les interesa (Hernández, 2019).

5.4.6 Implicancias de las prácticas de autocuidado en la salud

Algunos participantes de este estudio practicaron autocuidado físico durante todos sus años de juventud, mediante actividades deportivas, con miras a sobrellevar de mejor manera el proceso de envejecimiento y continúan en constante movimiento junto a una alimentación saludable. Tal resultado concuerda por lo sostenido por Fernández (2019), quien afirma que la falta de actividad física genera deterioro físico, comprometiendo el estado de salud de la persona mayor e incrementando sus niveles de dependencia (Fernández, 2019). El bienestar depende primeramente de las condiciones de salud con que se envejece, es decir, quienes perciben un menor bienestar se encuentran en una descendida condición de salud, asociada a un mayor grado de dependencia funcional y a una baja percepción de autonomía (Pontificia Universidad Católica de Chile-Caja Los Andes, 2019).

Además de lo anteriormente señalado, existen participantes que cuidan de su condición cognitiva nutriéndose de personas o actividades que les aporten en esta área, con lo cual despejan su mente de la rutina. Estas personas procuran transitar por un envejecimiento saludable, practicando cuidados cognitivos con el propósito de mantener las capacidades mentales, tales como: la autonomía, el autoestima y la interacción del individuo con su entorno (Peñaloza-Montaño, 2021).

5.4.7 Consecuencias de la desinformación respecto a ámbitos fonoaudiológicos en personas mayores

El acceso a la información fue otra de las categorías emergentes del estudio, pues al momento de presentar condiciones de salud que requerían atención desde la especialidad fonoaudiológica, se constató que las personas mayores manejaban escasos conocimientos sobre las áreas que estos profesionales están preparados para atenderlos. Por este motivo, las personas mayores no los consultan, buscando otros medios paliativos o practicando la automedicación. En cuanto al reconocimiento de la Fonoaudiología en la Guía Clínica “Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífonos”, se especifica que la labor del profesional de la Fonoaudiología se enfoca en el control anual de la persona mayor con uso de audífonos (MINSAL, 2013a). Sin embargo, la información proporcionada en dicha Guía resulta insuficiente sobre el rol de la Fonoaudiología, la promoción de esta misma y de otras para que las personas mayores puedan acceder a la atención por estos especialistas.

5.4.8 Relevancia de las redes de apoyo

En cuanto a la calidad de vida relacionado al estado emocional, las redes de apoyo se posicionaron como un factor fundamental para mitigar y sobrellevar la sensación de soledad a las que se exponen diariamente, considerando que las relaciones afectivas, los vínculos familiares y sociales son esenciales para la calidad de vida de las personas mayores (Caro, 2019). Además, consideran el beneficio que les brinda el compartir y sentirse acompañados, mejorando su motivación y participación en distintas actividades, ya que, las relaciones familiares y sociales saludables pueden representar no sólo apoyo, sino también afecto y seguridad socioemocional, contribuyendo a una mejor autoestima en los individuos (Caro, 2019).

Además, Fusté et al (2018), señala que existen estudios que reflejan la importancia de las redes de apoyo para las personas mayores, ya que les ayudan a disminuir la morbilidad y la mortalidad, debido a que son un aporte que les contribuyen a mantener estilos de vida saludables y a disminuir el estrés con sus consecuencias asociadas.

5.5 Cierre de discusión

En resumen, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, las personas mayores se auto perciben como saludables, ya que los malestares o cambios que presentan no les generan ningún impedimento en su vida diaria y lo consideran como un proceso natural, inevitable y gradual que se vive de mejor manera cuando cuentan con redes de apoyo y prácticas de autocuidado. Se destaca la preocupación de ellos para seguir activos física, social y cognitivamente aprovechando su tiempo de libertad para dedicarlo a actividades de su interés. A pesar de la merma económica que un grupo presenta por jubilaciones insuficientes para solventar su diario vivir, existe otro grupo que no tiene dichos inconvenientes por una adecuada preparación de ahorros o por mejores oportunidades laborales en su juventud, a pesar de esta brecha económica ambos grupos tienen un objetivo en común e intereses similares que los unen y los motivan a participar en los talleres que imparte GERÓPOLIS donde incrementen sus habilidades cognitivas. Sin embargo, referente a su condición socioeconómica, no todos pueden acceder a la misma calidad en salud, lo cual se ve reflejado en las consultas y accesos a tratamientos de sus dolencias.

En cuanto a la soledad, esta dimensión cobra relevancia en el impacto que esta genera en la salud mental, puesto que la gran mayoría de los participantes manifiesta miedo ante la misma. Quienes habitan esta dimensión son vulnerables a deterioros cognitivos por la falta de interacción social.

Cabe destacar, como hallazgo principal, la carencia de conocimientos por parte de las personas mayores respecto al quehacer fonoaudiológico. A raíz de esta falta de información, esta población no logra dimensionar los cambios en el envejecimiento que se relacionan a esta disciplina, por lo tanto, no consulta ni les motiva averiguar respecto a sus cambios fisiológicos.

Luego del análisis de todas las categorías y de la revisión de información sobre programas ministeriales y guías clínicas GES, se ha evidenciado que la cantidad de información disponible, es proporcional a lo declarado por las personas mayores. A mayor cantidad de información, guías clínicas GES y programas ministeriales, más personas mayores notan sus cambios y acuden a los profesionales competentes para abordarlos.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

En el presente apartado, se exponen las conclusiones de la presente investigación cuyo objetivo general fue “Analizar los significados que otorgan las personas mayores saludables, a sus procesos naturales de envejecimiento, en relación a la perspectiva fonoaudiológica”. Para ello, se propusieron tres objetivos específicos: “Describir los significados e implicancias integrales que generan la experiencia de envejecer en las personas mayores”, “Describir los significados atribuidos al ámbito fonoaudiológico que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables”, y “Caracterizar las implicancias integrales atribuidas al ámbito fonoaudiológico que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables”. De esta forma, se buscó responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los significados que otorgan las personas mayores a sus procesos naturales de envejecimiento en áreas de la fonoaudiología?

Con relación al objetivo general del estudio, se logró analizar los significados y subjetividades de las personas mayores de Valparaíso en relación a las áreas fonoaudiológicas, llegando a la conclusión de que gran parte de la población entrevistada no percibe cambios relacionados directamente con las funciones de las áreas de la Fonoaudiología, sino que los cambios que refieren son los relacionados con debilidad, deterioro musculoesquelético y visual. Las funciones de las áreas fonoaudiológicas que las personas mayores manifiestan relevantes son las que generan un cambio significativo dentro del proceso de envejecimiento, tales como Audición y Cognición. Las áreas restantes, como Equilibrio, Motricidad Orofacial y Voz no son mencionadas por los participantes en un primer momento y, para obtener sus percepciones al respecto, se requirieron preguntas directamente sobre estas áreas.

En base a los resultados de este estudio, respecto al primer objetivo de la investigación, se logró describir los significados e implicancias integrales que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables, evidenciando que ellas vivencian cambios significativos, los cuales son percibidos como parte de un proceso paulatino y natural al cual todas las personas llegan en su vida. Además, se constató que las personas mayores manifiestan una mirada positiva sobre su proceso de envejecimiento, con nuevos sentimientos de libertad, el cual se comprende como un periodo que viven de forma autónoma y sin dependencia funcional. También, se observaron percepciones que afectan negativamente a las

personas mayores, tanto en la dimensión física, como en la vivencia de diversos miedos asociados a posibles enfermedades cognitivas y caídas que puedan presentar limitando su funcionalidad.

Respecto a las categorías emergentes que se encontraron durante la recolección de datos, se comprobó que existen implicancias en tres áreas durante el envejecimiento, enfocadas en la situación socioeconómica, la salud, así como la relevancia de las redes de apoyo. Asimismo, se evidenció que las personas mayores realizan prácticas de autocuidado en los ámbitos socioeconómicos, salud y actividades de ocio, generando redes de apoyo. Adicionalmente, emerge que las personas mayores manejan información limitada respecto al ámbito fonoaudiológico en el envejecimiento. Otro aspecto señalado por los entrevistados es que en algún momento de su vida han vivenciado situaciones “viejistas” desde distintos contextos.

Respondiendo al segundo objetivo de la investigación, en cuanto a los significados atribuidos al ámbito fonoaudiológico, se evidencia que existen áreas de la fonoaudiología que están más presentes para las personas mayores y que tuvieron mayores implicancias, estos aspectos fueron los relacionados con: las áreas de audición, cognición y equilibrio. En el área de audición, las personas mayores perciben una disminución en la misma, sin embargo, no resulta ser un impedimento para su diario vivir, y consideran que cuando esto les imposibilite sus situaciones comunicacionales, atenderán esta necesidad. Con relación a la cognición, la función de la memoria es el hallazgo más notorio referido por los entrevistados y que les afecta en ciertos aspectos, considerados como episodios de olvido esporádicos, pero que no repercuten negativamente en sus actividades cotidianas o su independencia; en el área del equilibrio presentan cambios que se relacionan con la vejez, pero no los vinculan a ningún área de la fonoaudiología, sino más bien a síntomas de mareos o vértigos.

En menor medida, existen otras áreas de la Fonoaudiología mencionadas con menor implicancia, como motricidad y voz, por lo que los entrevistados no le atribuyen mayor importancia a estas dimensiones. En la dimensión de la motricidad orofacial, desconocen padecer alguna alteración en su proceso deglutorio y se desentienden de la relevancia de la afectación, utilizando estrategias adquiridas por la experiencia personal para evitar episodios de atoros. De la misma forma, las personas que manifiestan alteraciones en su masticación realizan adecuaciones, como preferir texturas más blandas en

sus alimentos. En el caso del uso de prótesis dental, luego de la profundización en las preguntas realizadas, los participantes no vinculan este cambio a una necesidad funcional, sino más bien estética. Respecto al área de la voz, algunos participantes, que contaban con conocimientos debido a su profesión, saben sobre esta área o de los cuidados que deben tener, por lo que presentan una calidad vocal adecuada y se autoperciben con una voz saludable.

Las implicancias integrales atribuidas al ámbito fonoaudiológico que genera la experiencia de envejecer en las personas mayores saludables, se refleja que los participantes se resignan a los cambios que presentan durante esta etapa, porque lo atribuyen a algo propio de la vejez, debido a experiencias en la atención de salud, que los han llevado a comprender como algo que deben asumir. Por lo tanto, no surge la necesidad de consultar sobre sus cambios, ya que, desconocen que pueden mejorar o mantener sus funciones y tampoco tienen información sobre qué profesional es el más idóneo para abordar los cambios que presentan vinculados a las áreas fonoaudiológicas.

Las consecuencias de estos cambios en las áreas fonoaudiológicas, no reflejan un impedimento para las personas mayores, por lo que, no les significa algo negativo ni repercute en sus rutinas diarias. Por el contrario, son personas activas y funcionales, con implicancias en las áreas fonoaudiológicas más bien conservadas y en el caso de aquellos entrevistados que sí tenían afectaciones, tampoco consideraban acudir a un profesional de la Fonoaudiología, debido a motivos como el desconocimiento del rol de los profesionales de esta disciplina, el vínculo existente en el envejecimiento y las áreas fonoaudiológicas o la falta de información respecto al abordaje integral de la Fonoaudiología y sus distintos enfoques.

Durante el desarrollo de la investigación, se presentaron tres limitaciones a los que cabe aludir. Una de ellas la constituyó la falta de experiencia de los(as) investigadores(as) para la aplicación de entrevistas a personas mayores; sin embargo, durante el proceso, fue posible transitar por entrenamiento, tutoría y apoyo, lo cual generó mayor confianza para lograr las respuestas de los(as) entrevistados(as). Otra de las limitaciones se ubicó en la logística para llevar a cabo las entrevistas, pues la alfabetización digital de las personas mayores entrevistadas era escasa, generando una barrera tecnológica. Otro factor limitante en el transcurso de la investigación y selección de participantes fue la obligatoriedad de realizar el test Índice de Barthel a una población de personas mayores saludables; lo anterior enlenteció el proceso

para el inicio de las entrevistas a profundidad y, por ende, la posterior recolección de datos para la investigación.

En cuanto a las proyecciones particulares del estudio, a partir de la observación de las subjetividades y los significados de las personas mayores de Valparaíso respecto a las áreas de la fonoaudiología, se concluye que existe un desconocimiento en cuanto a los procesos que se vivencian en el envejecimiento saludable. Debido a lo anterior, nace la necesidad de integrar al profesional de la Fonoaudiología, en torno a la prevención y promoción de los procesos del envejecimiento de esta población, pues va en aumento y se requiere una mayor cobertura en el sistema de salud. Es indispensable que exista un reconocimiento del rol de la Fonoaudiología en este sistema, debido a la inminente demanda que se requerirá para el abordaje terapéutico de manera integral, lo que en consecuencia generará cambios en el campo laboral de estos profesionales.

Las proyecciones globales de este estudio se enfocan en realizar una revisión de las políticas públicas, para evidenciar el vacío respecto de la información dispuesta por los organismos ministeriales. La escasa cantidad de programas que protegen la salud del adulto mayor evidencia que es necesario trabajar por un envejecimiento saludable. Existen programas, como el “Más adultos mayores autovalentes” o “Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor”, que si bien están enfocados en mejorar la calidad de vida y el cuidado, son insuficientes para los requerimientos integrales de cada persona mayor. Dado lo anterior, se manifiesta la necesidad de desarrollar políticas públicas que promuevan el trabajo fonoaudiológico en estos espacios con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las personas a nivel país, considerando el aumento de la población de personas mayores a nivel nacional.

Para concluir, el estudio visibiliza la necesidad de posicionar la disciplina fonoaudiológica y sus áreas vinculadas al envejecimiento de las personas mayores, abriendo la posibilidad de realizar una mayor cantidad de espacios de estimulación, aprendizaje y promoción sobre el envejecimiento saludable. De esta manera, será posible crear un ambiente de mayor protección para dicha población y el reconocimiento de este profesional. Además, esta investigación aporta las bases desde la perspectiva de las personas mayores sobre sus procesos de envejecimiento, en un contexto en donde la Región de Valparaíso es la segunda con mayor densidad de población de personas mayores, por lo que la presencia de la fonoaudiología y las

políticas públicas se vuelven fundamentales y una real necesidad para mantener y mejorar de manera integral la calidad de vida de las personas mayores.

REFERENCIAS

- Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, Y., T., García, D., Valdéz, I. y Artola, C. (2019). Rehabilitación protésica oportuna de la presbiacusia.
- Amador, J. C. (2013). Aprendizaje transmedia en la era de la convergencia cultural interactiva. *Educación y Ciudad*, (25), 11–24. <https://doi.org/10.36737/01230425.v.n25.2013.50>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2020). *Los mareos y el equilibrio: Los mareos y el equilibrio*, ASHA. <https://www.asha.org/siteassets/ais/los-mareos-y-el-equilibrio.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2023a). *Acerca de la Asociación Estadounidense del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA)*. <https://www.asha.org/about/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2023b). *¿Qué es el Lenguaje? ¿Qué es el Habla?* <https://www.asha.org/public/speech/spanish/que-es-el-lenguaje/>
- Aparicio, M. y Martínez Navarro, E. (2015)): “Accesibilidad universal: sentido normativo e implicaciones en la educación y la práctica profesional”. *Revista Española de Discapacidad*, 5(I), 25-41.
- Bartolomé, M. (2015). La Audiología del siglo XXI es una ciencia multidisciplinar. *Auditio*. 4(1), 1-2.
- Barrón-Pavón, V., Artiaga, C., Higuera, V., Rodríguez-Fernández, A., García-Flores, V., Sanhueza-Garrido, M., y González-Stager, A. (2020). Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 47(4), 580-587.

- Bañol, D y Garzón, M. (2018) *Características de los procesos de habla y voz de los adultos mayores que asisten a un grupo de la tercera edad en la ciudad de Santiago de Cali* [Trabajo de grado para optar al Título de Fonoaudiólogo, Universidad del Valle]. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/16818/CB-0577942.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Benavente-Cuesta, M. y Quevedo-Aguado, M. (2019). Autopercepción de Salud, Calidad de vida y Bienestar Psicológico en una muestra de mayores. *Revista española de comunicación en salud*, 10(1), 21-29. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.3993>.
- Binetti, A. (2015). Fisiología vestibular. *Revista Faso*. 22(1), 14-21.
- Bonvillani, A. (2023). Hacia una comprensión psicosocial de la configuración de las subjetividades. *Quaderns de Psicologia*, 25(1), 11.
- Borbón, N., Cruz, R., y Castro, A. (2015). Envejecimiento patológico como condicionante de la dependencia funcional en adultos mayores. *Revista de Ciencias del Ejercicio FOD*, 10(10), 36-63.
- Borche, A. y Munyo, G. (2016). Presbiacusia. *Revista CASMU*, 18-20.
- Calderón, C. (2019). Capítulo 22 Investigación cualitativa. En Zurro, A., Gené, J y Cano, J. (Eds.), *Compendio de atención primaria conceptos, organización y práctica clínica en medicina de familia* (234-247). Elsevier España.
- Carreño, L. (2018). *Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS); la teoría frente a la práctica* [Trabajo final II para optar al título de Especialista en Administración en Salud Pública, Universidad de Colombia]. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://medicina.bogota.unal.edu.co/component/phocadownload/category/65-repositorio-estudiantes%3Fdownload%3D1227:2018->

[carreno-](#)

[patino&ved=2ahUKEwjB4J6q0ZH_AhXNK7kGHQDDABUQFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw2Wr2FPAwCMX3cyGkjNTNVs](#)

Caro, S. (2019). Relaciones familiares y sociabilidad. (2019). En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (60).

Carrión, S., Roca, M., Costa, A., Arreola, V., Ortega, O., Palomera, E., Serra - Prat, M., Cabré, M. & Clavé, P. (2016). Nutritional status of older patients with oropharyngeal dysphagia in a chronic versus an acute clinical situation. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1110-1116.

Castillo, E., y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.

Cerquera, A., y Quintero, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (45), 173-180.

Cobeta, I y Vaca, M. (2013). Presbifonía. En Cobeta, I., Núñez, F. & Fernández, S (Ed.), *Patología de la voz* (305-312). Medica Books.

Cuesta, S. (2018). ¿El viejismo representa realmente a los adultos mayores?: un estudio a través del Rorschach. [Trabajo de integración final, Licenciatura en Psicología, Universidad Austral]. <https://riu.austral.edu.ar/handle/123456789/729>.

Díaz, Á., González, F. y Arias Cardona, A.M. (2017). Pensar el método en los procesos de investigación en subjetividad. *Revista CES Psicología*, 10(1), 129-145. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.8>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

- Dirección servicio de salud metropolitano oriente. (2015). Síndrome Vertiginoso. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.saludoriente.cl/websaludoriente/wp-content/uploads/2017/01/SSMO-DECOR-vertigo-FINAL.pdf&ved=2ahUKEwiWjOKC1JH_AhU2LbkGHbwuCt8QFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw0rwC1epiRi2jPVTRbZTJ31
- Dosal, R. (2013). *Producción de la voz y el habla: la fonación* [Trabajo fin de grado, Escuela Universitaria de Enfermería]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5583/DosalGonzalezR.pdf>
- Dotto, G. y Sánchez, B. (2023). *Presbiacusia y Presbifonía*. Colegio de fonoaudiólogos. <https://www.colfono.org.ar/articulos/51/presbiacusia-y-presbifonia>
- Duque, P., Ramírez, D. y Trujillo, O. (2022). Efectividad de un programa de estimulación cognitivas en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores: estimulación cognitiva en adultos mayores. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 22(1), 99-108. <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>
- Esmeraldas, E., Falcones, M., Vásquez, M y Solórzano, J. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*, 3(1), 58-74.
- Fernández, H., Monardes, H., Díaz, C., Fuentes, F. y Padilla, P. (2017). El «viejismo» como problemática social en geriatría: a propósito de la medición del viejoismo en estudiantes de odontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 102-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.08.003>
- Fernández, M. (2019). Desafíos y oportunidades a la luz de la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes. En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus*

mayores: *Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (120).

Figueroa, A., Iturra, R., Matus, C y Muñoz, F. (2015). *Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138217/Figueroa%20Iturra%20Matus%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Flick, U. (2007). *El diseño de Investigación Cualitativa*.

Fusté, M., Pérez, M. y Paz, L. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Revista Propósitos y representaciones*, 7(1), 201-229. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Gajardo, J., Moreno, X., Fuentes-García, A., Moraga, C., Briceño, C y Cifuentes, D. (2020). Percepción usuaria de beneficios en salud del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el Servicio de Salud Metropolitana Norte. *Revista Médica de Chile*, 148, 304-310.

García de la Torre, E. (2021). Presbivértigo y caída en el anciano. *Seminario médico*, 63(1), 201-207.

Gómez, J. (2016). La comunicación. *Salus*, 20(3), 5-6.

González, C. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49(4), 448-458.

Goñi, F y Pizzi, M. (2013). Accesibilidad universal y movilidad en Valparaíso: Estudio de barreras y evaluación de la accesibilidad en los ascensores pertenecientes al área patrimonial.

- Gutiérrez, J. e Ibarra. B. (2018). “Viejismo” en la tercera edad y su relación con el autocuidado de la salud física. [Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile]
- Guzmán, D., Rimassa, C., Castañón, G. y Flores, C. (2018). Motricidad orofacial en disfunciones temporomandibulares: enfoque integrador en la intervención interdisciplinaria. *Revista CEFAC*, 20(3), 265-270.
- Hernández, L (2019). Situación económica y laboral. (2019). En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (78).
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGrawHill y Interamericana editores, S.A.
- Herrera, S (2019). Vulnerabilidad en la vejez. (2019). En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (116).
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Revista Ene*, 10(2).
- Leitón, Z., Fajardo-Ramos, E., López-González, A., Martínez-Villanueva, R. y Villanueva-Benites, M. (2019). Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 124-139. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.618.97>
- Leiva, A., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Santiguinetti, M., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X. y Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(6), 799-809. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>.

- López – Hernández, D., Orozco – Campos, N., Riva, I. y Blanco – Cornejo, M. (2019). Necesidad de políticas de salud pública en población adulta mayor: indicadores de envejecimiento en un Instituto de Seguridad Social en México. *Gaceta Médica de México*, 155(1), 10-15.
- Mahoney F. y Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14. 56-61.
- Manes, R., Carballo, B., Cejas, R., Machado, E., Prins, S., Savino, D y Wood, S. (2016). Vejececes desiguales. Un análisis desde el enfoque de derechos de las personas mayores. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (83).
- Manrique, M. y Marco, J. (2014). *Audiología*. CYAN Proyectos Editoriales.
- Márquez-Terraza, A. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2), 2-15.
- Mendoza-Núñez, V., Vivaldo-Martínez Z, M. y Martínez-Maldonado, M. (2018) Modelo. comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 56(1), 110-119.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Adultos Mayores: Presentación de resultados CASEN 2017*. Subsecretaría de Evaluación Social.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). *Personas mayores, envejecimiento y cuidados: Presentación de resultados CASEN 2020*. Subsecretaría de Evaluación Social.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). *Encuesta Casen en Pandemia 2020*. Subsecretaría de Evaluación Social.
- Ministerio de Salud. (2012). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa de salud del adulto mayor, Servicio de Salud O'Higgins, Chile.

- Ministerio de Salud. (2013a). Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que Requieren uso de Audífono.
- Ministerio de Salud. (2013b). Ataque Cerebrovascular Isquémico del adulto (15 años y más).
- Ministerio de Salud. (2015a). Salud Oral Integral para adultos mayores de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radicales.
- Ministerio de Salud. (2015b). Manual de prevención de caídas del adulto mayor.
- Ministerio de Salud. (2015c). Orientación técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Ministerio de Salud (2015d). Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma.
- Ministerio de Salud. (2016). Enfermedad de Parkinson Tratamiento No Farmacológico de Rehabilitación
- Ministerio de Salud. (2017a). Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en Mayores de 65 años y más. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/neumonia-adquirida-en-la-comunidad-de-manejo-ambulatorio-en-mayores-de-65-anos-y-mas/recomendaciones/>
- Ministerio de Salud. (2017b). Vicios de Refracción en personas de 65 años y más. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/vicios-de-refraccion-en-personas-de-65-anos-y-mas/recomendaciones/>
- Ministerio de Salud. (2017c). *Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI)*. División de Planificación Sanitaria. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>

- Ministerio de Salud. (2018). Salud Oral Integral: Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Mayores con Ministerio de Salud. Parcial o Total. <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/salud-oral-integral-para-adultos-de-60-anos/recomendaciones/>
- Ministerio de Salud. (2019). Endoprótesis Total de Cadera, en personas de 65 años y más, con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa. <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/endoprotesis-total-de-cadera-en-personas-de-65-anos-y-mas-con-artrosis-de-cadera-con-limitacion-funcional-severa/recomendaciones-grade/>
- Ministerio de Salud. (2021). *Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2023*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
- Ministerio de Salud. (2022a). Guías de Práctica clínica - AUGE 87. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/>
- Ministerio de Salud. (2022b). Chile Atiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges>
- Ministerio de Salud. (2022c). Guía de Práctica Clínica Demencia Tipo Alzheimer. <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/resumen-ejecutivo/>
- Montoya, N. (2017). *Roles, funciones y escenarios en los que se desempeña el fonoaudiólogo en su quehacer profesional con la población adulta mayor*. <https://repositorio.iberu.edu.co/entities/publication/f51aa44b-ddf4-4b80-b656-c17f83c81942>
- Moya, M., Marquardt, K., Arellano, C., Contreras, C., González, C., Contreras, C. y González, C. (2019). Efectos de la prótesis dental en la función masticatoria de adultos mayores. *Journal of Health and Medical Sciences*, 5(1), 41-50.

- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2016). Pérdida de audición relacionada con la edad. (97).
- Ober, J. (2014). Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610–614. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la organización mundial de la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre: El Envejecimiento y la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
- Organización mundial de la salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo: resumen*.
- Ortega, G. (2018). Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: una ruta de la desigualdad persistente. *Revista Sophia Austral*, (22), 223-246. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052018000200223>
- Olivares, C y Tobar, R. (2 de octubre, 2018). *La fonoaudiología al servicio de los adultos mayores*. Diario Uchile. <https://radio.uchile.cl/2018/10/02/la-fonoaudiologia-al-servicio-de-los-adultos-mayores/>
- Oñate-Núñez, J. y Gavilanes-Manzano, F. (2022). Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. *Ciencia latina Revista Multidisciplinar*, 6(6). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4097
- Pérez, D. (2022). Diseño y Validación Facial de las Actividades Cognitivas Para la Población Adulta Mayor que se Requieren Como Insumo Para un Programa de Salud Comunicativa a Través de un Recurso Educativo Digital - PROSCAM: Fase 2. [Trabajo de grado para optar al título de fonoaudiología, Universidad de Santander].
- Peñaloza, R., Coronel, G. y Parra, N. (2020). Intervención del lenguaje en el adulto mayor con envejecimiento. *Revista Científica Signos Fónicos*, 7(1), 1-30.

- Prieto, P. y del Campo, M. (2021). Perfil de usuarios que reciben atención fonoaudiológica en un servicio hospitalario de medicina física y rehabilitación. *Revista CEFAC*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212340721>.
- Ramos, G. (2013). Antropología de la vejez en el Perú: Un vacío etnográfico. *Anthropia*, (11), 104-112.
- Razo, A.M., Díaz, R. y Chávez, L. (2016). Calidad de la atención y calidad de vida: Atención gerontológica centrada en las personas. *Revista CONAMED*, 21(4), 197–201. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con164g.pdf>.
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1), 11-22.
- Rivera, E. y Rangel, H. (2015). Caracterización en motricidad orofacial de una población adulto mayor con el “protocolo mbgr”. *Revista Signos Fónicos*, 1(1).
- Robledo, C. y Orejuela, J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102.
- Rodríguez, D. (2011). Vejez y envejecimiento: Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. (12), 42.
- Rubarth, A. (2021). Estudio descriptivo acerca de la presencia de factores de riesgo y grado de la pérdida auditiva en pacientes con presbiacusia que concurrieron a un instituto médico privado en la ciudad de Rosario durante el período Julio 2020 – Abril 2021.
- Rubio, O., Rivera, L., Borges, L. y Gonzalez, C. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*, (61), 1-7.

- Salazar-Martínez, R. (2023). Funcionalidad comunicativa: uso del concepto dentro del proceso de envejecimiento. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 170-196.
- Sánchez, D., Morales, P., Pico, E. y Urquiza, L. (2023). Realidad virtual en la rehabilitación en el adulto mayor con alteración del equilibrio en el Cantón Pelileo provincia de Tungurahua. *Domino de las Ciencias*, 9(3), 1032-1048. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3484>.
- Sánchez, I (2019). Presentación. (2019). En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (5).
- Santelices, P (2019). Calidad de vida y bienestar general. (2019). En Universidad Católica de Chile y Caja los Andes (Ed.), *Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes* (26).
- Sarabia, C. y Castaneda, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12.
- Soto, S., Contreras, K., Vergara, C. y Silva, Á. (2022). Efectos de un programa de rehabilitación remota en atención primaria en salud, posterior al alta hospitalaria por COVID-19: estudio observacional. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 38(3), 176-183
- Suárez y Suárez. (2016). El síndrome vestibular en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes* 27(6), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.10.002>
- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
- Torrecilla - Venegas, R. y Castro - Gutiérrez, I. (2020). Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. *16 de abril*, 59(278), 1-6.

- Torrente, M. y Leiva, A. (2018). Evaluación de procesamiento auditivo y percepción sonora en sujetos con presbiacusia. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 78(4), 363-368.
- Universidad Católica de Chile - Caja los Andes. (2019). Chile y sus mayores: Presentación de Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019 UC-Caja Los Andes.
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vargas-Santillán, M. L., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M. L., Ruelas-González, M. G., Melguizo-Herrera, E. y Ruiz-Martínez, A. O. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2), 171-182.
- Weisz, C. B. (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. *CES Psicología*, 10(1), 99 -108. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.7>

Anexo 1

ANEXO 1 FICHA DE INFORMACIÓN PERSONAL

DATOS PERSONALES

Nombre completo:	
RUT:	Sexo-Género:
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	

DATOS DE CONTACTO

Teléfonos de contacto:
Persona a contactar en caso de urgencia:
Teléfono del contacto de urgencia:

REGISTRO DE ENFERMEDADES ACTUALES DECLARADAS

Problemas Cardiovasculares
Problemas Metabólicos
Problemas Gastrointestinales
Patologías Crónicas Respiratorias
Otras

REGISTRO DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA EN SALUD

Padece algún tipo de cáncer actualmente y está en tratamiento (describir)
Presenta algún trastorno depresivo diagnosticado y en tratamiento (describir)
Presenta dificultades comunicativas tras ACV (describir)
Presenta dificultades comunicativas por problemas de audición (describir)
Resultados de MINIMENTAL
Resultados de ÍNDICE DE BARTHEL

CONCLUSIONES

--

Investigadora Responsable:
Alondra Esmeralda Castillo Delgado
Fonoaudióloga de la Universidad de Chile
Rut 13.343.346-5

Anexo 2

MMSE MODIFICADO

MMSE m

Fecha: __/__/__

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración.

Ítem	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más.				
Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				

1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas.

NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS ()

Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento).

NUMERO DE REPETICIONES ()

¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuente 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

Ítem	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				

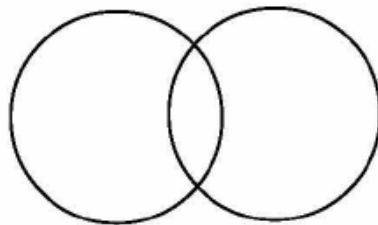
«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés.

El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9

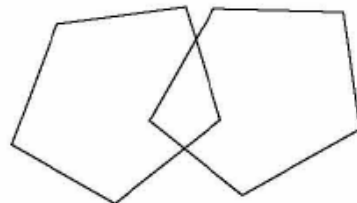
(dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).

14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	si	no	n/s	respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entregue el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Item	si	no	n/s	respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
Correcto 1



Incorrecto 0
Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE / _/_/_/

Anexo 3

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse		
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 4

Guión de entrevista semi-estructurada:

Contextualización para los participantes:

Buenos días/tardes, soy _____ estudiante de fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso y el día de hoy, seré su entrevistador/a. Contamos con la participación de mi compañerx _____ que estará de apoyo tomando notas sin involucrarse en el proceso. Esta entrevista es parte del estudio que estamos realizando sobre los significados que le da usted a su propio proceso de envejecimiento.

Esta entrevista tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos aproximadamente, durante esta puede solicitar descansos si lo necesita, al igual que pausas para ir al baño si lo requiere. Si la entrevista se extiende más, podemos acordar una nueva cita para continuar con la misma.

La entrevista estará enfocada en escucharle a usted, sobre sus propias vivencias así que siéntase en total confianza de explicar y profundizar en sus respuestas. No preguntaremos sobre contenidos ni conocimientos, así que no es necesario que se preocupe de eso.

¿Tiene alguna consulta?

*Es pertinente aclarar que, como estudiantes de pregrado, no podemos realizar indicaciones médicas, ni entregar consejos de salud. Sin embargo, finalizado el proceso pueden hacer las preguntas que necesiten y que pueden contar con la asesoría de la profesora responsable de la investigación

Vamos a comenzar.

Preguntas generales:

1. ¿Cómo ha vivido usted su proceso de ir envejeciendo?
 - 1.A. Describir qué es envejecer
2. ¿Usted ha notado cambios a partir de ir envejeciendo?
 - 2.A. ¿Cuáles son estos cambios?
3. ¿Ha notado cambios en su cuerpo a partir de ir envejeciendo?
4. ¿Me podría describir algunos de esos cambios que usted ha vivido?
5. ¿Cómo se ha sentido a partir de estos cambios?
 - 4.A. ¿Por qué?
 - 4.B. ¿Que ha hecho para sentirse bien?
 - 4.C. ¿Que ha hecho para sentirse mejor respecto a estos cambios?

Si no se menciona antes, preguntar específicamente por las siguientes dimensiones

6. ¿Cómo le han hecho sentir estos cambios durante el envejecimiento emocionalmente?
7. ¿Cómo le han hecho sentir estos cambios durante el envejecimiento a nivel físico?
8. ¿Cómo le han hecho sentir estos cambios durante el envejecimiento en relación con otras personas?
9. ¿Hay algún otro cambio que usted haya notado en esta etapa de su vida?

Preguntas de Fonoaudiología: Vamos a partir primero por: La que que no hayan profundizado las personas

Bueno, a continuación hablaremos sobre el envejecimiento en las funciones relacionadas a la Fonoaudiología, parte importante en nuestra investigación, ya que somos estudiantes de esta disciplina.

AUDICIÓN:

1. ¿Durante los últimos años, usted ha presentado cambios en su audición?
2. ¿Podría describir estos cambios?
 - 2.A. Dar ejemplos:
 - Escucha más bajo
 - Escucha algún ruido
 - Le molestan los sonidos muy altos
3. ¿Alguna vez ha evaluado su audición?
 - 3.A. ¿Por qué?
4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?
 - 4.A. ¿Me puede dar ejemplos donde yo pueda entender estos cambios?
 - 4.B. ¿Por qué?
5. ¿Le parece que estos cambios han afectado su calidad de vida?
 - 5.A. ¿de qué forma?
 - 5.B. ¿me podría dar ejemplos?
6. ¿Estos cambios le han generado algún problema para comunicarse en su vida diaria?
 - 6.A. ¿Cuáles?
 - 6.B. ¿Me podría dar ejemplos?
7. ¿Estos cambios, le han generado la sensación de aislamiento?
 - 7.A. ¿Por qué?
8. ¿Cómo se ha sentido usted para mejorar respecto a este cambio en la audición?
9. ¿Que ha hecho usted para sentirse mejor respecto a este cambio?
10. ¿Por qué hizo eso?
11. ¿Cómo se sintió después?

MOTRICIDAD OROFACIAL: (alimentación y comunicación, habla)

1. ¿Durante los últimos años, usted ha presentado cambios en su alimentación?
 - 1.A. Dar ejemplos:
 - ¿Siente algún cambio en su masticación?
 - ¿Siente algún dolor al masticar?
 - ¿Siente que le molestan algunas consistencias?
2. ¿Alguna vez ha evaluado su forma de tragar o masticar?
 - 2.A. ¿Por qué?
3. ¿Podría describir estos cambios?
4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?
 - 3.A. ¿Me podría dar ejemplos donde yo pueda entender estos cambios?
 - 3.B. ¿Por qué?
5. ¿Estos cambios le han generado algún problema en su alimentación diaria?
6. ¿Estos cambios, le han generado la sensación de aislamiento?
 - 5.A ¿Por qué?
7. ¿Le parece que los cambios afectan a su calidad de vida?
8. ¿Cómo se ha sentido usted a partir de este cambio en su alimentación?
9. ¿Que ha hecho usted para sentirse mejor respecto a este cambio?
10. ¿Por qué hizo eso?
11. ¿Cómo se sintió después?

HABLA

1. ¿Durante los últimos años, usted ha presentado cambios al producir las palabras para expresarse?
2. ¿Podría describir estos cambios?
 - 2.A. Dar ejemplos:
 - ¿Le cuesta articular?
 - ¿Habla más lento?
3. ¿Alguna vez ha evaluado su forma de producir palabras?
 - 3.A. ¿Por qué?
4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?
 - 4.A. ¿Por qué?
5. ¿Me podría dar ejemplos de situaciones donde usted se da cuenta de estos cambios?
6. ¿Estos cambios le han generado la sensación de aislamiento?
7. ¿Le parece que los cambios afectan a su calidad de vida?
8. ¿Cómo se ha sentido usted a partir de este cambio en su forma de hablar?
9. ¿Qué ha hecho usted para sentirse mejor respecto a este cambio?
10. ¿Por qué hizo eso?
11. ¿Cómo se sintió después?

VOZ:

1. ¿Durante los últimos años usted ha presentado cambios en su voz?
2. ¿Podría describir estos cambios?
 - 2.A. Dar ejemplos
3. ¿Alguna vez ha evaluado su voz?
 - 3.A. ¿Por qué?
4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?
 - 4.A. ¿Por qué?
5. ¿Me podría dar ejemplos de situaciones donde usted se da cuenta de estos cambios?
6. ¿Estos cambios le han generado alguna modificación en su vida diaria?
7. ¿Estos cambios, le han generado la sensación de aislamiento?
 - 7.A. ¿Por qué?
8. ¿Le parece que los cambios afectan a su calidad de vida?
9. ¿Cómo se ha sentido usted a partir de este cambio en su voz?
10. ¿Que ha hecho usted para sentirse mejor respecto a este cambio?
11. ¿Por qué hizo eso?
12. ¿Cómo se sintió después?

EQUILIBRIO:

1. ¿Durante los últimos años usted ha presentado cambios en su equilibrio?

1.A. Dar ejemplos:

- ¿Siente náuseas?
- ¿Se mareo al levantarse de la cama?
- ¿Se mareo en movimiento al mirar por la ventana de la micro/auto?

2. ¿Alguna vez ha evaluado su equilibrio?

2.A. ¿Por qué?

3. ¿Podría describir estos cambios?

4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?

3.A. ¿Por qué?

5. ¿Me puede dar ejemplos donde yo pueda entender estos cambios?

6. ¿Estos cambios le ha generado alguna modificación en su vida social?

7. ¿Estos cambios, le han generado la sensación de aislamiento?

7.A. ¿Por qué?

8. ¿Le parece que los cambios afectan a su calidad de vida?

9. ¿Cómo se ha sentido usted a partir de este cambio en su equilibrio?

10. ¿Que ha hecho usted para sentirse mejor respecto a este cambio?

11. ¿Por qué hizo eso?

12. ¿Cómo se sintió después?

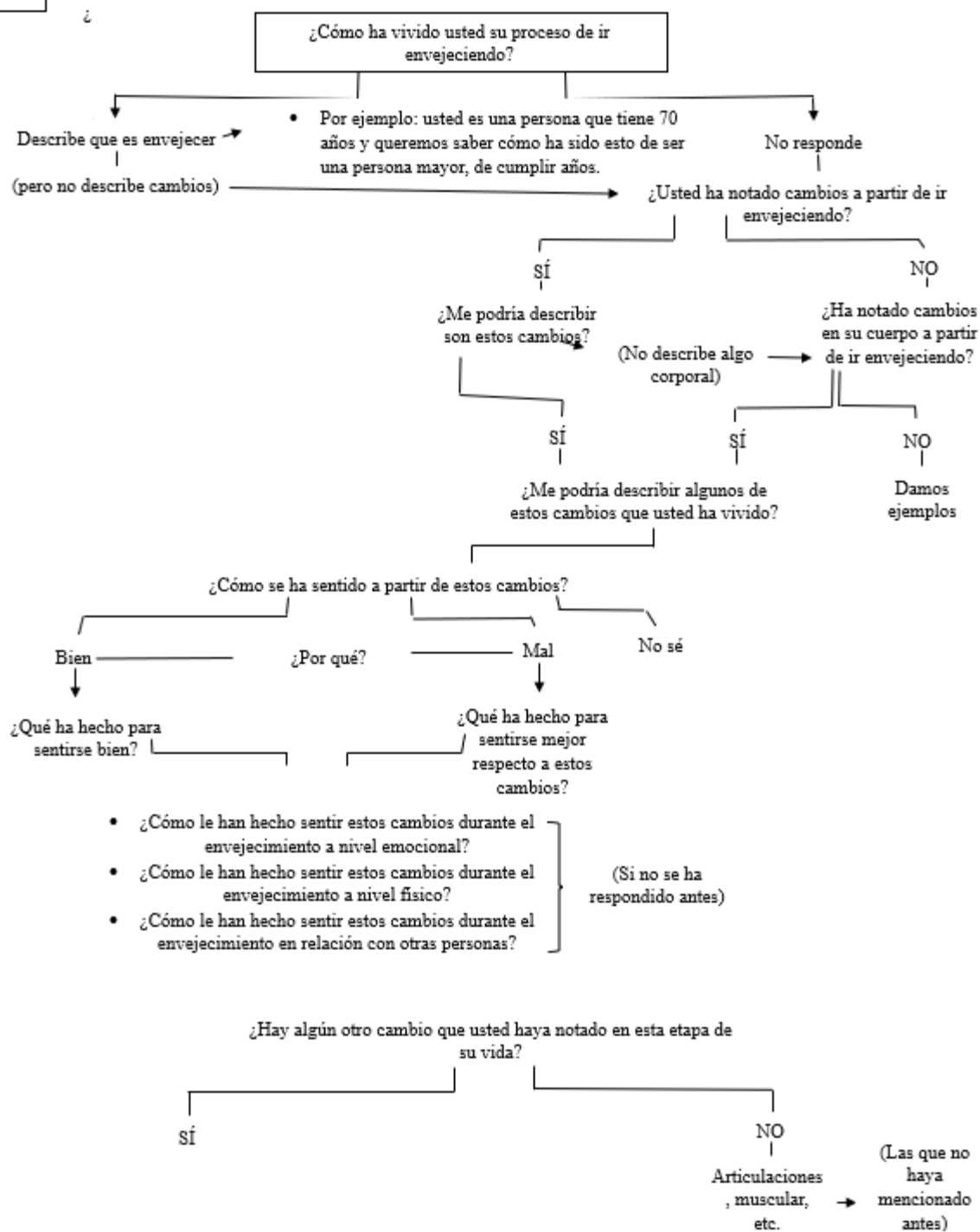
COGNICIÓN Y COMUNICACIÓN: Memoria

1. ¿Durante los últimos años usted ha presentado cambios en su memoria?
 - 1.A. Dar ejemplos:
 - ¿Siente que olvida los nombres de los objetos?
 - ¿Siente que le cuesta seguir una conversación?
2. ¿Alguna vez ha evaluado su memoria?
 - 2.A. ¿Por qué?
3. ¿Podría describir estos cambios?
4. ¿Se ha tenido que adaptar a estos cambios?
5. ¿Me puede dar ejemplos donde yo pueda entender estos cambios?
6. ¿Estos cambios le han generado un problema para comunicarse en su vida diaria?
7. ¿Estos cambios le han generado la sensación de aislamiento?
 - 7.A. ¿Por qué?
8. ¿Le parece que los cambios afectan a su calidad de vida?
9. ¿Cómo se ha sentido usted a partir de este cambio en su memoria?
10. ¿Que ha hecho para sentirse mejor respecto a este cambio?
11. ¿Por qué hizo eso?
12. ¿Cómo se sintió después?

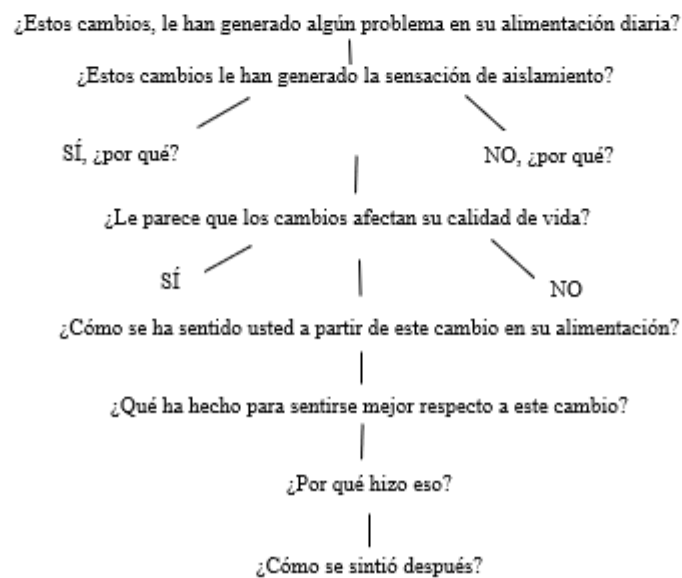
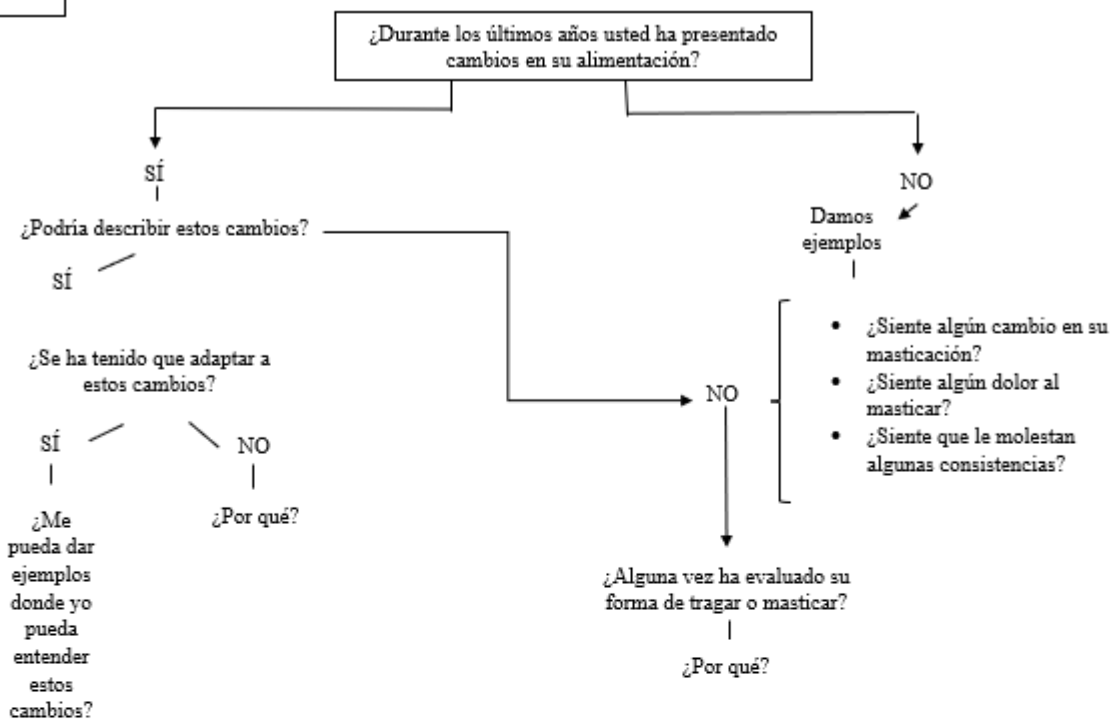
Investigadora Responsable:
Alondra Esmeralda Castillo Delgado
Fonoaudióloga de la Universidad de Chile
Rut 13.343.346-5

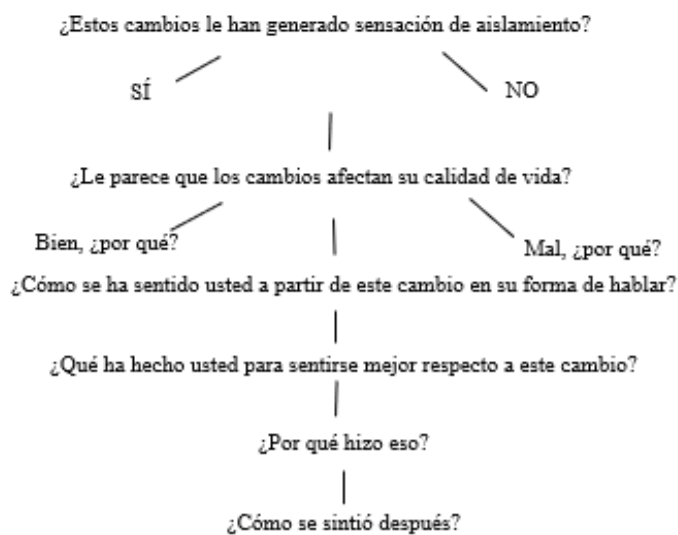
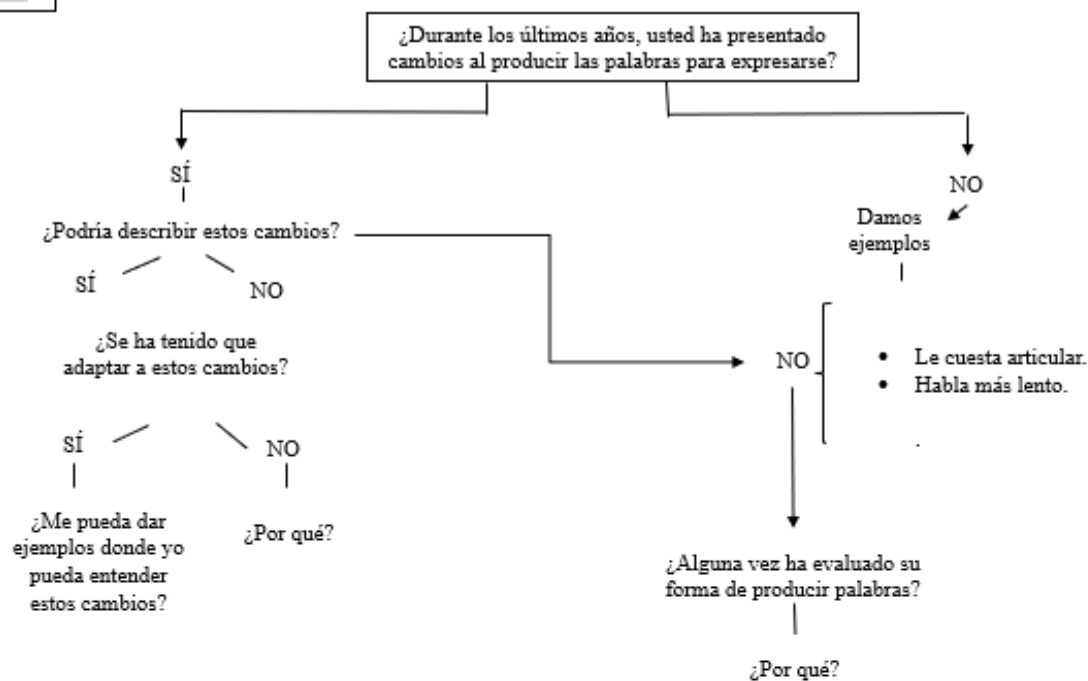
Anexo 5

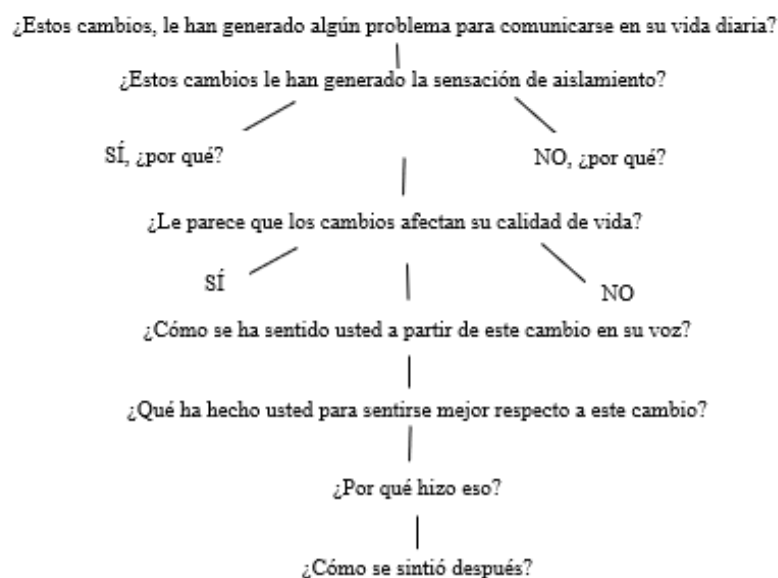
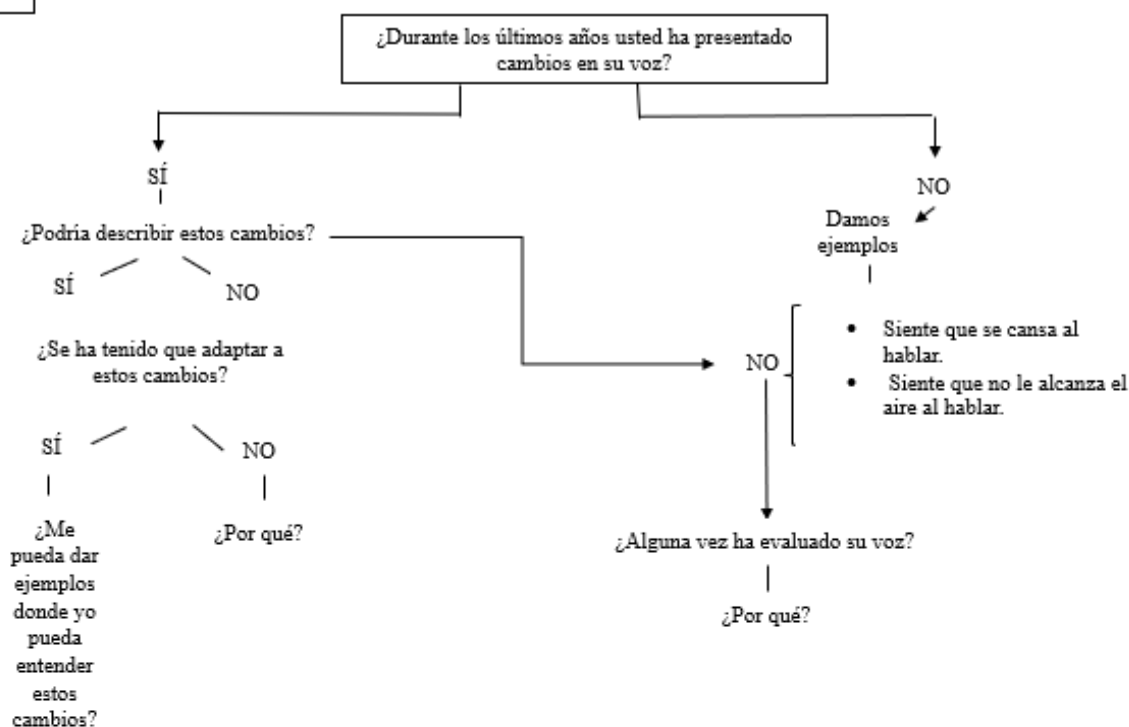
General



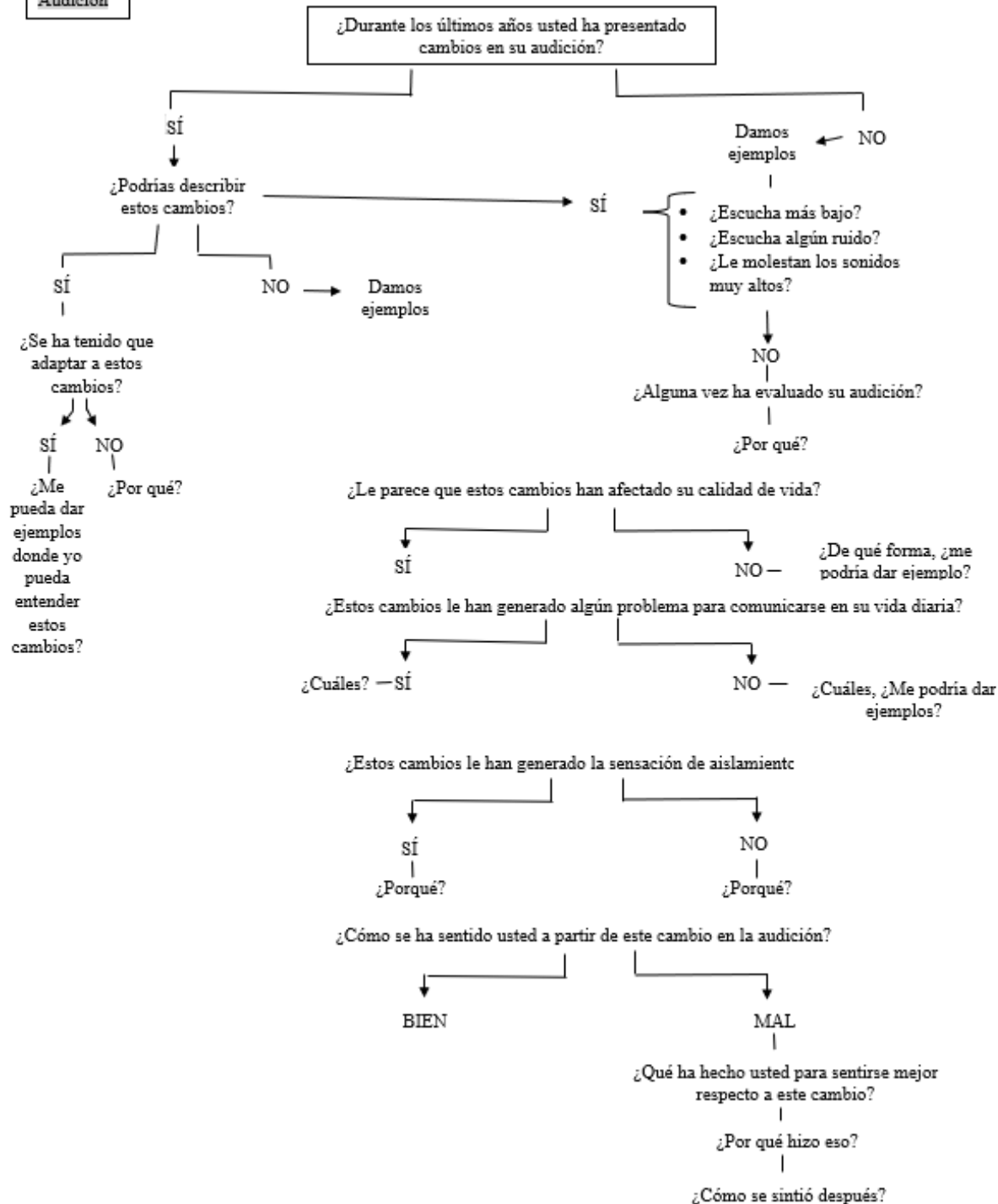
Motricidad







Audición



Equilibrio

Damos
ejemplos

