



Facultad de Medicina  
Escuela de Fonoaudiología

# ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA “WILLAY” PARA SU APLICACIÓN PREVENTIVO TERAPÉUTICA EN EL HABLA Y LA VOZ DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES QUE ASISTEN A LA OFICINA COMUNAL DEL ADULTO MAYOR DE VALPARAÍSO

Seminario de Investigación para optar al grado de Licenciado  
en Fonoaudiología.

**Autor Principal:**

Alondra Castillo Delgado

**Co-autores:**

Paula Beláustegui

Katherine Catejo

María Esperanza Campos

Cristian Galaz

Catalina Villalón.

**Fecha:**

07 de Noviembre 2016.

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	4
2. INTRODUCCIÓN .....	5
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1 Ciclo de vida: Envejecimiento .....	7
3.2 Envejecimiento Biopsicosocioespiritual .....	10
3.2.1 Envejecimiento según factor biológico de las personas mayores.....	10
3.2.2 Envejecimiento según factor psico-afectivo de las personas mayores .....	12
3.2.3 Envejecimiento según factor socio-cultural de las personas mayores.....	14
3.2.4 Envejecimiento según la espiritualidad de las personas mayores .....	16
3.3 Envejecimiento y Fonoaudiología .....	17
3.3.1 Presbifagia .....	17
3.3.2 Presbiacusia .....	18
3.3.3 Presbiestasia y Presbivértigo .....	20
3.3.4 Envejecimiento y Lenguaje .....	21
3.4 Envejecimiento en el habla y la voz.....	23
3.5 Adulto Mayor Autovalente .....	26
3.6 La Musicoterapia.....	28
3.7 La Musicoterapia en el Adulto Mayor .....	29
3.8 Programa Willay .....	33
4. MARCO METODOLÓGICO .....	36
4.1 Planteamiento del problema.....	36
4.2 Pregunta de investigación .....	37
4.3 Justificación .....	37
4.3.1 Viabilidad .....	38
4.3.2 Deficiencias en el planteamiento del problema.....	39
4.4 Objetivos .....	40
4.4.1 Objetivo general .....	40
4.4.2 Objetivos específicos.....	40
4.5 Tipo de estudio.....	41

4.5.1	Enfoque.....	41
4.5.2	Alcance .....	41
4.5.3	Diseño.....	41
4.6	Descripción de las muestras .....	42
4.6.1	Muestra 1 .....	42
4.6.2	Muestra 2 .....	44
4.6.3	Muestra 3 .....	46
4.6.4	Muestra 4 .....	47
4.7	Instrumento de recolección de información.....	49
4.8	Herramientas .....	49
4.8.1	Para la selección de muestras .....	49
4.8.2	Para la recolección de datos.....	51
4.9	Trabajo de campo.....	51
4.10	Materiales.....	57
5.	RESULTADOS .....	59
5.1	Muestra 1: Expertos de adaptación (profesionales del área de salud). .....	59
5.2	Muestra 2: Expertos de retroalimentación (profesionales fonoaudiólogos) .....	70
5.3	Muestra 3.....	74
5.4	Muestra 4: .....	81
6.	DISCUSIONES .....	85
7.	CONCLUSIONES .....	96
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	100

## 1. RESUMEN

**Planteamiento del problema:** el envejecimiento produce cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales, que no constituyen una patología, pero afectan la calidad del habla, de la voz y de la comunicación en general. La música es una herramienta que mejora la calidad de vida de las personas y ya han sido probados sus efectos en terapias fonoaudiológicas previas. Al 2015 no existía en la bibliografía un programa de recursos musicales que tuviera por objetivo prevenir y mejorar el habla y la voz en esta población. Con esto, se decidió adaptar el programa “Willay” para ser utilizado en una población de adultos mayores autovalentes pertenecientes a la OCAM de Valparaíso.

**Metodología:** el proceso de adaptación se realizó con 4 muestras. La primera fue un grupo de expertos conformado por musicoterapeuta, geriatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo de habla y fonoaudiólogo de voz, quienes sentaron las bases del nuevo programa. Luego, la segunda muestra fue un fonoaudiólogo de habla y otro de voz, quienes revisaron las actividades y realizaron acotaciones para asegurar el cumplimiento de objetivos terapéuticos. La tercera muestra fue un grupo de 7 adultos mayores autovalentes, quienes como usuarios y a través de un pilotaje validaron la pertinencia del contenido y forma tratado en las actividades. La muestra final fue el equipo investigador encargado de crear el diseño final del programa.

**Resultados:** se obtienen los principales lineamientos para adaptar el programa “Willay” en base al juicio de expertos, pilotaje y acotaciones del equipo investigador.

**Conclusiones:** se cumplen los objetivos planteados al inicio de la investigación y por ello se crea el programa “Acordes Mayores”. Dicho programa se ajusta a la realidad de las muestras participantes y puede no ser aplicable a cualquier contexto.

## 2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento produce cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales, que no constituyen una patología, pero afectan la calidad del habla, de la voz y de la comunicación en general. La población de adultos mayores ha incrementado de manera considerable en los últimos años. Por ello, se requieren estudios que promuevan el bienestar de las personas que envejecen con el fin de mejorar su calidad de vida y fomentar un envejecimiento saludable. Se debe innovar y tener en consideración nuevas herramientas y estrategias al momento de intervenir en una población; por lo mismo es que esta vez, se utilizan los recursos musicales como base para la terapia. Los recursos musicales han sido utilizados en fonoaudiología para la intervención en tartamudez y estimulación cognitiva principalmente, es por esto que el foco de la investigación es intervenir en las áreas de voz y habla en el adulto mayor autovalente.

De acuerdo a lo mencionado, el objetivo general de esta investigación es adaptar el Programa “Willay” para su aplicación preventivo terapéutica en el Habla y la Voz de Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso. Por lo tanto, se intenta responder a la pregunta de investigación ¿Qué modificaciones se deben realizar al programa “Willay” para su aplicación preventivo terapéutica en Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso?

En este trabajo, en primer lugar, se realizaron entrevistas a grupos de expertos para poder confeccionar un programa acorde a las necesidades de los adultos mayores. Luego de elaborado el programa, se realizaron 4 sesiones de pilotajes a un grupo de 7 adultos mayores que asisten a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso. Dichas sesiones tuvieron una duración de 90 minutos cada una y contemplaron específicamente solo algunas de las actividades de voz y habla propuestas en el programa con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos. Finalmente, se creó el diseño final del programa con las sugerencias expuestas por los Adultos Mayores y el propio grupo investigador.

Para organizar mejor la información se plantean 5 capítulos detallados a continuación:

En el I capítulo se presenta el marco teórico de la investigación. Se tratan temas como las teorías del envejecimiento como proceso natural, el envejecimiento desde lo biospsicosocioespiritual y también la relación que existe entre el envejecer y las distintas áreas de la fonoaudiología. Asimismo, se expone la definición de adulto mayor autovalente y lo que corresponde al envejecimiento activo. Por otro lado, se habla de la musicoterapia y los efectos de la música en el adulto mayor y finalmente, se hace alusión al programa “Willay”.

El capítulo II consta del marco metodológico donde se presenta el planteamiento del problema, pregunta de investigación, justificación, objetivo general y específicos, tipo de estudio, descripción de las muestras, criterios de exclusión e inclusión para cada muestra, instrumentos de recolección de información, herramientas, trabajo de campo y por último, los materiales utilizados.

En el capítulo III se exponen los resultados de la investigación obtenidos de las muestras 1 (profesionales de la salud), muestra 2 (profesionales fonoaudiólogos de voz y habla), muestra 3 (adultos mayores) y 4 (equipo investigador) a través de un conjunto de tablas y descripciones.

En el capítulo IV se presenta la discusión que expone el análisis de los resultados obtenidos durante la adaptación del programa “Willay”. Se incluye la información más relevante de los expertos entrevistados, las respuestas de los participantes de la aplicación del pilotaje y las observaciones realizadas por el equipo investigador. Asimismo, dichos resultados serán contrastados con la bibliografía.

En el capítulo V, se exponen las conclusiones, limitaciones y proyecciones de la investigación. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

### 3. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se presentan los fundamentos teóricos que guiarán la “Adaptación del Programa “Willay” para su aplicación preventivo terapéutica en el Habla y Voz de Adultos Mayores Autovalentes que asisten a la Oficina Comunal Del Adulto Mayor de Valparaíso. Cabe destacar que la creación o adaptación de programas de intervención para personas de la tercera edad en Chile está justificada en los objetivos de la promoción y prevención de la salud (Pérez, 2002). Según Pérez (2002), dichos objetivos buscan la reducción de la mortalidad anticipada por enfermedades agudas y crónicas, la mantención de independencia funcional durante el mayor tiempo posible, el aumento de esperanza de vida activa y de la calidad de vida, propósitos fundamentales a cumplir durante la vejez.

Para la consecución de esta investigación y en función de los antecedentes antes señalados, en el presente capítulo se abordará, en primer lugar, el concepto de envejecimiento normal, sumado a los cambios que este conlleva en la esfera biopsicosocioespiritual. En segundo lugar, se aludirá al envejecimiento desde la esfera fonoaudiológica, para luego referirse de forma más específica a las áreas de habla y voz, que son el centro de la investigación. En tercer lugar y en el marco del envejecimiento activo, se hará referencia a los Adultos Mayores Autovalentes. Para finalizar, se profundizará en el rol de la musicoterapia en la prevención y terapia de esta población y se describirá el programa Willay, el cual propone los recursos musicales como herramienta de intervención.

#### 3.1 Ciclo de vida: Envejecimiento

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2015) afirmó que la población de 60 y más años asciende a 2.885.157 Adultos Mayores correspondiente al 16,7% de la población chilena en el año 2013. Se estima que para el año 2025 los mayores de 60 años serán, por primera vez, más numerosos que los menores de 15 años (Baranda, 2012).

Actualmente, el 27,6% de los Adultos Mayores en Chile se mantienen laboralmente activos, y se estima que con los años esta cifra aumente (CASEN, 2015). Es por esta razón, tal como lo plantea Urzúa y Navarrete (2013), se hace necesario realizar estudios orientados a mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

Según Kornfeld *et al*, (2006), el envejecimiento es un proceso continuo, progresivo e irreversible. Este determina una pérdida creciente de la capacidad de adaptación y concluye con la muerte del individuo (Kornfeld, 2006). Por su parte, Wheeler (2015) señala que envejecer no es un diagnóstico; es una etapa de la vida, con un potencial envejecimiento saludable y exitoso.

Al respecto, diversas teorías han aportado algunas explicaciones sobre el proceso de envejecimiento. Goldstein y Reichel (1981) proponen dos categorías. La primera de ellas corresponde a las llamadas teorías estocásticas. Estas afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. La segunda categoría corresponde a las teorías genéticas; éstas suponen que el envejecimiento estaría predeterminado genéticamente, y que los organismos poseen un “reloj interno” que programa la longevidad.

Entre las teorías estocásticas, se hallan la teoría inmunológica (Walford, 1969), la teoría de *cross-linking* y tejido conectivo (Verzàr, 1957; Björkstén, 1968), la teoría de los radicales libres (Harmann, 1955) y la teoría de desechos (Carrell et Ebeling, 1923; en Jaeger & Cherin, 2011). De este grupo, se considera más aceptada a la teoría de los radicales libres; los radicales libres son moléculas altamente reactivas que reaccionan de forma destructiva al contacto con moléculas orgánicas (Lipsky, 2015). La teoría postula que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres, responsables de la oxidación molecular (Goldstein & Reichel, 1981).

Entre las teorías genéticas, se encuentran la teoría del mensaje redundante (Medvedev, 1990), teoría de mutaciones somáticas (Szilard, 1959), teoría de transcripción (Von Hahn, 1970), teoría de envejecimiento programado (Hayflick, 1973) y teoría de la diferenciación (Cutler, 1972; en Jaeger & Cherin, 2011). Estos postulados consideran que la herencia genética determina en gran parte el ritmo de envejecimiento y la edad máxima de vida que alcanzan los humanos (Lipsky, 2015). Se basan en la diferencia de longevidad entre distintas especies, además de que la manipulación de ciertos genes es capaz de aumentar dicha longevidad (Jaeger & Cherin, 2011).

Además de los supuestos planteados por las teorías, también se han propuesto factores intrínsecos y extrínsecos que determinan el desarrollo del proceso de envejecimiento (Kornfeld *et al*, 2006). Entre los factores intrínsecos se encuentra la especie, edad, longevidad familiar y sexo; entre los extrínsecos, la alimentación, estilos de vida, enfermedades asociadas, actividad física y manejo del estrés (Herrera & Guzmán, 2012). Por lo tanto, el proceso de envejecer se traduciría en la interacción de los elementos antes mencionados (Kornfeld *et al*, 2006).

Con respecto a los factores intrínsecos, por una parte, estos se centran en el envejecimiento como un fenómeno genético (Jaeger, 2011). En otras palabras, las alteraciones celulares propias del envejecimiento se originan por una modificación progresiva del patrimonio genético o de su expresión. No todos los individuos son iguales ante el envejecimiento; algunos genomas resisten mejor que otros al paso del tiempo (Jaeger, 2011).

Por otra parte, los factores extrínsecos y ambientales son aquellos que modifican el envejecimiento fisiológico, primario, común a todo el mundo (Jaeger, 2011). En tanto, el envejecimiento secundario corresponde al llamado “sobreenvejecimiento”. Este se encuentra ligado a las condiciones de vida, al entorno o a procesos patológicos que sobrepasan las capacidades de reparación fisiológica de los tejidos (Jaeger, 2011).

El proceso del envejecimiento conlleva cambios en todas las esferas propias del ser humano. Dicho proceso presenta variabilidad intersujeto, de acuerdo a las vivencias y contexto en el que están inmersos los adultos mayores. Para caracterizar este proceso, se presentan las variaciones a nivel biopsicosocioespiritual a continuación.

### **3.2 Envejecimiento Biopsicosocioespiritual**

El envejecimiento tiene varias áreas de expresión que deben ser consideradas, no sólo a nivel biológico, sino también mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural (Herrera & Guzmán, 2012). Se presentan a continuación las principales aristas del área biológica, psico-afectiva, socio-cultural y espiritual de los adultos mayores. Esto servirá como base para identificar el perfil biopsicosocioespiritual de los adultos mayores, lo que podrá ser considerado en la intervención fonoaudiológica.

#### **3.2.1 Envejecimiento según factor biológico de las personas mayores**

Para abordar los procesos fisiopatológicos de los adultos mayores, es necesario revisar primero los cambios a nivel morfológico y fisiológico que ocurren en este segmento etario. Al respecto Salech, Jara y Michea (2012) señalan que los sistemas renal, cardiovascular, nervioso, muscular y metabólico son los más prevalentes de cambiar en los adultos mayores y, por ende, con mayor nivel de repercusiones funcionales. A continuación, se revisarán los cambios principales en cada uno de estos sistemas durante el envejecimiento.

A nivel cardiovascular, Salech *et al*, (2012) consideran que el envejecimiento se caracteriza por la rigidez arterial, hipertrofia cardíaca con engrosamiento del septum, disminución de células miocárdicas y aumento de la matriz extracelular. Landínez, Contreras y Castro (2012) agregan, además, el descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos. Funcionalmente, esto se expresará en una escasa respuesta del pulso

frente al ejercicio, aumento de presión arterial y un mayor riesgo de arritmias (Salech, Jara & Michea, 2012; Landinez, Contreras & Castro, 2012).

En el sistema renal, al envejecer, se produce un adelgazamiento de la corteza renal, esclerosis de las arterias glomerulares y un engrosamiento de la membrana basal glomerular (Salech *et al*, 2012). Landinez *et al* (2012) incluyen un descenso en el número de nefronas, disminución del peso renal, descenso del tono vesical y del esfínter, hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres. Las repercusiones funcionales se expresarán en una menor capacidad para concentrar orina, menores niveles de producción hormonal y menor procesamiento bioquímico de la vitamina D (Salech *et al*, 2012).

A nivel del Sistema Nervioso Central, Salech *et al* (2012) señalan una disminución de la masa cerebral, aumento del líquido cefalorraquídeo, pérdida neuronal focalizada y cambios no generalizados de arborización neuronal. También se presenta una disminución de las conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica, disminución del flujo sanguíneo cerebral y de la velocidad de conducción (Landinez *et al*, 2012). Las consecuencias funcionales serán la disminución de la velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y menor destreza motora, alteración en los mecanismos de control de la temperatura y la sed, lentitud y escasez de movimiento e hipotensión postural con mareos y caídas (Salech *et al*, 2012; Landinez *et al*, 2012).

En lo que respecta al sistema musculo-esquelético, en general, al envejecer se produce una pérdida de masa muscular e infiltración de grasa (Salech *et al*, 2012). Landinez *et al*, (2012) añaden la disminución de la elasticidad articular, degeneración fibrilar del cartílago articular con atrofia y denudación de la superficie. Todo lo anterior se expresará a nivel funcional como disminución en la fuerza general de los adultos mayores, disminución de la estatura (5 milímetros por año con consecuencias posturales) y colapso articular (Salech *et al*, 2012; Landinez *et al*, 2012; Marín, 2006).

Finalmente, a nivel metabólico y del procesamiento de la glucosa, Salech *et al* (2012) se refieren al aumento de grasa visceral, infiltración de grasa de tejidos y menor masa celular. Además, existe una disminución en la producción de la insulina y retraso en la absorción de nutrientes (Ortiz *et al*, 2012). Entendido desde la funcionalidad, se generará reducción en la agudeza del gusto y del olfato, retraso en la recuperación de heridas y reducción de la variedad de los alimentos consumidos con consecuente disminución de energía (Ortiz *et al*, 2012).

Adicionalmente, Kornfeld *et al* (2006) mencionan cambios externos evidentes y característicos del adulto mayor. Son visibles la resequedad de la piel, canas en el pelo, alopecia y fragilidad capilar. Según Landinez *et al* (2012) lo anterior se explica por una disminución del recambio de células epidérmicas, atrofia de los folículos pilosos y glándulas sudoríparas y disminución de actividad de glándulas sebáceas, entre otros.

### **3.2.2 Envejecimiento según factor psico-afectivo de las personas mayores**

En la etapa de envejecimiento, el adulto mayor se encuentra inmerso en un proceso reflexivo que lo lleva a evaluar cómo ha vivido durante los años. Su experiencia será verbalizada a su núcleo más cercano con el cual compartirá anécdotas e historias. El adulto mayor estará expuesto a variados cambios que marcarán de manera significativa este periodo.

Araya (2012) sostiene que intervienen factores psico-afectivos durante el envejecimiento. Es en este período cuando, según los autores, la persona se plantea a sí misma una posibilidad sobre auto aceptarse, con todo lo que esto conlleva: la aceptación de los éxitos, fracasos y limitaciones. Cuando la persona es capaz de reconocerlos, está preparado también para auto-permitirse su trascendencia (Araya, 2012). Esto corresponde a la facultad de entregar a los demás los conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de toda su vida.

Araya (2012) afirma que, para lograr el proceso de integración y trascendencia, es necesario realizar los siguientes pasos: “ratificación”, “establecimiento de límites”, “perpetuación del pasado” y “repeticiones”. El primero, la ratificación, refiere a mirar hacia el pasado con el fin de buscar aquellas situaciones que ayuden a enfrentar el presente. Mediante el segundo, establecimiento de límites, el Adulto Mayor establece personalmente lo que es capaz o no de hacer ahora, mediante sus recuerdos. Con el tercero, se mantienen tradiciones, ceremonias y reglas que se realizaban en el pasado, para hacer “presente el pasado”. Finalmente, y con las repeticiones, los Adultos Mayores reafirman su seguridad contando una y otra vez las historias y anécdotas que fueron importantes para ellos

Todo lo anterior constituye parte del contexto en el cual se verán inmersos los adultos mayores y que, por lo tanto, determinará la relación con su entorno familiar, amistades, entidades sociales, etc. (Araya, 2012). Al respecto, y con el paso del tiempo, es importante señalar que la mayoría de los adultos mayores se ven inmersos en una situación familiar distinta de la que tenían hace años atrás (Juncos, 1998). Por tanto, su forma de comunicarse en la vejez variará según el tipo de vida familiar que hayan llevado y las transformaciones propias de la edad (Juncos, 1998).

En cuanto a la vida de pareja, se enfrentan juntos al proceso de jubilación (Undurraga, 2012). Por un lado, esto puede favorecer una relación más íntima con su ser querido, ya que pasan más tiempo juntos. Por otro lado, podría alterar la convivencia al no saber ajustarse a la nueva situación (Undurraga, 2012). De esta convivencia dependerá la exploración de la sexualidad, que en esta etapa se enfoca en la búsqueda de satisfacción y no en la procreación (Landinez *et al*, 2012). Cabe destacar que sin importar el tipo de relación que lleven, ante la aparición de una enfermedad, los cónyuges tienden a mantenerse juntos y a apoyarse mutuamente en ese momento complejo (Juncos, 1998).

En caso de la muerte del cónyuge, se torna más importante la relación con los hijos (Juncos, 1998). Si viven con sus hijos, los Adultos Mayores pueden sentirse solos y menos

atendidos, ya que deben adaptarse a la nueva familia que ha formado el hijo(a) que lo acoge (Undurraga, 2012). Al respecto, se sostiene que son dos los tipos de relaciones que pueden presentarse: de independencia y de dependencia. La primera refiere a la capacidad de la persona para actuar con autonomía, mientras que la segunda se da en caso de enfermedad, que requiere de los vínculos de dependencia familiar, lo que puede llevar a la familia a decidir el traslado del adulto a residencias (De la Uz, 2009). Contrario a lo anteriormente expuesto, se suma un factor que incide favorablemente en la vida de los adultos mayores: el afecto de sus nietos; dicha relación afectiva les provee energía y, en consecuencia, bienestar emocional (Juncos, 1998).

Finalmente, las relaciones de amistad que se mantienen durante la vejez son normalmente las que se iniciaron a lo largo de la vida. Con dichas amistades, realizan actividades, como jugar cartas, pasear, asistir a clubes de la tercera edad, etc. (Undurraga, 2012). Es por lo mismo que pasan por un proceso muy doloroso con la enfermedad o pérdida de cada uno de ellos, que resulta más común a medida que pasan los años. (Undurraga, 2012). Landinez *et al*, (2012) sostienen que este doloroso proceso desemboca en sentimientos de falta de aprecio e inseguridad para consigo mismo, llegando a los casos frecuentes de depresión, donde prima la falta de comunicación y una sensación de infelicidad permanente.

### **3.2.3 Envejecimiento según factor socio-cultural de las personas mayores**

La visión que existe sobre la vejez en la sociedad está marcada por las escasas oportunidades e incentivos hacia los adultos mayores (Herrera & Guzmán, 2012). Esto dificultaría la posibilidad de preservar su funcionalidad durante el proceso de envejecimiento. Algunas evidencias se manifiestan por el acceso limitado a la salud para las personas, falta de información de la etapa que están viviendo y un marcado prejuicio sobre el deterioro que se tiene en esta etapa (Herrera & Guzmán, 2012).

La función del modelo médico tradicional (que tiende a la patologización) es preponderante al brindar a la población las condiciones sociales de acceso a sus servicios (Zavala, Vidal, Quiroga & Klassen, 2006). En el caso de los adultos mayores o “viejos”, se restan oportunidades para mantenerse activo y autovalente, al permanecer este paradigma arraigado. Al respecto, Landinez *et al*, (2012) plantean que las principales dificultades para los Adultos Mayores radican en las constantes exigencias del entorno para con ellos: sociedades altamente competitivas, de resultados rápidos, de ambigüedad valórica, acelerada y de familias altamente nucleares, conceptos que se contraponen con el perfil de ellos. Tal es el contexto actual que se distingue por la falta de tareas específicas, llevando al adulto mayor a la incertidumbre por la falta de orientación acerca de dónde concentrar esfuerzos para actualizar sus potencialidades (Zavala *et al*, 2006).

El paradigma tradicional, definido unilateralmente desde los 60 años, se refiere al desgaste físico y emocional, haciendo la vida menos satisfactoria y escasa de posibilidades (Herrera & Guzmán, 2012). De este modo, resulta necesario generar una nueva visión que se centre en el envejecimiento desde una perspectiva alejada del declive y el deterioro. Este nuevo concepto apunta hacia una transformación constante de potencial para crecer y desarrollarse (Herrera & Guzmán, 2012).

El paradigma que se ha de tener respecto del transcurso de la vida consideraría a cada individuo como un ser cambiante en un contexto histórico-cultural diferente (Dulcey, 2010). Así, influyen las expectativas sociales que se tengan respecto a la edad, supeditado inherentemente a las condiciones históricas y los acontecimientos individuales. Considerar estos aspectos y visiones personales permite acercar y disminuir la brecha existente entre los paradigmas científicos, sociodemográficos y biológicos, por un lado, y las creencias culturales, religiosas e ideológicas referentes a la vejez, por otro (Dulcey, 2010).

El contexto anterior posiciona a todos los actores de la sociedad como pilares vinculados al proceso de mejora de estas condiciones, ya sean el estado, las organizaciones

sociales, la comunidad, la familia como cada individuo (Zavala *et al*, 2006). Es deber de todos generar programas que se enfoquen en el auto-cuidado, recreación y actividades grupales que potencien a los adultos mayores, manteniéndolos en actividad social y mejorando su calidad de vida (Araya, 2012). Si el Adulto Mayor mantiene su autovalencia, adquiere un rol social, ser útil y valorado por sus cercanos (Zavala *et al*, 2006).

### **3.2.4 Envejecimiento según la espiritualidad de las personas mayores**

La espiritualidad es un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen el acercamiento hacia lo divino y sagrado (San Martín, 2007). Esto permite a una persona formar su opinión sobre la existencia de un poder superior y contribuye a la asignación de sentido y propósito a la vida, orientando la conducta, relaciones interpersonales y forma de sentir (San Martín, 2007). Este proceso es más relevante en el envejecimiento por el sentimiento de cercanía con la muerte, sin embargo, puede presentarse un contexto de diferente concepción respecto a la fe en los adultos mayores: desde un acercamiento y participación religiosa, entablando un vínculo con otras personas, hasta importantes sentimientos de desapego o desgaste para con la fe según sea la experiencia personal (San Martín, 2007; Landinez *et al.*, 2012).

Según Vásquez (2015), la espiritualidad toma un papel primordial en el contexto de los Adultos Mayores, ya que cuando aparecen acontecimientos de salud, económicos, familiares, de soledad, depresión, angustia, muerte, tristeza o desamor, la fe en lo divino es imprescindible para responder a estos factores de estrés, promoción de la salud y disminución de los efectos negativos de enfermedades permanentes y degenerativas (Vásquez, 2015). Sin embargo, los Adultos Mayores sufren la constante amenaza de generaciones más nuevas frente al quehacer religioso, debido a las dificultades para asistir a la iglesia o templo (Landinez *et al*, 2012). Es también aquí cuando la religiosidad muta sus significados, según sea el caso individual: permite a las personas adaptarse a nuevos contextos y responder a las diferentes situaciones, sean estas sociales, económicas o familiares; o bien, al reducirse la participación

en el culto colectivo, se torna algo más íntimo, alejado de lo social y con matices cada vez más personales (Vásquez, 2015; Landinez *et al.*, 2012).

Todos los factores mencionados tendrán repercusiones sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD), disminuyendo así la independencia y, por consiguiente, una reducción en la calidad de vida (Landinez *et al.*, 2012). Sin embargo, aún es necesario describir el envejecimiento en cuanto a las áreas de ejercicio profesional fonoaudiológico. Con ese propósito, se describirán los principales cambios en relación a la audición, la deglución, el sistema vestibular, el lenguaje, la voz y el habla.

### **3.3 Envejecimiento y Fonoaudiología**

En los Adultos Mayores, los diferentes sistemas se van deteriorando y, por lo tanto, se manifiesta variada sintomatología desde la esfera de la Fonoaudiología. Entre las anteriores, se pueden mencionar las alteraciones de la deglución, audición, lenguaje, voz y habla. Todas estas acompañan el proceso del envejecimiento en menor o mayor grado, influyendo también en la calidad de vida de los usuarios.

#### **3.3.1 Presbifagia**

La presbifagia corresponde a la alteración de la deglución en los adultos mayores, la cual se puede entender como los cambios fisiológicos que ocurren por la degeneración del mecanismo de la deglución (Nalesso, Scarpa, Bottacin & Casetta, 2008). Esto se produce debido al envejecimiento saludable a nivel de las fibras nerviosas y musculares (Mendes, Marques, Almeida & Aparecida, 2015). Los principales cambios de la deglución se dan en la fase preparatoria y oral, es decir, se presenta aumento de la cantidad de tejido conectivo en la lengua, pérdida de piezas dentarias, reducción de la fuerza masticatoria, disminución del

umbral de excitabilidad refleja, elevación de la laringe y una extensión de la fase orofaríngea (Marcolino *et al*, 2009).

Debido a las manifestaciones de disfagia, tales como disminución del tono muscular y falta de coordinación propia del proceso de envejecimiento, los adultos mayores tienden a preferir alimentos blandos, húmedos y fáciles de tragar (Mendes *et al*, 2015). Si bien las estructuras orofaciales de los adultos mayores conservan su funcionalidad, estos buscan compensar dichas dificultades ajustándose gradualmente a ellas (Mendes *et al*, 2015). Por lo tanto, las principales áreas de intervención en la presbifagia serán los cambios de posturas, la protección de la vía aérea y el cambio de la consistencia de los alimentos (Marcolino *et al*, 2009).

Explicaciones propuestas por Marmouset, Hammoudi, Bobillier y Morinière (2015) son de tres tipos. La primera está asociada a la disminución de la sensibilidad de los receptores aferentes que afectarían la velocidad y la comodidad de la deglución. La segunda explicación se debería a alteraciones del sistema nervioso central, las cuales provocan una dificultad para diferenciar las actividades eléctricas para lo que se requeriría una señal más fuerte para desencadenar una respuesta. Por último, presentan la explicación de alteraciones periféricas, la cual indica que a partir de los 60 años se inicia una atrofia muscular, sobre todo, en la musculatura lingual, la cual pierde su tonicidad.

### **3.3.2 Presbiacusia**

La presbiacusia se manifiesta por una disfunción auditiva relacionada con el envejecimiento; existen factores exógenos asociados no relacionados con la senescencia (Micheli & Fernández, 1996). Es, por tanto, un cuadro clínico multifactorial que compromete tanto al sistema auditivo periférico (bilateralmente) como a las vías y núcleos auditivos en el tronco cerebral y la corteza auditiva primaria y secundaria. (Micheli & Fernández, 1996).

Clínicamente, se trata como un tipo común de pérdida causada por una degeneración coclear, que afecta a la parte basal de este órgano de audición, deteriorando frecuencias auditivas altas (Veras & Mattos, 2007).

Mock (2007) afirmó que, aunque algunos piensan que la presbiacusia es un factor de la edad solamente, es realmente el resultado de muchas variables que pueden ocurrir a lo largo de la vida de un individuo. El autor sugiere las siguientes variables: enfermedades metabólicas, vasculares o renales, inflamaciones e infecciones, medicamentos, traumas de cabeza, deficiencias nutricionales y factores hereditarios. Sin embargo, el factor más común relacionado al daño auditivo es la exposición a un nivel intenso de ruido (Mock, 2007)

Schuknetch (1955) y Suárez y Gil (2007) clasificaron la presbiacusia en cuatro tipos: sensorial (pérdida de células ciliadas externas), neural (pérdida de células del ganglio espiral), metabólica (atrofia estrial) y conductiva coclear o mecánica (rigidez de la membrana basilar). Posteriormente, añadieron dos subtipos: forma mixta y forma indeterminada. Esta última supone el 25% de los casos.

Suárez y Gil (2007) sostienen que la presbiacusia repercute notablemente en las personas mayores, ya que disminuye su capacidad de comunicación y su autonomía, y limita las oportunidades de ser un miembro activo en la sociedad. Debido a lo anterior, las medidas terapéuticas se dirigen a mejorar la comunicación de las personas que la padecen (Varela & Rivera, 2010). Para ello, se puede amplificar el sonido mediante prótesis auditivas y actuar mejorando algunas condiciones ambientales (Varela & Rivera, 2010).

Existen algunas alternativas que incluyen distintas formas de rehabilitación auditiva (Cardemil, Aguayo & Fuente, 2014). Estos programas contienen intervenciones de carácter educativo, es decir, abordan los cuidados y características del uso de audífonos. Además, se proponen enfoques especiales en pacientes con fenómenos retrococleares, en quienes la

correcta implementación de un audífono no es suficiente. En estos pacientes, se pueden implementar distintas técnicas complementarias como, por ejemplo, lectura labio-facial (Maul, Rivera, Aracena, Slater & Breinbauer, 2011).

### **3.3.3 Presbiestasia y Presbivértigo**

Dentro del oído interno se encuentra el sistema vestibular, cuya función fundamental es la de proporcionar información sobre la orientación espacial de la cabeza y mantener el equilibrio corporal (Hidalgo, 2001). Hobeika (1999), Cabello y Bahamonde (2008) consideran que el equilibrio es el proceso mediante el cual los individuos mantienen y mueven su cuerpo en una relación específica con el ambiente. En él, participan múltiples sistemas sensoriales, siendo los más importantes la propiocepción, la visión y el sistema vestibular con sus funciones sensitiva y motora (Cabello & Bahamonde, 2008).

Cerda (2014) refiere que en el envejecimiento ocurren una serie de modificaciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio y el aparato locomotor. Estos cambios pueden alterar el patrón normal de la marcha y disminuir su capacidad locomotora, aumentando el riesgo de caídas (Ricci, Gazzola & Coimbra, 2009). De esta forma, se inicia un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social (Cerda, 2014).

En los adultos mayores, producto del envejecimiento natural, se produce un fenómeno denominado presbiestasia (Montes de Ocas & Montes de Ocas, 2006). Este corresponde al desequilibrio producido por el envejecimiento, con el compromiso global de todos los sistemas implicados en el proceso (Bernal, Faus & Bernal, 2006). También, se presenta el presbivértigo, que se debe a lesiones degenerativas, propias de la edad, en la función vestibular (Felipe, Matos, Matos, Gualberto & Gonçalves, 2008). Esto supone para el adulto mayor una sensación continua de inestabilidad, con dificultad para mantener el equilibrio en

situaciones sensoriales difíciles y, a su vez, con exacerbaciones de vértigo rotatorio (Bernal *et al*, 2006).

Es importante mencionar que en personas de edad avanzada es frecuente que exista una hipofunción vestibular (Ramírez, 2002). Esta puede ser secundaria a pequeños, pero repetidos accidentes vasculares o a la propia degeneración del órgano periférico secundaria al envejecimiento. Muchas de estas personas son capaces de mantener adecuadas condiciones de equilibrio gracias a la colaboración del sistema visual y propioceptivo, mostrando grados variables de inestabilidad cuando les fallan éstos (Ramírez, 2002).

### **3.3.4 Envejecimiento y Lenguaje**

Durante el proceso de envejecimiento, continúa el desarrollo del lenguaje, adoptando ciertas características “asociadas a la edad” (Saá, 2006). Dicho desarrollo afecta al léxico, a la sintaxis y a la organización del discurso (Labos, Del Río & Zabala, 2009). Pereiro, Juncos-Rabadán, Facal y Álvarez (2006) señalan que los cambios ocurridos en esta etapa de la vida estarían relacionados con fallas en la eficacia del procesamiento de la información verbal.

Con respecto al acceso al léxico, Burke y MacKay (1991) encontraron aumento de fallos en tareas de esta índole, evidenciado ampliamente en el fenómeno “punta de la lengua” (PDL). Este consiste en el enlentecimiento, dificultad o incluso imposibilidad en producir la palabra adecuada, pero a la vez se tiene la sensación de certeza absoluta de conocer dicha palabra (Pereiro *et al*, 2006). Se trata de una de las quejas subjetivas más frecuentes en la vejez dentro de los problemas generales de memoria operativa (Casanova, Casanova & Casanova, 2004).

En contraste con lo anterior, en el adulto mayor, la activación léxica está conservada, especialmente en la utilización de oraciones de voz pasiva (Labos *et al*, 2009). De acuerdo a

Schaie (1980), Wingfield, Aberdeen y Stien (1991), Labos, Del Río y Zabala (2009), el vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: las personas mayores reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, de acuerdo a su nivel cultural. Por lo tanto, el mayor conocimiento y experiencia que proporciona la vejez repercute en la organización semántica (Véliz, Riffo & Arancibia, 2006).

En cuanto a la sintaxis, se han encontrado dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas (Saá, 2006). El procesamiento puede declinar en la vejez debido a la lentitud con que se realizan las operaciones encargadas de construir una representación mental del significado (Véliz *et al*, 2009). Just y Carpenter (1992), Craik (1994), Salthouse (1994), Véliz De Vos, Riffo y Vásquez (2009) plantean que la memoria operativa sufriría reducciones, lo que, en consecuencia, restringe la habilidad para comprender y producir tanto contenidos semánticos como estructuras sintácticas complejas.

Acerca de la organización del discurso, en los adultos mayores existen limitaciones tanto comprensivas como expresivas (Saá, 2006). Según Juncos (1998), este deterioro se manifiesta en varias dificultades: recordar información referente al discurso, comprender información estructurada de forma compleja, elaborar historias coherentemente estructuradas y con mayor contenido informativo. Véliz *et al*, (2010) agregan que esto puede deberse a cambios en los objetivos y prioridades de las personas de más edad, o sea, de factores pragmáticos.

Según Serrano (2015), el sistema estomatognático corresponde a una unidad orgánico-funcional que incluye al sistema digestivo, respiratorio y fono-articulatorio. Este sustrato anatómico alberga las funciones de masticación, deglución, mímica, habla y respiración (Valencia, Hurtado & Hernández, 2014). Las áreas de voz y habla, además de ser el centro de esta investigación, comparten el sustrato anatómico mencionado, por lo que serán abordados a continuación.

### 3.4 Envejecimiento en el habla y la voz

Como se explicó anteriormente, el organismo envejece, se transforma y el individuo va perdiendo progresivamente sus facultades como un proceso normal (Araya, 2012). Sin embargo, en cada ser humano este proceso es distinto y se produce a un ritmo diferente, dependiendo de su estilo de vida, organismo, entre otras (Pont, 2003). Rodríguez, Camargos, Antunes, Fontes, Franco (2009) y Toledo (2011) plantean que el envejecimiento produce una serie de cambios a nivel estructural, en la movilidad, coordinación y sensibilidad, los cuales pueden enlentecer los procesos de ejecución del habla.

En relación al cambio de la voz producto del envejecimiento, Moreno, Álvarez, Bejarano y Pullido (2010) señalan que en el adulto mayor se evidencian significativos cambios perceptuales. Éstos son de fácil identificación y son reconocidos con la denominación de “presbifonía”, la que hace alusión a cambios vocales debido al envejecimiento de la laringe (presbilaringe). Las modificaciones que experimenta la laringe son producto del deterioro progresivo que se va produciendo en los músculos, cartílagos, articulaciones, ligamentos y mucosa laríngea (Cobeta, Núñez & Fernández, 2013). Los cambios antes mencionados se evidencian en la fisiología laríngea; se observa, por tanto, cierre glótico incompleto, disminución de amplitud vibratoria, retraimiento de la onda mucosa y asimetría en la movilidad vocal (Cobeta *et al*, 2013). Así, y según lo que plantean Benjamin (1981), Ptacek & Sander (1966), Ptacek *et al*, (1966), Ryan y Burk (1974), Gorham y Laures (2006), la fonación se encontrará más soplada, debilitada, con temblor, y presentará múltiples quiebres tonales.

Aparecida, Veis, Hoffmann, de Macedo y Colman (2015) sostienen que las repercusiones del envejecimiento en la fisiología vocal tienen expresión acústica y perceptual. Estas pueden ser: incoordinación fono-respiratoria, reducción de los tiempos máximos de fonación, los tiempos de extensión fonatoria máxima, de estabilidad vocal y de volumen de presión sonora. Adicionalmente, señalan que es posible apreciar también astenia, crepitación,

soplo, tensión, ronquera y marcada fatiga vocal (Aparecida, Veis, Hoffmann, de Macedo & Colman, 2015).

Juncos (1998), Pascual y Torres (2014) se refieren a las alteraciones de la voz en los adultos mayores. Primeramente, el proceso de calcificación-osificación progresiva generará una disminución en la flexibilidad de los cartílagos laríngeos en general. Juncos (1998), Pascual y Torres (2014) consideran que se produce también una atrofia y degeneración de células musculares, lo que genera la disminución de la fuerza y elasticidad del músculo, con un consiguiente descenso del tono muscular. Añaden el concepto de artrosis vocal, debido a la pérdida de mucosa que recubre los cartílagos laríngeos.

En cuanto al deterioro de los procesos respiratorios, se produce una atrofia de la musculatura respiratoria (Gamarra, 2001), por lo tanto, se manifiesta una disminución de la fuerza de la misma y de la distensibilidad pulmonar (Oyarzún, 2009). También, se evidencia una calcificación de las articulaciones externo costales, lo que conduce a que la caja torácica se vuelva más rígida (Oyarzún, 2009). Todos estos cambios generarán una repercusión funcional, así, los adultos mayores tendrán que realizar un mayor esfuerzo respiratorio debido al aumento de la demanda y tenderán a cansarse más (Pont, 2003).

En lo que respecta a los cambios en las cavidades de resonancia, dependen de las alteraciones en la mucosa que las recubren (Juncos, 1998; Pascual & Torres, 2014). La deshidratación provoca una pérdida en la elasticidad y modificación del tamaño de las mismas (Juncos, 1998; Pascual & Torres, 2014). Esto conlleva una reducción de la amplificación de los sonidos y empobrecimiento del timbre de la voz (Fernández, Ruba, Marqués & Sarraqueta, 2006).

En relación a las alteraciones de los órganos de articulación, se deben mayoritariamente a los cambios en la musculatura bucofacial de las personas mayores

(Rincón, Obando, García & Romero, 2009). Estos presentan hipotonía, que produce alteraciones en la musculatura de los labios, lengua y velo del paladar, así como también pérdida de piezas dentarias (Rincón *et al*, 2009). Lo anterior implica dificultades en la articulación de los sonidos (Moreno *et al*, 2010).

Es necesario destacar, entonces, que el aparato fonatorio, la voz y los procesos principales para la comunicación son también áreas que necesitan intervención en el adulto mayor. Se considera normal que la disfunción fonatoria y ciertas dificultades en la emisión constituyan otras de las limitaciones propias de la edad (Fernández *et al*, 2006). No obstante, las personas mayores deben seguir desarrollando su vida en todo ámbito; por tanto, la voz, como principal y más inmediato medio de comunicación, puede limitarlas de manera muy importante en su diario vivir si no se pone atención en ella (Fernández *et al*, 2006).

Por su parte, Bradt y Dielo (2010) refieren que diversas áreas de trabajo sanitario se enfocan en distintos sectores de la población y postulan que los adultos mayores autovalentes son constantemente un blanco de nuevas intervenciones. En este sentido, consideran que la musicoterapia es fundamental en los trabajos centrados en el final de la vida, ya sea en hospitales como en centros de cuidados paliativos, teniendo como principal objetivo que las personas logren una mejor calidad de vida. Este medio terapéutico ayuda a aliviar sus afecciones, permite el tratamiento de necesidades psicológicas, así como brindar apoyo y consuelo a la familia, facilitando la satisfacción comunicacional y espiritual de las personas (Brandt & Dielo, 2010).

Además de considerar la cantidad de años de vida de las personas, también es fundamental enfocarse en las condiciones como se llega a la vejez (Zavala *et al*, 2006). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002) se refiere a esta etapa con el concepto de “envejecimiento activo”. Este corresponde al “(...)proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (cit. en Vicente, 2011:500).

### 3.5 Adulto Mayor Autovalente

La forma de envejecer genera cambios en la población del Adulto Mayor y en el ambiente que lo rodea. La autovalencia se hace presente cuando la funcionalidad en las actividades de la vida diaria se mantiene. Sin embargo, se presentan procesos internos y externos que afectan la calidad de vida de este grupo etario y disminuyen su autovalencia.

El “envejecimiento activo” se aplica a individuos y a grupos de población, en cuyo proceso las personas toman conciencia de su potencial para su desarrollo físico, social y bienestar mental (Landinez *et al*, 2012). Esto les permite participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les provea una adecuada protección, seguridad y cuidado cuando requieran ayuda (OMS, 2002). Este concepto cobra vital importancia si se considera que el Adulto Mayor está propenso a que disminuyan parcialmente sus funciones cognitivas, lo que involucra problemas de la memoria. (Véliz *et al*, 2010). La preservación de estas funciones son necesarias para desarrollar una vida independiente y productiva, ya que su deterioro afectaría su autonomía e interacción social, incidiendo negativamente en su calidad de vida (Pedraza, 2013).

El envejecimiento activo propicia la existencia de un grupo de Adultos Mayores que son los autovalentes (Landinez *et al*, 2012). Estos adultos son identificados como: personas mayores de 60 años que, de acuerdo a sus características físicas, funcionales, mentales y sociales acordes a su edad cronológica, pueden realizar actividades que son esenciales en el diario vivir (Herrera & Guzmán, 2012). Lo mencionado anteriormente hace referencia a comer, vestirse, bañarse; y otras acciones necesarias para adaptarse al medio, como leer, usar el teléfono, manejar medicamentos, dinero, y hacer trámites (Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, 2012).

Los avances médicos y tecnológicos han permitido que la población pueda llegar a una edad más avanzada que épocas anteriores, y en mejores condiciones (Herrera & Guzmán, 2012). Según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2015), se ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario son efectivos para enfrentar esta etapa de la vida. Así, lograrían aumentar la longevidad, mejorar las condiciones crónicas, prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, mejorar la funcionalidad y la autoestima (Herrera & Guzmán, 2012).

En conjunto con lo anterior, si la sociedad logra arbitrar modos de atención y reconocimiento de este grupo, los adulto mayores podrían vivir una vida más feliz, plena y satisfecha (Herrera & Guzmán, 2012). Para ello, Araya (2012) plantea como concepto principal el “auto-cuidado”, como un medio para mejorar la calidad de vida los Adultos Mayores. Esto se refiere al conjunto de actividades que las personas deciden practicar en pro de su salud personal. El objetivo de ello es mantener el mejor estado de salud posible, aumentar el desarrollo personal y el bienestar de la persona, recuperándose paulatinamente de sus afecciones de su salud o de sus enfermedades (Araya, 2012).

El “auto-cuidado” plantea que las decisiones y, en general la autonomía, tienen como actor principal al propio Adulto Mayor (Araya, 2012). Es este quien controla su vida y todo lo que ella engloba: el estado de salud físico, mental, entre otros (Araya, 2012). Esto es planteado como un factor válido tanto en adultos mayores en situación de enfermedad como en sanos, ya que considera la participación de la familia o redes de apoyo en general (Alonso *et al*, 2010).

Para favorecer el autocuidado, es necesario generar instancias significativas en la vida de los Adultos Mayores Autovalentes. La Musicoterapia puede resultar un recurso de prevención e intervención valioso en esta población. A continuación, se explica el concepto de Musicoterapia, para luego ser profundizado en la etapa del envejecimiento.

### 3.6 La Musicoterapia

La Musicoterapia ha sido ampliamente definida en la literatura desde hace ya varios años, siendo aceptada como una rama de la medicina que estudia la compleja estructura humana y su habilidad para abrir canales de comunicación mediante la música (Benenzon, 1998). La Federación Mundial de Musicoterapia (2011) señala que la musicoterapia tiene por objetivo facilitar y promover la comunicación, las relaciones, al aprendizaje, el movimiento, la expresión y la organización (en Abrahan & Justel, 2011). Por esta razón, su aplicación ha sido expandida por el mundo, por ejemplo, en Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá, China, Israel, Japón, Nueva Zelanda y Europa en general (Ortega, Esteban, Estévez & Alonso, 2009).

La musicoterapia integra dos disciplinas: la música y la terapia en sí (Bruscia, 2008). De acuerdo a Hamilton (1960), la aplicación científica del arte de la música y la danza con un objetivo terapéutico que busque prevenir, restaurar y acrecentar la salud, ya sea esta en su rama física, mental o psíquica del ser humano, corresponde a la musicoterapia. Así pues, el contexto terapéutico da por entendido cuál es el rol del especialista y el del usuario o paciente (Hamilton, 1960). Para efectos de esta investigación, se considerará para ambos las siguientes definiciones:

- a) Músico-terapeuta: es una persona que ofrece su experiencia profesional y servicios para ayudar a un cliente con un asunto de salud (Bruscia, 1997).
- b) Cliente una persona que necesita o busca ayuda de otra persona a causa de una amenaza real, imaginaria o potencial de la salud, ya sea física, emocional, mental, conductual, social o espiritual por naturaleza (Bruscia, 1997).

Una vez adquirida una concepción general respecto de la definición de musicoterapia, es necesario determinar si sus efectos son aplicables a diferentes segmentos etarios. Más en concreto, se deben especificar los efectos que tiene su trabajo con adultos mayores y que generará la intervención de esta investigación. Para ello, se profundizará respecto de las diferentes líneas de trabajo que se han establecido con la música en adultos mayores, según los efectos que brindan.

### **3.7 La Musicoterapia en el Adulto Mayor**

En lo que respecta a los adultos mayores, De Oliveira, Da Silva, Caetano y Mello (2012) consideran la música como un factor relevante, tomando en cuenta los múltiples beneficios que puede aportarles. Entre ellos, otorga al usuario una mejor calidad de vida, puede mejorar el desarrollo motor y cognitivo, facilita la expresión de sentimientos y permite mayor interacción social, pues la música es considerada una forma de comunicación y permite al individuo reflexionar sobre su vida. Los mismos autores señalan también que la música se inscribe en el contexto de la atención paliativa que puede proporcionar comodidad, estimulación de la memoria, actuar como una forma de entretenimiento e incrementar la creatividad.

Koelsch (2009) señaló que la música tiene notables efectos fisiológicos y psicológicos sobre la salud de los individuos en general. Al respecto, los estudios de Hillecke, Nickel y Bolay (2005) identificaron cinco áreas en las que actuaría la musicoterapia: a) Modulación de la Atención; b) Modulación de la Emoción; c) Modulación de la Cognición; d) Modulación del Comportamiento y; e) Modulación de la Comunicación. Con relación a la primera, Modulación de la Atención, la música puede alejar cualquier estímulo propenso a evocar experiencias negativas (como el dolor, por ejemplo). Sobre la Modulación de la Emoción, estudios de Neuroimagen indican que modula la actividad de las estructuras límbicas y paralímbicas, involucradas directamente en la iniciación, generación, mantención, terminación y modulación de las emociones. En cuanto a la Modulación de la Cognición, influye en el

procesamiento de la sintaxis y en la interpretación del significado musical, lo que indicaría que la música facilita el tratamiento de personas con demencia tipo Alzheimer, por ejemplo. Referente a la Modulación del Comportamiento, se establece que comparte sustrato neuroanatómico con la cognición, beneficiándose de esta. Por último, la música influye en la Modulación de la Comunicación, porque es una forma de compartir que permite potenciar diferentes modalidades comunicativas, como intenciones y deseos, por ejemplo (en Koelsch, 2009).

A lo anteriormente planteado, Bruscia (1997) agrega que la "música terapéutica" se genera cuando una persona reconoce que la música es un medio para mantener el estado de salud mental, emocional y físico en condiciones favorables. A continuación, se presentan los beneficios aportados a la salud de las personas, en forma específica, por este tipo de terapia, de acuerdo a reportes de distintos estudios:

- a) **Influencia fisiológica:** se ha demostrado que la música influye la presión sanguínea y el ritmo cardíaco de las personas (Blasco, 2002). Hodges (1980) y Stanley (1964) apuntaron también beneficios en la respiración, reacción galvánica de la piel, dilatación pupilar y tolerancia al dolor.
- b) **Motricidad:** Cotter (1959), Olson (1977) y Staum (1988) afirman que la música aumenta la movilidad de las extremidades del cuerpo y la amplitud del movimiento de las mismas, a la vez que mejora la fortaleza muscular.
- c) **Influencia emocional:** la música disminuye la ansiedad y aumenta la relajación, mediante estimulación del sistema límbico, encargado del procesamiento general de las emociones (Koelsch, 2009).

- d) Preferencias musicales: diferentes investigadores señalan la importancia de la identificación musical según sea la edad del paciente y la calidad de su educación musical. Haack (1988) indicó que las piezas de carácter más popular eran las favoritas de los usuarios durante su adolescencia. A su vez, Lathom, Petersen y Havlicek (1982) mencionaron diferentes estratificaciones también para los estilos de música: patriota, jazz, religiosa, folk, entre otros (Blasco, 2002).
  
- e) Memoria: según Willie (1990), la música potencia la memoria a corto y largo plazo; simultáneamente, reduce la confusión y aumenta la retención de información (Blasco, 2002). Los aspectos que trabaja la música al interactuar con la cognición subyacen en las experiencias musicales que almacena la memoria (Koelsch, 2009).
  
- f) Evocación de recuerdos del pasado: algunas referencias en Bright (1972) y Byrne (1982) señalan que pacientes con Demencia Tipo Alzheimer podían evocar recuerdos muy antiguos, especialmente, ligados a buenos momentos. En algunos casos, se podía incluso escuchar su verbalización (Blasco, 2002).
  
- g) Por su parte, Wlodarczyk (2003) aportó evidencia que confirma la conveniencia de realizar intervenciones mediante la música. Este investigador midió el bienestar emocional de 10 usuarios mediante la Escala de Bienestar Espiritual (SWBS), que cuenta con 18 ítems, que fueron completados por los participantes siguiendo las instrucciones. Las estadísticas mostraron un incremento significativo en el bienestar espiritual de los encuestados una vez provistas las sesiones de musicoterapia. Esto evidencia que las intervenciones con música constituyen un método eficiente para favorecer la salud emocional de las personas.

En tanto, Hilliard (2003) considera que es fundamental indagar en la posible influencia de la música en la calidad de vida de las personas con enfermedades de carácter “terminal”. Se

refiere a identificar específicamente la percepción de los beneficiados al respecto. Estos usuarios pueden encontrarse en condiciones de asistencia, ya sea en hospitales, centros de larga estadía, entre otros (Hilliard, 2003).

En este sentido, Blasco (2002) plantea que los diferentes centros geriátricos de Barcelona que emplean la música entre de sus actividades obtienen beneficios para sus usuarios, según lo constatado, es decir, es un medio para:

- a) Prevenir problemas emocionales serios: la música genera estabilidad emocional, sobre todo frente a casos de pérdida emocional de cualquier índole que puedan generar ansiedad o sentimientos de soledad. Para disminuir estos estados, se trabaja en los centros induciendo el reconocimiento de las preferencias musicales asociadas a recuerdos agradables, para generar una herramienta de fácil acceso frente a la necesidad. Los ambientes musicales son propicios para una atmósfera afectiva que favorezca las relaciones interpersonales y la cohesión de grupo, factores indispensables en el cuadro social de los adultos mayores.
- b) Prevenir trastornos musculoesqueléticos: este objetivo se cumple mediante la aplicación de diferentes actividades de danza, danza de libre expresión, danza social o relajación mediante música.
- c) Ejercitar las facultades personales: favorece el ejercicio de la creatividad principalmente, ya que consiste en plasmar musicalmente poemas, canciones jocosas, piezas musicales, etc.
- d) Para llenar vacíos: si la condición del adulto mayor lo permite, se pueden llenar diferentes tipos de vacíos en los usuarios; mediante los “viajes musicales” que son posibles ante la exhibición de películas o reportajes, se pueden proyectar diferentes

escenarios en la imaginación. Además, a través de la interacción adulto mayor–niño, se puede generar un vínculo de aprendizaje mutuo, acompañándose, por ejemplo, en conciertos o juegos musicales, entre otros.

- e) Recreo o pasatiempo: convergen diferentes aspectos de los puntos anteriores, potenciando la emocionalidad plena de los usuarios y combatiendo la soledad.

Junto con los beneficios ya planteados, la música puede ser utilizada como medio de entrenamiento de habilidades comunicativas (Koelsch, 2009). En este sentido, los fonoaudiólogos también pueden aplicar intervenciones empleando este tipo de terapia no sólo a adultos mayores con patologías específicas, sino que también estarían capacitados para actuar ante el envejecimiento normal, pues sus capacidades comunicativas se van deteriorando (Juncos & Pereiro, 2002). Según Bahamonde, González, Martínez, Muñoz y Toledo (2007), las alteraciones motoras del habla resultan ser las más frecuentes en las patologías que afectan a la comunicación.

### **3.8 Programa Willay**

Willay es un programa grupal complementario a la intervención fonoaudiológica clásica para tratar la enfermedad de Parkinson, debido a que utiliza recursos musicales como canto, danza y expresión corporal. La palabra Willay, escogida para nombrar el programa, es originaria del quechua y significa comunicar. Esta elección se debe a que Willay representa el objetivo principal del programa: potenciar la comunicación verbal y no verbal.

Fue creado por Castillo, Aguilera, Rojas, Romero & Vega en el año 2014. En él, se valida la utilización de la música como medio terapéutico, sumado a los significativos aportes del trabajo grupal. El objetivo principal de Willay es potenciar la comunicación verbal y no

verbal y está dirigido a personas con Enfermedad de Parkinson que se encuentran en estadios I y II de la patología.

Este programa consta de 12 sesiones, distribuidas de forma secuencial en cinco bloques de trabajo: apertura, habla, transición, voz y cierre. La distribución de cada bloque y sus objetivos se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1.**  
*Bloques de Trabajo*

<b>Bloque</b>	<b>Objetivos</b>
APERTURA	Las actividades de este bloque tienen por objetivo vincular a los participantes con la música e introducirlos a la terapia grupal.
HABLA	Las actividades de este bloque tienen como propósito potenciar el habla para lograr una comunicación funcional, de manera de que los participantes puedan desenvolverse en forma eficaz en cualquier contexto familiar, social y laboral.
TRANSICIÓN	Las actividades de este bloque están dirigidas a generar un espacio de integración física, emocional y social.
VOZ	Las actividades de este bloque tienen como propósito potenciar la voz, para lograr una comunicación funcional; debido a ello, los participantes pueden desenvolverse de manera eficaz en cualquier contexto familiar, social y laboral.
CIERRE	Las actividades de este bloque buscan que los participantes generen una reflexión acerca de lo experimentado en la sesión y conocer su estado durante el proceso.

Fuente: Programa Willay (Castillo *et al*, 2014)

Para cumplir con el objetivo principal antes mencionado en los bloques de habla y voz, Willay propone actividades orientadas a optimizar los Procesos Motores Básicos del Habla (PMB), ya que el habla cumple una función fundamental en el proceso de la comunicación oral (Toledo *et al*, 2011). Los procesos antes mencionados son: respiración, fonación, articulación, resonancia y prosodia (Osorio, 1992). Cada uno de ellos incide de forma distinta en la realización del habla, e involucra diferentes estructuras y subprocesos (González & Bevilacqua, 2012).

Con respecto a los PMB, González y Bevilacqua (2012) señalan que la respiración es la materia prima para el habla, ya que la exhalación de aire provocará la vibración de las cuerdas vocales. En tanto, la fonación es el sonido producido por la vibración de las cuerdas vocales; este genera un tono fundamental que luego resultará en lo que conocemos como voz. La resonancia se encarga de amplificar en forma selectiva el tono vocal, mediante las cavidades faríngea, oral y nasal. La articulación modifica el sonido generado por la laringe a través de impedancias producidas por los articuladores. Finalmente, la prosodia corresponde a los aspectos melódicos del habla, que otorgan características lingüísticas y emocionales.

Para efectos prácticos, el equipo creador del programa Willay basado en el juicio de expertos, separa voz y habla, dividiendo los PMB y situándolos en una de las dos esferas mencionadas. Es así entonces que fonación, respiración y resonancia corresponderán a contenidos tratados en la sección voz, mientras que la articulación y prosodia son abordadas en el bloque de habla. De esta forma, el programa hace una división que suele utilizarse en una terapia fonoaudiológica convencional y, por tanto, permitirá plantear con mayor claridad los objetivos preventivo/terapéuticos.

En el año 2015, luego de la aplicación del programa por Castillo, Aguilar, Arneric, Cuadra, Figueroa & Marquéz en una muestra de 6 personas con enfermedad de Parkinson, los investigadores concluyeron que se obtuvo una mejoría en los usuarios de al menos uno de los PMB del habla. Se debe entender el concepto “mejora” como un avance o evolución cuantitativa de índices evaluados y no como una mejora total producto de la misma patología de base de los participantes. En cuanto a la respiración, fonación, articulación y prosodia, no se presentaron cambios estadísticamente significativos; sin embargo, en relación a la resonancia, se observó una variación positiva perceptual general en todos los indicadores que componen esta dimensión y, debido a ello, este proceso se considera como un progreso total.

Cabe mencionar que si bien no se obtuvieron cambios relevantes en todos los procesos motores básicos del habla a través de la escala numérica, es decir, que sean cuantitativamente

significativos, sí se observan cambios cualitativos con una mejora en la percepción acústica en todos los participantes del taller. Es por todo lo mencionado y debido al progreso existente en los usuarios del taller aplicado, se decide adaptar el programa Willay en Adultos Mayores Autovalentes para potenciar las esferas mencionadas anteriormente.

## **4. MARCO METODOLÓGICO**

A continuación, se detalla el planteamiento del problema de esta investigación, que constituye la fuente de reflexión para el trabajo principal. Posteriormente, se presenta la pregunta de investigación, la justificación y viabilidad del estudio, así como la información que contribuye al conocimiento del problema. Para continuar, se presentarán los objetivos, tipo de estudio y diseño. Finalmente se describirán los instrumentos de recolección de información, las herramientas, el trabajo de campo y los materiales. Los aspectos considerados anteriormente, permitieron respaldar ética y metodológicamente la investigación realizada.

### **4.1 Planteamiento del problema**

En investigaciones anteriores, se han creado y aplicado distintos programas utilizando como herramienta principal los recursos musicales. Dichas propuestas se han planteado con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que presentan patologías de diversa índole, a través de su implementación en la intervención clínica individual y grupal. Asimismo, estos programas se aplican de manera transversal a distintos grupos etarios, tanto en Fonoaudiología como en otras áreas de la salud.

En base a lo anterior, surge la idea de utilizar dichos recursos musicales en una población de Adultos Mayores Autovalentes. Si bien ellos no presentan una patología como tal, el envejecimiento produce cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales. Aunque

el foco de atención de los programas preventivos se dirige a una determinada área, se espera que los recursos musicales influyan favorablemente en la calidad de vida de esta población.

En el área fonoaudiológica, se suele trabajar con Adultos Mayores para estimular sus habilidades lingüísticas y comunicativas. Por lo anterior, el presente estudio se basa en un programa que potencie las áreas de voz y habla. De esta forma, se espera adaptar el programa “Willay” para su aplicación preventivo terapéutica de la voz y el habla en adultos mayores autovalentes.

#### **4.2 Pregunta de investigación**

¿Qué modificaciones se deben realizar al “Programa Willay”, para su aplicación preventivo terapéutica en Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso?

#### **4.3 Justificación**

En los últimos años, la población de Adulto Mayor ha incrementado de manera considerable. En Chile, se estima que “la población de adultos mayores al 2020 será de 3,2 millones de habitantes, esto es, por cada cinco personas, un adulto mayor” (Urzúa & Navarrete, 2013:28). Producto de esto, urge a nivel nacional realizar estudios que promuevan el bienestar de las personas que envejecen. La finalidad de dichas indagaciones debieran enfocarse en la compensación de las pérdidas asociadas al ciclo de la vejez.

El adulto mayor cuenta aún con “la plasticidad o capacidad de adaptación, que permite que la vejez sea una etapa plena de la vida” (Kornfeld, 2006:36). A pesar de esto, aún faltan herramientas y estrategias para que el proceso de envejecimiento resulte llevadero. Como

profesionales del área de la salud implicados en la intervención del adulto mayor, es necesario generar instancias que enriquezcan y aporten a un envejecimiento saludable.

El valor terapéutico de la música es su propiedad estimuladora de efectos favorables hacia el desarrollo del ser humano: biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales (Poch, 2002). Por lo tanto, la música se constituye como una herramienta integral y un recurso preventivo/terapéutico valioso. En este sentido, la música produciría una mejora generalizada en la salud de las personas.

Esta investigación pretende proporcionar un material terapéutico distinto a los convencionales. Los recursos musicales constituyen el elemento esencial de la terapia y su principal propósito consiste en intervenir directamente en la voz y el habla de los Adultos Mayores Autovalentes. A futuro, este material tendrá aplicación clínica, por lo que constituye un aporte para la práctica fonoaudiológica.

#### **4.3.1 Viabilidad**

Este estudio forma parte de una línea de trabajo sistematizada y probada ya en tres procesos de tesis, que cuentan con alianzas institucionales que podrían facilitar diversos procesos:

- Trabajo previo en la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso desde el año 2015, mediante talleres de técnica vocal y oratoria con Adultos Mayores Autovalentes. Allí, a través de afiches y una charla, se extendió la invitación para formar parte de la muestra en estudio. Además, en el mismo centro, se contó con un espacio físico para la realización de esta investigación.

- El equipo de expertos que colaboraron en la adaptación del Programa estuvo conformado por especialistas en salud, como fonoaudiólogos(as), psicólogo(a), terapeuta ocupacional, médico geriatra y el profesional del área de medicina complementaria: musicoterapeuta, que han participado año a año de los procesos de tesis anteriores.
- Los materiales necesarios para la implementación fueron útiles de librería, material audiovisual y sistema de amplificación.
- Los costos de impresión de pautas y consentimientos, además de traslado a las distintas instalaciones en que se desarrolló la investigación, fueron cubiertos por los investigadores.

#### **4.3.2 Deficiencias en el planteamiento del problema**

Respecto a los estudios previos realizados en el área, destaca el propuesto por Arana, Galleguillos, Neira y Parra (2012). El estudio lleva por nombre "Programa de Estimulación Cognitiva para el Adulto Mayor Sano utilizando como herramienta los Sonidos y la Música" y se realizó bajo la guía del fonoaudiólogo Patricio Meza. Esta investigación tuvo por objetivo trabajar los aspectos de orientación, atención, memoria y lenguaje, en sesiones distribuidas en bloques de orientación (10 minutos), movimiento corporal (5 minutos), actividad central (40 minutos) y cierre (5 a 7 minutos). Si bien esta propuesta contribuye al ejercicio fonoaudiológico de las habilidades cognitivas y lingüísticas de Adultos Mayores a través de la música, su enfoque no permite aplicarlo para el desarrollo o estimulación de otras áreas, como la de voz y habla. Sumado a lo anterior, la literatura nacional e internacional tampoco ofrece otros programas preventivos que utilicen este recurso para el sector de Adultos Mayores, dirigidos a la voz y el habla.

## **4.4 Objetivos**

### **4.4.1 Objetivo general**

Adaptar el programa “Willay” (Castillo, Aguilera, Rojas, Romero, Vega, 2014), para la para su aplicación preventivo terapéutica en el habla y la voz de adultos mayores autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso.

### **4.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar los conceptos y contenidos necesarios para la adaptación de la versión inicial del programa, según aportes bibliográficos.
- Determinar los conceptos y contenidos necesarios para adaptar la versión inicial del programa, según juicio de expertos.
- Retroalimentar la adaptación del programa mediante un juicio de expertos enfocados desde la perspectiva preventiva y terapéutica en el Adulto Mayor Autovalente.
- Retroalimentar la adaptación del programa mediante opiniones y/o sugerencias de los Adultos Mayores Autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso.
- Retroalimentar la adaptación del programa, a través de las observaciones y sugerencias de los investigadores quienes aplicarán el programa piloto a un grupo de Adultos Mayores Autovalentes que asisten a la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de Valparaíso.

## **4.5 Tipo de estudio**

### **4.5.1 Enfoque**

El enfoque del estudio fue cualitativo; Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que este permite la recolección de datos sin medición numérica para responder preguntas de investigación en el proceso de interpretación. En el estudio, los datos recolectados de los expertos y los adultos mayores resultaron de un constructo de experiencias, perspectivas y aspectos subjetivos que se generaron durante el proceso de adaptación del programa.

### **4.5.2 Alcance**

El alcance del estudio fue exploratorio, ya que se indagó en un tema escasamente explorado del cual surgen dudas que es necesario aclarar con un proceso investigativo (Hernández *et al*, 2010). Específicamente, no se han encontrado programas enfocados en la intervención de procesos motores básicos en adultos mayores autovalentes, por lo tanto, este estudio se propuso abrir un campo de conocimiento poco abordado.

### **4.5.3 Diseño**

El diseño que se propuso fue investigación acción, ya que se aportó información en la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales (Hernández *et al*, 2010). El principal objetivo de este estudio fue la adaptación de un programa preventivo terapéutico para adultos mayores, en base a la revisión bibliográfica previa y a la opinión de expertos y adultos mayores, por lo tanto, se aplicaron modificaciones necesarias de contenido y forma, para que el nuevo programa resultara atingente a la población de adultos mayores autovalentes.

## 4.6 Descripción de las muestras

A pesar de vivir un desgaste que debe ser considerado normal dentro del ciclo de vida, los adultos mayores necesitan de intervenciones profesionalizadas y adecuadas a su contexto. Es por ello que, para lograr un trabajo eficiente, esta investigación consideró tres muestras de trabajo: profesionales de salud (para los primeros dos grupos) y el grupo de adultos mayores en estudio.

### 4.6.1 Muestra 1

La muestra 1 estuvo compuesta por profesionales del área de salud: fonoaudiólogo(a), terapeuta ocupacional, médico geriatra, psicólogo(a) y profesional del área de medicina complementaria: musicoterapeuta que aportaron información relevante para la posterior adaptación del programa.

#### a) Tipo de muestra

La muestra fue de tipo no probabilística y de diseño de muestreo de expertos, debido a que la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación y no de procedimientos al azar (Hernández *et al*, 2010).

#### b) Tamaño de la muestra:

- Un fonoaudiólogo/a del área de voz y otro fonoaudiólogo del área de habla.
- Un profesional terapeuta ocupacional. .
- Un profesional geriatra.
- Un profesional psicólogo/a.
- Un profesional musicoterapeuta.

**c) Unidades de información:**

- Profesional fonoaudiólogo/a egresado de universidad perteneciente al CRUCH.
- Terapeuta Ocupacional egresado de universidad perteneciente al CRUCH
- Médico Geriatra egresado de Universidad perteneciente al CRUCH
- Psicólogo/a egresado de Universidad perteneciente al CRUCH
- Profesional Musicoterapeuta con postítulo de musicoterapia en la Universidad de Chile o egresado de universidad extranjera, reconocida en el país con título de pregrado

**d) Criterios de selección de la muestra****Criterios de inclusión:**

- Fonoaudiólogos(as) expertos(as) en el área de voz
- Fonoaudiólogos(as) experto(as) en el área de habla.
- Fonoaudiólogos(as) con al menos cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Fonoaudiólogos(as) con al menos tres años de experiencia laboral en el área de voz y habla.
- Fonoaudiólogos(as) que trabajen o hayan trabajado con Adultos Mayores en los últimos 3 años.
- Terapeuta ocupacional con al menos cinco años de experiencia laboral.
- Terapeuta ocupacional egresado de universidad perteneciente al CRUCH.
- Terapeuta ocupacional que trabaje o haya trabajado con Adultos Mayores en los últimos 3 años
- Geriatra con al menos cinco años de experiencia laboral.
- Geriatra egresado de universidad perteneciente al CRUCH.
- Psicólogo(a) con al menos cinco años de experiencia laboral.
- Psicólogo(a) egresado de universidad perteneciente al CRUCH.
- Psicólogo(a) que trabaje o haya trabajado con Adultos Mayores en los últimos 3 años.
- Musicoterapeuta con al menos cinco años de experiencia laboral.

- Musicoterapeuta con postítulo de musicoterapia en la Universidad de Chile o egresado de universidad extranjera reconocida en el país con título de pregrado.

**Criterios de exclusión:**

- Fonoaudiólogos(as) con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Fonoaudiólogos(as) con menos de tres años de experiencia laboral en el área.
- Fonoaudiólogo(a) sin experiencia en el área de voz
- Fonoaudiólogo(a) sin experiencia en el área de habla.
- Terapeuta ocupacional con menos de cinco años de experiencia laboral.
- Terapeuta ocupacional con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Geriatra con menos de cinco años de experiencia laboral.
- Geriatra con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Psicólogo(a) con menos de cinco años de experiencia laboral.
- Psicólogo(a) con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH
- Musicoterapeuta con menos de cinco años de experiencia laboral.
- Musicoterapeuta sin postítulo de musicoterapia en la universidad de Chile o egresado de universidad extranjera reconocida en el país.

**4.6.2 Muestra 2:**

La muestra 2 estuvo integrada por dos profesionales fonoaudiólogos, uno del área de habla y otro del área de voz, que participaron en la retroalimentación del programa ya adaptado por los investigadores/as

**a) Tipo de muestra:**

La muestra fue de tipo no probabilística y de diseño de muestreo de expertos, debido a que la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación y no de procedimientos al azar (Hernández *et al*, 2010).

**b) Tamaño de la muestra:**

- Un fonoaudiólogo(a) del área de voz.
- Un fonoaudiólogo(a) del área de habla.

**c) Unidades de información:**

- Profesional fonoaudiólogo(a) especialista en habla egresado de universidad perteneciente al CRUCH.
- Profesional fonoaudiólogo(a) especialista en voz egresado de universidad perteneciente al CRUCH.

**d) Criterios de selección de la muestra****Criterios de inclusión**

- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en voz con al menos cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en voz con al menos tres años de experiencia laboral en el área de voz.
- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en voz que trabaje o haya trabajado con Adultos Mayores en los últimos 3 años.
- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en habla con al menos cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.

- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en habla con al menos tres años de experiencia laboral en el área de habla.
- Fonoaudiólogo(a) experto(a) en habla que trabaje o haya trabajado con Adultos Mayores en los últimos 3 años

### **Criterios de exclusión**

- Fonoaudiólogo(a) del área de voz con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Fonoaudiólogo(a) con menos de tres años de experiencia laboral en el área de voz.
- Fonoaudiólogo(a) sin experiencia en el área de voz
- Fonoaudiólogo(a) del área de habla con menos de cinco años de egreso de una universidad perteneciente al CRUCH.
- Fonoaudiólogo(a) con menos de tres años de experiencia laboral en el área de habla.
- Fonoaudiólogo(a) sin experiencia en el área de habla

### **4.6.3 Muestra 3**

La muestra 3 estuvo compuesta por Adultos Mayores Autovalentes que participan de talleres en la OCAM de Valparaíso.

#### **a) Tipo de muestra**

Esta muestra fue de tipo no probabilística debido a que la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación y no de procedimiento al azar (Hernández *et al*, 2010). Asimismo, correspondió a un diseño de muestreo de participantes voluntarios que cumplieran con los criterios de inclusión.

**b) Tamaño**

15 Adultos Mayores que asistieron a talleres de la OCAM de Valparaíso durante los meses de Septiembre – Octubre 2016.

**c) Unidad de información:**

- Adulto Mayor Autovalente que asistieron a talleres de la OCAM de Valparaíso durante los meses de Septiembre – Octubre 2016.

**d) Criterios de selección de la muestra****Criterios de inclusión:**

- Personas mayores de 60 años.
- Adultos Mayores que pudieran realizar actividades de la vida diaria con autonomía.
- Personas capaces de realizar actividades de adaptación al medio (como leer, usar el teléfono, manejar medicamentos, dinero, y hacer trámites)
- Adultos Mayores sin deterioro cognitivo.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos Mayores con patologías o limitaciones que no correspondieran al proceso normal de envejecimiento.
- Adultos Mayores que presentarán deterioro cognitivo.

**4.6.4 Muestra 4**

Compuesta por el equipo investigador, es decir, los tesisistas co-autores de la presente investigación y la investigadora principal.

**a) Tipo de muestra**

Esta muestra es de tipo no probabilístico, ya que la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación y no de procedimiento al azar, busca confirmar hallazgos (Hernández y cols, 2010).

**b) Tamaño**

El tamaño es de 6 investigadores, cinco estudiantes co-autores de la presente tesis, y la profesora guía (investigadora principal), que retroalimentaron la versión final del programa.

**c) Unidad de información:**

- Investigadora principal de la presente investigación.
- Estudiante tesista co-autor de la presente investigación.

**d) Criterios de selección de la muestra**

**Criterios de inclusión**

Ser parte del grupo de investigación de la presente tesis en el rol de terapeutas y/o observadoras del proceso de pilotaje.

**Criterios de exclusión:**

No ser parte del grupo de investigación de la presente tesis en el rol de terapeutas y/o observadoras del proceso de pilotaje.

#### **4.7 Instrumento de recolección de información**

Los instrumentos de esta investigación correspondieron a la profesora guía, fonoaudióloga Alondra Castillo Delgado, y los cinco estudiantes de la tesis “Adaptación del programa de Recursos Musicales para los Procesos Motores Básicos del Habla en Personas con Enfermedad de Parkinson, para su aplicación preventivo-terapéutica en Adultos Mayores Autovalentes en la OCAM de Valparaíso”, de 5to año de Fonoaudiología, Casa Central de la Universidad de Valparaíso

#### **4.8 Herramientas**

Como todo proceso de esta índole, esta investigación requirió de determinadas herramientas que facilitaran el trabajo de campo y la recolección de la información. Es por ello que, se hizo necesario la creación de cartas de compromiso de trabajo para los distintos profesionales y centros de trabajo que brindaron el espacio físico para las actividades. A su vez, los investigadores determinaron la pertinencia de utilización de test de evaluación de habilidades neuropsicológicas, cognitivas y funcionales.

##### **4.8.1 Para la selección de muestras**

- **Muestra 1: Carta de compromiso de colaboración en el proceso de adaptación (2 fonoaudiólogos(as), uno especialista en Habla y otro especialista en Voz, terapeuta ocupacional, psicólogo(a), médico geriatra y musicoterapeuta).**

Carta de compromiso de colaboración en la tesis para los expertos que participaron entregando información pertinente para el proceso de adaptación inicial. Correspondió dirigir 6 cartas a cada especialista que participe en la adaptación del programa. Estas fueron elaborada por los investigadores de esta tesis (Anexo 1).

• **Muestra 2: Carta de compromiso de colaboración (2 fonoaudiólogos(as), uno especialista en Habla y otro especialista en Voz).**

Carta de compromiso de colaboración en la tesis para los expertos que participaron retroalimentando la adaptación inicial. Correspondieron a 2 cartas dirigidas a cada especialista que participó en la retroalimentación del programa. Estas fueron elaborada por los investigadores de esta tesis (Anexo 2).

• **Muestra 3:**

- Entrevista Neuropsicológica: Escuela de Fonoaudiología, U. de Valparaíso.
- Test Minimental: Modificado.
- Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer: Modificado (PFAQ).

- Entrevista Neuropsicológica utilizada por el Laboratorio de Lenguaje Adulto de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, utilizada para recabar antecedentes relevantes de los Adultos Mayores Autovalentes (Anexo 3).

- Test MiniMental: Modificado (Folstein *et al*, 1975; modificado por Quiroga; Albala y Klaasen, 2004); mide orientación, registro, memoria reciente, atención/concentración, lectoescritura, habilidad visoespacial, comprensión y lenguaje (Anexo 4). Es recomendación común complementar el MMSE con otros tests para aumentar su sensibilidad en la detección de demencias leves y para evitar falsos positivos (Quiroga *et al*, 2004). Este procedimiento se

realizó en la Oficina Comunal del Adulto Mayor Valparaíso (Av. Argentina #864, Valparaíso).

– Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer: Modificado (PFAQ) (Pfeffer *et al*, 1982, modificado por Quiroga; Albala & Klaasen, 2004); evalúa capacidad funcional para desempeñarse en actividades instrumentales de la vida diaria; presenta alta correlación con deterioro cognitivo. La utilización conjunta de MMSE y PFAQ reduce la influencia de la edad y la educación en los resultados (Quiroga *et al*, 2004) [Anexo 5]. Este procedimiento se aplicó en la Oficina Comunal del Adulto Mayor Valparaíso.

#### **4.8.2 Para la recolección de datos**

Para obtener información en esta investigación, se realizaron entrevistas semi estructuradas, tanto a los expertos (Anexo 6), como a los Adultos Mayores (Anexo 7). En la entrevista a expertos se solicitaron sugerencias en cuanto a objetivos, contenidos, actividades, estructuración de las sesiones y estrategias de intervención. Los Adultos Mayores, debieron evaluar los aportes que generó el programa en términos de objetivos, contenidos, actividades (duración e instrucciones claras) y estructuración de las sesiones, todo ello en función de los cambios generados en su calidad de vida.

#### **4.9 Trabajo de campo**

Para facilitar la puesta en marcha de las diferentes etapas de esta investigación, se determinó cada uno de los pasos a seguir en orden consecutivo. El proceso contempló desde la aprobación del estudio por parte del Comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso, hasta la elaboración final del nuevo programa terapéutico, adaptado para Adultos Mayores Autovalentes. La aprobación por parte del comité de bioética fue entregada en el mes de abril del presente año, tras ser enviada durante el mes de diciembre del año 2015. Luego comenzó

el proceso de entrevistas al primer grupo de expertos en el mes de junio, el cual finalizó en el mes de octubre, presentándose dificultades en el transcurso de estos meses, debido a que los acuerdos determinados por las movilizaciones estudiantiles impidieron realizar reuniones en conjunto con la profesora guía. El segundo grupo de expertos, realizó una revisión del programa y entregó acotaciones al mismo, respecto a las áreas de voz y habla. Esto se realizó al finalizar el mes de septiembre y concluyó durante la primera semana de octubre. Por último, la invitación a participar de esta investigación a los Adultos Mayores, fue hecha durante la segunda semana del mes de septiembre, luego se realizó la entrevista a cada participante para posteriormente llevar a cabo el pilotaje que finalizó la segunda semana de octubre. El grupo de investigadores en conjunto con la profesora guía, luego de haber recolectado esta información modificaron el programa para elaborar la versión final en el mes de octubre.

- **Solicitud de aprobación de la investigación por Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso**

Para comenzar la investigación, y con el propósito de asegurar la integridad de cada participante y la viabilidad del estudio, se contemplaron procedimientos bioéticos. Se completó un formulario de solicitud de evaluación de protocolos de investigación, para ser enviado al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, durante diciembre del 2015. Producto de dicha evaluación, se obtuvo un Acta de Aprobación el día 14 de abril de 2016 (Anexo 8).

- **Conceptualización del tema a partir de la revisión bibliográfica**

La recolección de información centrada en el Adulto Mayor Autovalente para describir los efectos del envejecimiento sobre el habla y la voz y los posibles beneficios de la musicoterapia en ellos comenzó en agosto del año 2015, este proceso que finalizó en junio del presente año. Adicionalmente, se revisaron los contenidos del Programa “Willay” (Castillo *et*

al, 2015), con los cuales se realizó una síntesis que luego se presentó a los expertos de la muestra 1.

- **Entrevista a expertos en el área de habla en fonoaudiología, voz en fonoaudiología, musicoterapia, geriatría, terapia ocupacional y psicología.**

Para entrevistar a los expertos colaboradores, se extendió una solicitud vía correo electrónico (se obtuvo la información desde las páginas webs o institucionales de acceso público) durante el mes de junio, a un primer grupo de seis profesionales de las áreas de habla en fonoaudiología, voz en fonoaudiología, musicoterapia, geriatría, terapia ocupacional y psicología (Muestra 1) quienes guiaron los contenidos de la adaptación del programa. Luego de aceptar la invitación, fue enviada una carta de compromiso de participación (Anexo 1), y se fijó una fecha de reunión para realizar una entrevista semi-estructurada (Anexo 6), en la que se presentó la síntesis del programa y se realizaron las observaciones pertinentes. No obstante, durante esta primera parte de entrevistas, las fechas de recepción para realizarlas fueron variables entre cada profesional, algunos requirieron ser contactados dos veces tras un reenvío de invitación electrónica a colaborar, por parte de la profesora guía

Una de las dificultades con la primera muestra, se vinculó al limitado número de profesionales que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Por otra parte no se entregó remuneraciones a los profesionales contactados, por lo que la participación quedó a libre disposición de sus horarios, estableciéndose fechas tentativas de toma de entrevistas, las cuales no fueron concretadas en los plazos propuestos en una primera instancia.

- **Diseño de la propuesta de programa fase I**

El equipo investigador integró los datos obtenidos de las fuentes bibliográficas y entrevistas a expertos para crear el diseño fase I del programa.

- **Acotaciones de expertos del área de voz en fonoaudiología y habla en fonoaudiología para retroalimentar la adaptación inicial del programa.**

Para entrevistar a los profesionales que permitieron retroalimentar el diseño fase I del programa, se extendió una solicitud vía correo electrónico a fines de septiembre, a un segundo grupo de expertos fonoaudiólogos, uno perteneciente al área de voz en fonoaudiología y otro en el área de habla en fonoaudiología (Muestra 2). Luego de aceptar la invitación, fue enviada una carta de compromiso de participación (Anexo 2), y se fijó una fecha de reunión para que hicieran una revisión del programa y posteriormente entregar acotaciones. La información obtenida fue analizada por los investigadores para crear el diseño fase II del programa. Los tiempos utilizados en esta etapa fueron inferiores en comparación al primer grupo de expertos, ya que estos forman parte del grupo de docentes de planta dentro de la escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.

- **Diseño de la propuesta de programa fase II**

El equipo investigador integró los datos obtenidos de las acotaciones y revisiones hechas por el segundo grupo de expertos y modificó el diseño fase I del programa. De esta forma se creó el diseño fase II del programa, durante las primeras semanas de octubre, obteniendo el programa que fue presentado a los adultos mayores. Cabe destacar que los tiempos disponibles fueron limitados, ya que los investigadores paralelamente a este trabajo, realizaban las labores requeridas de sus respectivas prácticas profesionales.

Para el análisis, inicialmente se realizaron sesiones de revisión del programa de forma oral, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas para obtener el vaciado de la

información entregada. Luego se crearon matrices de análisis de datos, permitiendo identificar la información relevante facilitada por los expertos para las actividades de habla y voz.

- **Diseño de la propuesta y pilotaje**

El equipo investigador analizó las matrices creadas en dos reuniones de tres horas de duración cada una, en conjunto con la profesora guía para finalmente adaptar las actividades y proponerlas en el pilotaje con los adultos mayores. El contenido y forma de dichas actividades exigía ser probado para asegurar que estas variables no interfirieran con el cumplimiento de los objetivos del programa. Los criterios de selección fueron hechos para ver la pertinencia de las actividades, la claridad de las entrevistas y documentos entregados.

- **Aplicación piloto del programa adaptado, a una muestra de 15 Adultos Mayores Autovalentes, para retroalimentar la segunda versión del programa y realizar el segundo rediseño.**

Se solicitó autorización a la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de Valparaíso, mediante carta de compromiso (Anexo 9) para hacer uso de sus dependencias en la Adaptación del Programa de Recursos Musicales en el mes de diciembre del año 2015. Una vez obtenida dicha autorización, fueron situados afiches informativos dentro de las dependencias de la OCAM, durante la segunda semana de septiembre y se invitó a los Adultos Mayores Autovalentes a participar del proceso investigativo. Adicionalmente se realizó una charla informativa en esa misma semana para los interesados y se les entregó un recordatorio escrito de la fecha de la sesión de evaluación.

Previo al pilotaje, se realizaron dos sesiones de evaluación a los Adultos Mayores un día martes y viernes por la mañana durante las dos últimas semanas de septiembre, en una sala facilitada por OCAM. Durante estas sesiones, se cumplió con condiciones ambientales

favorables para la evaluación, la sala facilitada en OCAM no presentaba interferencia acústica que hubiese causado distracción en los participantes, además el mobiliario como mesas y sillas estaban presentes a libre disposición de los investigadores. En esta evaluación se facilitó un consentimiento informado a los postulantes del taller, en el cual se mencionaron los procedimientos involucrados en la selección de los participantes, la ejecución de la investigación, así como también en qué consistiría su colaboración (Anexo 10). Firmado el documento, se aplicó la entrevista neuropsicológica, test Minimal modificado y Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer previamente mencionados en el consentimiento, para determinar que dichos Adultos Mayores cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. De no haber sido seleccionado en la muestra para la investigación, de igual manera se permitió la participación del adulto mayor, sin embargo, los resultados obtenidos de su participación en el taller no fueron considerados en el programa.

El pilotaje consistió en la aplicación de las actividades seleccionadas, con la finalidad de analizar la pertinencia del contenido y forma. En cada actividad se le solicitó a los adultos mayores retroalimentar en base a las preguntas propuestas por los monitores. Estas preguntas tenían relación con la forma de presentación de los documentos, es decir, claridad de la información, tamaño de letra, y si el lenguaje era comprensible. En relación al contenido se les preguntó por la complejidad de las actividades, la elección del repertorio musical, si podían llevar a cabo las actividades, y por último reflexionar sobre situaciones hipotéticas de trabajo. No fueron probadas todas las actividades propuestas en este programa ya que se unificaron los criterios (específicamente a actividades del bloque de voz y habla) y no tenía objetivos terapéuticos. Se hizo en las dependencias de la OCAM, con el previo consentimiento de la institución. Se realizaron 4 sesiones de 90 minutos cada una y al finalizar la sesión se les entregó una merienda saludable y el dinero correspondiente al pasaje. Todo el proceso fue registrado audiovisualmente, para luego realizar el vaciado de información en la bitácora de campo, y de esta forma agregar retroalimentaciones del proceso que ocurrían durante el transcurso de las sesiones. Cabe destacar que en cumplimiento con lo acordado en el comité de bioética, se permitió el ingreso al taller a los usuarios que no cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, pero manifestasen su interés en participar

- **Rediseño final del programa, de acuerdo a los resultados obtenidos en el pilotaje**

Se analizó la información recopilada de la muestra 3: Adultos Mayores Autovalentes. Las sesiones del programa fueron modificadas de acuerdo a las apreciaciones de los participantes en la aplicación durante las últimas dos semanas de octubre. Lo anterior se sumó a las observaciones y sugerencias de los estudiantes tesistas y la profesora guía (muestra 4) y con ello se elaboró la versión final del programa adaptado.

#### **4.10 Materiales**

- Computador Lenovo g450.
- Computador MacBook Air .
- Caja activa 15 pulgadas Mlab 06349.
- Trípode Soligor WT 3220.
- Proyector Epson Power lite 53c.
- Papel.
- Lápices de pasta azul Bic.
- Bombillas.
- Vasos.
- Agua.
- Pizarra.
- Plumón de pizarra.
- Cámara NIKON 310



## 5. RESULTADOS

En este apartado, se exponen los resultados obtenidos a partir de las anotaciones en la bitácora de campo utilizada durante el proceso de recolección de información. Este proceso consistió en la adaptación de un programa de recursos musicales para su aplicación en la prevención y terapia del habla y la voz en adultos mayores autovalentes pertenecientes a la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la comuna de Valparaíso. En primer lugar, se detallan los resultados de las entrevistas realizadas a la muestra 1, correspondiente a 6 profesionales: dos fonoaudiólogos, uno experto en el área de voz y otro en el área de habla, un terapeuta ocupacional, un médico geriatra, un psicólogo y un musico-terapeuta. En segundo lugar se presentan los resultados de la muestra 2, relativa a 2 profesionales fonoaudiólogos, especialistas en el área de voz y habla. En tercer lugar, se presentan los resultados de la muestra 3 correspondiente a un grupo de 7 adultos mayores pertenecientes a la OCAM de Valparaíso mediante cuatro sesiones de pilotaje de actividades. Finalmente se presentan las observaciones finales realizadas por la muestra 4, correspondiente a los estudiantes tesistas de la investigación.

### 5.1 Muestra 1: Expertos de adaptación (profesionales del área de salud).

En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos de la muestra 1 expuestos en tablas que contienen la información más relevante para esta investigación. El análisis de contenido de cada una de las preguntas realizadas en las entrevistas permitió extraer las categorías más significativas para el estudio. La propuesta inicial de programa se realizó en base al programa Willay y las entrevistas a los profesionales fonoaudiólogo del área de voz, fonoaudiólogo del área de habla, terapeuta ocupacional, médico geriatra, psicólogo y musicoterapeuta.

La tabla 1 entrega información sobre la primera pregunta realizada en la entrevista a los expertos de adaptación (Anexo 6), referente a los contenidos del programa. La tabla 2 entrega información sobre la segunda pregunta, referente a las principales dificultades del

trabajo con adultos mayores. La tabla 3 entrega información sobre la tercera pregunta, respecto a los efectos de la música en la calidad de vida de los adultos mayores. La tabla 4 entrega información sobre la cuarta pregunta, referente a las estrategias de intervención utilizadas en el trabajo con adultos mayores. La tabla 5 entrega información sobre la quinta pregunta, respecto a la cantidad de sesiones necesarias para evidenciar mejoras en la salud de los usuarios. A continuación se presentan los resultados de la muestra 1:

**Tabla 2.**

*Resultados referentes al contenido del programa*

<b>Profesional</b>	<b>Síntesis</b>	<b>Cita</b>
Fonoaudiólogo de voz	-Contenidos adecuados. -Enfoque dinámico y atractivo para adultos mayores. -Visión integral del adulto mayor.	“(…) me pareció bastante completo, sobre todo por el tema desde la musicalidad incorporar esas nociones en adultos mayores(…)” <b>FV1</b> “(…) el enfoque me pareció dinámico bastante atractivo para adultos mayores (…)” <b>FV2</b> “(…) se plantea desde una visión más integral y eso me pareció bastante interesante.” <b>FV3</b>
Fonoaudiólogo de habla	-Considerar actividades de retención o memoria y evocación.	“(…) consideraría eso sí, algunas actividades que puedan potenciar la atención o memoria y evocación y que esté explicitada en la actividad los contenidos que aborda y el objetivo.” <b>FH1</b>
Terapeuta Ocupacional	-El ritmo de la voz, la respiración, el control motor, la articulación. -El repertorio musical debe abarcar entre los 7 y 20 años. -Realizar entrevista inicial para conocer la historia del usuario.	“(…)mantener un buen control del ritmo de la voz, la respiración debe ser adecuada, el control motor y la articulación al emitir las palabras (…)” <b>TO1</b> “(…)el repertorio es fundamental, necesitan saber qué escuchaban los adultos mayores entre los 7 y 20 años, ya que en ese rango se encuentra música que ha sido significativa en sus vidas (…)” <b>TO2</b> “(…) el programa debe ser un modelo centrado en la persona, se debe construir una biografía de la persona con su vivencias, la cual se puede obtener mediante una entrevista inicial”. <b>TO3</b>
Geriatra	<i>La respuesta del profesional no corresponde a la pregunta planteada.</i>	<i>La respuesta del profesional no corresponde a la pregunta planteada.</i>

(Continúa en la página siguiente)

Psicólogo	-El programa debe tener un objetivo claro, que sea recalcado a lo largo del proceso.	“(...) debe tener una columna vertebral, una consigna u objetivo para introducir en cada sesión y de esa forma controlar las expectativas de las personas, creando una pertenencia al grupo (...)”. <b>Ps1</b>
Musicoterapeuta	-Entrevista sobre preferencias musicales.  -En pro de la operacionalización de lo anterior, generar un cuestionario de preferencias musicales.  -Incluir trabajo de vocalizaciones y ejercicios para generar apoyos respiratorios.  -Incluir el trabajo de la voz desde un uso más lúdico.  -Los monitores deben modelar los ejercicios.	"en lo posible incluir una suerte de entrevista sobre preferencias musicales a los participantes..." <b>Mt1</b>  "es necesario saber qué repertorio usar, apelar a un componente emotivo, tener componentes significativos (...) puede ser complementario". <b>Mt2</b>  “(...) ejercicios con escalas y técnicas para aumentar el rango vocal. Usar la voz y sonidos vocálicos, jugar desde un lugar menos estructurado y más libre (...)”. <b>Mt3</b>  “(...)los terapeutas o monitores deben constituir en todo momento un modelo activo de las actividades(...)”. <b>Mt4</b>

En la Tabla 2 los profesionales respondieron a la pregunta ¿Qué elementos considera que faltan y/o se debieran incluir para que este programa se enfoque en el adulto mayor autovalente?

De la Tabla 2, se destacan las siguientes categorías:

- Entrevista inicial.
- Repertorio musical.
- Habilidades cognitivas y motrices.
- Ejercitación lúdica.
- Objetivos transversales.
- Demostración de los ejercicios.

En lo referente a contenidos del programa, los expertos señalan las siguientes consideraciones: incluir una entrevista inicial, para obtener una perspectiva general del grupo con el que se va a trabajar; utilizar un repertorio musical escogido por los usuarios; tener en

cuenta habilidades cognitivas y motrices que se estimulan indirectamente a los objetivos planteados (atención, respiración, control motor, entre otros); incluir actividades de ejercitación lúdica; recalcar constantemente los objetivos transversales a los adultos mayores y adicionalmente, los monitores deben demostrar cómo se realiza cada ejercicio previo a su realización.

**Tabla 3.**

*Resultados referentes a dificultades del trabajo con adultos mayores*

<b>Profesional</b>	<b>Síntesis</b>	<b>Cita</b>
Fonoaudiólogo de voz	-Deterioro de funciones cognitivas. -Redes de apoyo.	“(…) básicamente es el tema el deterioro de funciones cognitivas y por otro lado las redes de apoyo que ellos tienen (…)” <b>FV4</b>
Fonoaudiólogo de habla	-Modulación de la información entregada. -Capacidad de retención. -Uso de órtesis -Enfermedades crónicas. -Uso de prótesis	“(…) modular la información que uno entrega porque la capacidad de retención no siempre es la de una persona de otra edad (…)” <b>FH2</b>  “(…) problemas sensoriales ya sean visuales o auditivos porque eso también significa la oportunidad de hacer adaptaciones al material que uno entrega (…)” <b>FH3</b>  “(…) lo relacionado a la enfermedades crónicas, eso hace que en algún momento ellos puedan estar descompensado.” <b>FH4</b>  “prótesis de 20 años y no tiene ajuste a la encía, eso hace difícil el trabajo por ejemplo cuando uno hace praxias” <b>FH5</b>
Terapeuta Ocupacional	-Dificultades auditivas. -Retraimiento social. -Auto-estigmatización del proceso de envejecimiento.	“(…) los adultos mayores han declarado estar sordos o escuchar menos (…)” <b>TO4</b>  “(…) el retraimiento social en muchos de los casos se produce por la hipoacusia. (…)” <b>TO5</b>  “(…) Los adultos empiezan a decretar cosas, llegando a considerarse ciudadanos de segunda categoría... generando que se auto estigmaticen (…)” <b>TO6</b>

(Continúa en la página siguiente)

Geriatra	<p>-Considerar paradigma biopsicosocial, espiritual y funcional de los usuarios.</p> <p>-El envejecimiento es un proceso transgeneracional que afecta a la familia.</p> <p>-La intervención debe realizarse en varios niveles de atención, comenzando por la comunidad.</p> <p>-Dificultades comunicacionales (poca capacidad de síntesis y desorganización de la información).</p>	<p>“(…) las personas que trabajan en geriatría deben tener noción y formación en cada una de las áreas. No se puede ver a una persona por parte (…)”. <b>G1</b></p> <p>“(…)no es solo un proceso individual sino transgeneracional, es decir, la persona que envejece determina la forma en que envejecerán sus familias (…)”. <b>G2</b></p> <p>“(…) hay que trabajar en todos los niveles de atención, partiendo por el comunitario para realizar promoción (…)” <b>G3</b></p> <p>“(…) una dificultad muy importante es la Comunicación (…) La comunicación de los adultos mayores es basada en episodios de su vida, es decir, no sigue una línea (…)”. <b>G4</b></p>
Psicólogo	<p>-Dificultades de desplazamiento y movilización.</p> <p>-Realizar la intervención en horarios accesibles.</p> <p>-Control de grupo por parte de los monitores.</p>	<p>“(…) garantizar es el tema de los desplazamientos cuando el lugar es un poco de difícil acceso o el horario del taller (…)” <b>Ps2</b></p> <p>“(…)se conectan con el dolor fuerte y eso hay que estar super atento a prestar escucha, tener un rato para conversar, ofrecer un espacio alternativo tal vez para conversar sobre eso (…)”. <b>Ps3</b></p>
Musicoterapeuta	<p>-Capacidad motora.</p> <p>-Desgaste físico.</p>	<p>“(…) considerando capacidad de movimiento, desgaste físico pero en general, la musicoterapia es muy adaptable”. <b>Mt5</b></p>

La Tabla 3 responde a la pregunta ¿Cuáles cree usted que son las principales dificultades del trabajo con Adultos Mayores?

De la Tabla 3, se destacan las siguientes categorías:

- Estigmatización del envejecimiento.
- Deterioro de funciones cognitivas.
- Habilidades sensoriales.
- Habilidades motrices.
- Habilidades comunicativas.
- Órtesis y prótesis.

- Familia y redes de apoyo
- Enfermedades crónicas
- Paradigma biopsicosocial, espiritual y funcional de los usuarios.
- \*Consideraciones adicionales: intervención de los horarios y manejo del grupo.

Los expertos señalaron que se debe considerar lo siguiente: deterioro de funciones cognitivas y ejecutivas propias del envejecimiento; estigmas que los usuarios tienen respecto al envejecimiento; uso de aparatos de órtesis y prótesis (prótesis dentarias, gafas y amplificación auditiva) en la realización de las actividades; redes de apoyo de los usuarios; enfermedades crónicas que condicionen el trabajo a realizar en la actividad; y en por último, adherencia a las sesiones. Adicionalmente, sugieren a los monitores controlar los horarios de trabajo con adultos mayores y utilizar técnicas para manejo de grupos en contextos terapéuticos.

**Tabla 4.**

*Resultados referentes a efectos de la música en la calidad de vida*

Profesional	Síntesis	Cita
Fonoaudiólogo de voz	-Despierta sensaciones y emociones. -Ayuda a redescubrirse. -Genera reflexión	“(…) eso va despertando también mucho, sensaciones, emociones que tiene que ver mucho con recuerdos más desde la niñez la adolescencia y la infancia y que eso les ayuda mucho a redescubrirse (…)” <b>FV5</b>  “(…) fueron sesiones muy positivas desde las reflexiones que ellos hacen (…)” <b>FV6</b>
Fonoaudiólogo de habla	-Es un elemento común a todo el ciclo vital. -Es un elemento de conexión con el medio. -Emotividad musical.	“(…) es un elemento que se mantiene a lo largo de la vida (…)” <b>FH6</b>  “(…) la música es su elemento de conexión con el medio (…).” <b>FH7</b>  “(…) en intervenciones con música uno ve el efecto que les provoca desde la emocionalidad.” <b>FH8</b>

(Continúa en la página siguiente)

Terapeuta Ocupacional	<p>-Influencia a nivel psicológico, emotivo, espiritual y cultural.</p> <p>-Genera vibración en las personas.</p>	<p>“(…) enlaza psicológica, emotiva, espiritual y culturalmente a épocas que vivió bien, (…)” <b>TO7</b></p> <p>“(…)Todas las vibraciones que ocurren en la música también influyen en nosotros (…)” <b>TO8</b></p>
Geriatra	<p>-Instrumento de mejoría o de empeoramiento de la calidad de vida de las personas.</p> <p>-Genera conexión con experiencias pasadas.</p> <p>-Entregar oportunidad de acceso a la música.</p> <p>-Música de reminiscencia genera mejores efectos en la rehabilitación motora.</p> <p>-Falta de música puede llevar a un trastorno de salud.</p>	<p>“(…) música es un instrumento de mejoría de la calidad de vida o de empeoramiento (…)” <b>G5</b></p> <p>“(…)Un alto porcentaje de personas relacionan sus vivencias con distintos tipos de música (…)” <b>G6</b></p> <p>“(…)personas mayores que gustan de la música, pero están en este minuto imposibilitadas de escucharla cuando quieran ya que no tienen acceso al mundo digital (…)” <b>G7</b></p> <p>“(…)la música de reminiscencia en los hogares y hospitales geriátricos, generan mejores efectos en la rehabilitación motora (…)” <b>G8</b></p> <p>(…) El no escuchar música aumenta el riesgo de tener algún trastorno del área espiritual que influya en la salud física”. <b>G9</b></p>
Psicólogo	<p>-Conecta a las personas con sus emociones.</p> <p>-Crea un grato ambiente de trabajo.</p> <p>-Provee placer a quién la escucha.</p>	<p>“(…)la musica se selecciona de acuerdo a distintos patrones emocionales, hay musica de esperanza, miedo, pena, etc. La música te conecta efectivamente con las emociones (…)” <b>Ps4</b></p> <p>“(…)la gente efectivamente reporta resultados positivos, hay una mejor disposición al trabajo (…)” <b>Ps5</b></p> <p>“(…) existe una conexión solo comparable a (…) un momento de mucho placer. (…)” <b>Ps6</b></p>
Musicoterapeuta	<p>-Componente motivacional.</p> <p>-Apelación a la reminiscencia y revisión histórica.</p> <p>-Escucha musical y baile como forma de interacción social.</p>	<p>“(…) es importante apelar a lo motivacional mediante la música en los adultos mayores (…)” <b>Mt6</b></p> <p>“(…) se utiliza música que quedó ligada a la juventud. En la tercera edad, con la música se mira hacia atrás y se llega a mirar a la música en la época de oro, a los 20 años aproximadamente (…)” <b>Mt7</b></p> <p>“(…) la escucha musical genera una sensación de satisfacción y el baile como una motivación para bailar y generar una interacción social (…)” <b>Mt8</b></p>

La Tabla 4 responde a la pregunta ¿Tiene conocimientos de los efectos de la música en los Adultos Mayores? ¿Cómo podría contribuir la música en la calidad de vida del Adulto Mayor?

De la Tabla 4, se destacan las siguientes categorías:

- Emocionalidad.

- Motivación.
- Reminiscencia.
- Interacción social.
- Acceso a la música.
- Reflexión.

Los expertos se refieren a los efectos de la música con las siguientes consideraciones: abordaje de la emocionalidad de los adultos mayores; efecto de reminiscencia musical; conservar la motivación grupal; validar el rol música como un factor de interacción social; brindar acceso a la música a los adultos mayores y generar instancias de autoconocimiento y reflexión grupal.

**Tabla 5.**  
*Resultados referentes a estrategias de intervención*

Profesional	Síntesis	Cita
Fonoaudiólogo de voz	- Intervención integral.  -Potenciar habilidades comunicativas a través de la estimulación de otras funciones cognitivas.  -Utilizar habilidades que cada uno presenta y ponerlas al servicio de la comunicación.	“(…) siempre he pensado en una intervención integral (…).” <b>FV7</b>  “(…) ellos puedan potenciar habilidades comunicativas pero a través de la estimulación de otras funciones cognitivas.” <b>FV8</b>  “utilizar las habilidades que cada uno tiene y ponerlas al servicio de la comunicación (…) empezar a trabajar desde las habilidades y desde lo que tienen más conservado.(…)” <b>FV9</b>
Fonoaudiólogo de habla	-Trabajar ritmo, intensidades y entonaciones.	“(…) considerar sobre todo el tema de ritmo, el trabajo con intensidades, y las entonaciones.” <b>FH9</b>
Terapeuta Ocupacional	-Intervención Centrada en la Persona	“(…) modelo de intervención centrado en la persona. De esta manera soy un vínculo para que logren lo que desean (…)” <b>TO7</b>

(Continúa en la página siguiente)

Geriatra	<p>-Registro organizado de información.</p> <p>-Trabajar con la familia.</p> <p>-Conocer los intereses de los usuarios.</p>	<p>“(…) la primera estrategia que utilizo es el orden, tengo un registro de todo porque es mucha la información (…)” <b>G10</b></p> <p>“(…) es muy importante trabajar con la familia. Como yo trabajo con fracturas de caderas, es importante que la familia sepa bien de que se trata lo que tiene el paciente (…)” <b>G11</b></p> <p>“(…) en la consulta siempre trato de conversar con los pacientes, saber donde viven, etc. (…)” <b>G12</b></p>
Psicólogo	<p>-Autocuidado del grupo de trabajo</p> <p>-Brindar espacio de contención emocional a quién lo necesite.</p> <p>-Establecer reglas de participación.</p> <p>-El sonido debe ser envolvente.</p>	<p>“(…) autocuidado del equipo, el felicitar, el abrazarse, el decirle a tu compañero oye me gustó como lo hiciste (…)” <b>Ps7</b></p> <p>“(…) conformar el equipo con roles bien diferenciados... debe haber alguien encargado del clima emocional... ofrecer un espacio alternativo tal vez para conversar (…)” <b>Ps8</b></p> <p>“(…) se debe velar por equidad de la participación, una forma de hacerlo es estableciendo reglas (…)” <b>Ps9</b></p> <p>“(…) la fuente de sonido debe ser lo suficientemente envolvente para que la gente conecte (…)” <b>Ps10</b></p>
Musicoterapeuta	<p>-Abordaje basado en la reminiscencia.</p> <p>-Brindar contención emocional.</p> <p>-Música como herramienta de sociabilización.</p> <p>-Música como herramienta cognitiva y física.</p>	<p>“(…) recordar momentos históricos importantes de la vida de las personas a través de la música. Si hay situaciones complejas, deben hacerse con contención terapéutica (…)” <b>Mt9</b></p> <p>“(…) cada persona empieza a comentar qué pasó con cada canción en cada momento, sumado al hecho de hacer música en conjunto, la improvisación (…)” <b>Mt10</b></p> <p>(…), dirigir la atención, hacer ejercicios de imitación rítmica, estimulación de la memoria y la secuencia. El trabajo físico se realiza desde otras disciplinas, pero también se utiliza la música como una herramienta de motivación al movimiento (…)” <b>Mt11</b></p>

La Tabla 5 responde a la pregunta ¿Qué estrategias de intervención utiliza o utilizaría en el trabajo con Adultos Mayores?

De la Tabla 5, se extraen las siguientes categorías:

- Estrategias de abordaje general de contenidos.
- Estrategias específicas de contenidos.
- Estrategia centrada en la persona.
- Estrategia de trabajo a nivel familiar.

- Estrategia de contención emocional.
- Estrategias de herramientas musicales.
- \*Consideraciones adicionales: registro organizado de información, establecer reglas de participación.

En cuanto a estrategias de intervención, los expertos proponen dos corrientes de trabajo: la primera (entregada por la experta de Voz) señala el abordaje de los usuarios como entes globales, para generar por ejemplo, la intervención en base a la cognición y desde ahí abordar los objetivos de intervención; la segunda (entregada por la experta en Habla) señala el abordaje en base a los aspectos específicos determinados como objetivos de intervención.

Adicionalmente, los expertos añaden estrategias: trabajo centrado en la persona; vinculación con la familia; habilidades terapéuticas para realizar contención emocional y, finalmente, recursos musicales como herramienta de cambios cognitivos y físicos.

**Tabla 6.**  
*Resultados referentes a cantidad de sesiones*

<b>Profesional</b>	<b>Síntesis</b>	<b>Cita</b>
Fonoaudiólogo de voz	-10 a 12 sesiones. -1 sesión semanal.	“(…) uno generalmente propone, una sesión semanal, 3 meses aproximadamente (…) uno piensa así entre 10 y 12 sesiones (…)” <b>FV10</b>
Fonoaudiólogo de habla	-12 a 14 sesiones.	“(…) 12 sesiones me parecen apropiadas. Sin embargo consideraría 2 más con más distancia entre ellas (…)” <b>FH10</b>
Terapeuta Ocupacional	-Es difícil de determinar, depende de la persona.	“(…) es difícil de determinar en cuantas sesiones la música generará cambios, dependerá de la persona (…)” <b>TO8</b>

(Continúa en la página siguiente)

Geriatra	-Es relativo a la persona. -Mantención del programa a largo plazo.	(...) yo creo que es súper relativo, porque hay personas que con una sola sesión va a quedar muy contento y muy bien y otros que van a quedar melancólicos y les va a tomar un tiempo (...). <b>G13</b>  “(...)considero que es más importante la mantención en el tiempo que cuantas sesiones dure el programa”. <b>G14</b>
Psicólogo	-El número de sesiones no es tan relevante como el contenido de las mismas.	“(...) bien podrías hacer tranquilamente 2 -3 sesiones y no necesariamente un semestre (...)”. <b>Ps11</b>  “(...) hay que apuntar a que las sesiones sean significativas, más que pensar en prolongarse en el tiempo (...)”. <b>Ps12</b>
Musicoterapeuta	-Entre 12 y 15 sesiones. -Considerar vínculo terapéutico y de confianza grupal en trabajos a largo plazo.	“(...) el trabajo a largo plazo sobre el vínculo terapéutico, el vínculo de confianza (...)”. <b>Mt12</b>  “(...) Me parece que entre 12 y 15 sesiones es suficiente (...)”. <b>Mt13</b>

La Tabla 6 responde a la pregunta ¿Cuántas sesiones de este programa considera necesarias para evidenciar cambios positivos en los usuarios?

De la Tabla 6, se extraen las siguientes categorías:

- Duración fija.
- Duración variable.
- Ausencia de consenso.
- \*Consideraciones adicionales: el número de sesiones no es tan relevante como el contenido.

Respecto a la cantidad de sesiones del programa, se produjo un disenso que genera dos posturas principales. Por un lado, una parte de los expertos menciona plazos fijos para realizar la intervención. Por otro lado, los expertos restantes señalan que los plazos son variables y deben tener carácter flexible que se ajuste al grupo a intervenir. Adicionalmente, un experto acotó que más allá del número de sesiones, lo relevante es determinar el contenido de las mismas. Por ende, se carece de un consenso respecto a la cantidad específica de sesiones a implementar.

## 5.2 Muestra 2: Expertos de retroalimentación (profesionales fonoaudiólogos)

En segundo lugar, se presentan los resultados de la muestra 2. Para ello, se utilizan tablas con acotaciones en base a la revisión de las propuesta de actividades, realizado por el profesional fonoaudiólogo del área de voz para el módulo de voz (Tabla 7) y por el fonoaudiólogo del área de habla para el módulo de habla (Tabla 8). No se realiza reoalimentación de los módulos inicio, cierre y transición, ya no persiguen un objetivo terapéutico, sino que fomentan la cohesión grupal y generan espacios de reflexión para los adultos mayores.

**Tabla 7.**  
*Resultados referentes a acotaciones del módulo voz*

Contenido	Síntesis	Cita
Claridad en realización de actividades del programa.	Precisar en todas las actividades quién realiza la acción.	“(…) retroalimentación de quién de ellos hacia ustedes? O de ustedes hacia a ellos?”... es que si te fijas, aquí no está especificado sobre qué sujeto va a recaer la acción si? Entonces aquí hay dos actores haciendo cosas”. <b>FdV1</b>
Presentación de glissandos	Los glissandos deben ser más cortos y se deben grabar con voz humana, ya que el sonido del timbre vocal facilita la tarea.	“(…) siento que recordar que la capacidad respiratoria del adulto mayor es ínfima, partir por algo más cortito para que parta con éxito y no con frustración (...)”. FdV2 “(…) es más imitable el timbre humano y no es una interviniente en la capacidad de imitación del otro”. <b>FdV3</b>
Forma de redacción de actividades.	En una investigación la disposición del texto debe ser sujeto, verbo y predicado.	“En ciencia tiene que ser sujeto, verbo, predicado, haciendo énfasis en las pausas respiratorias adecuadas”. <b>FdV4</b>
Propuesta de programa.	Incluir una propuesta de aplicación del programa final.	“La propuesta mía es que después de todo el programa haya una propuesta de aplicación rápida (...)”. <b>FdV5</b>
Recursos materiales.	Utilizar botellas con 3 cm de agua.	“Yo partiría con 3cm después 4cm y 5cm así tú vas viendo si ya con 3cm es difícil o llegaré en un futuro y básicamente eso ha pasado porque la literatura indica ciertas cosas y la realidad otra (...)”. <b>FdV6</b>

(Continúa en la página siguiente)

Estrategias complementarias	Utilización de estrategias de recuento de las sesiones anteriores para introducir los nuevos contenidos en las sesiones a implementar.	“(…) el autor Ausbel propone que tú partas haciendo recuento de los anterior para ir engarzando unas actividades con otras y hacer trabajo cognitivo”. <b>FdV7</b>
-----------------------------	--	--

La Tabla 7 reúne las acotaciones de la fonoaudióloga experta en voz a las actividades presentadas en el diseño fase I del programa.

De la Tabla 7, se extraen las siguientes categorías:

- Especificaciones del programa.
- Forma de presentación.
- Modificación de actividades.
- Estrategias complementarias.

La experta señala las siguientes especificaciones para el módulo de voz: precisar sobre quién recaen las acciones en la descripción de las actividades y generar propuestas de aplicación del programa. Además, en cuanto a la forma de presentación, propone cambios en términos de redacción. Respecto a modificaciones de actividades en sí, sugiere cambiar la cantidad de centímetros de agua a utilizar en las actividades de fonación en tubos con agua y presentar glissandos más cortos en tareas de respiración. Finalmente, la experta añade complementar el desarrollo de las sesiones, conectándolas entre sí, mediante el recuento de los contenidos pasados y vinculándolos con los nuevos a revisar.

**Tabla 8.**  
*Resultados referentes a acotaciones del módulo habla*

Contenido	Síntesis	Comentario
Intervención en habla.	Generar un foco de atención interno y externo en base al trabajo sobre el habla.	“deben generar un foco de atención interno y uno externo. El primero es cuando se trabaja de manera individualizada. El segundo corresponde a cuando la persona visualiza su habla desde un punto externo (...)” <b>FdH1</b>
Envejecimiento como etapa. Metodologías de trabajo.	Visión del envejecimiento como una nueva etapa de la vida. Probar metodologías grupales de trabajo. Aplicación de encuestas interindividualmente.	“La vida es una sucesión de etapas, debido a teorías actuales, más que la última de las etapas”. <b>FdH2</b> “(…)Según la confianza que tengan, explorar descubrimientos inter-individuales sobre el rostro y el cuerpo, ver las estructuras desde la perspectiva del otro (...)” <b>FdH3</b> “(…) la posibilidad de aplicar inter-individualmente la encuesta entre ellos, para tomar percepciones externas”. <b>FdH4</b>
Praxias	-Trabajo de praxias (con secuencias).	“Acá se pueden incluir ejercicios isométricos e isotónicos. Se puede cuestionar cuánta es la fuerza que se necesita para que se desarrollen los movimientos” <b>FdH5</b>
Habla vocálica	-Forma de presentación y estímulos de habla vocálica.	“de la forma, si se proyecta todo, se puede desviar la atención. Se debe procurar que el estímulo visual sea lo más sencillo posible, para que logren la actividad”. <b>FdH6</b>
Trabajo sobre el habla.	Generar un auto-monitoreo sobre el habla.	“ (...) si pretenden generar un cambio en el habla, se debe generar un auto-monitoreo(...) Se debe generar una estrategia que incluya el recordatorio constante de los parámetros que se deben modificar (...)” <b>FdH7</b>
Tipos de actividades y modalidades de presentación.	-Definir focos de actividades, considerar la transferencia a la vida diaria.	“(…) les falta una línea que permita que los adultos mayores transfieran algo a su vida. Hay que definir qué foco escoger para que se conecte esto (...)”. <b>FdH78</b>

(Continúa en la página siguiente)

Habilidades de discriminación auditiva	-Integrar un patrón de seguimiento en tareas verbales.  -Considerar cómo es el procesamiento del sonido.	“Deben considerar las personas que procesan más lento el sonido, no solo por las hipoacusias asociadas a la edad, sino porque así ha sido desde siempre. Se debe generar un canal que abarque a todos. Esto se debe considerar para las actividades que involucren el seguimiento de un patrón en la realización de tareas verbales a partir de un estímulo auditivo”. <b>FdH9</b>
Objetivos de melodía y claridad.	-Definir actividades que asocien la claridad con la melodía.	“(…) definir una forma de trabajo para actividades que impulsen a asociar la claridad con una melodía determinada”. <b>FdH10</b>
Inclusión de aspectos personales.	-Modificar actividades que tengan flexibilidad para el trabajo grupal.	“(…) incluir aspectos del grupo particular donde se trabaja y no se transforme en una receta, dándole un sello personal al grupo (...)”. <b>FdH11</b>

La Tabla 8 reúne las acotaciones del fonoaudiólogo experto en habla a las actividades presentadas en el diseño fase I del programa.

De la Tabla 8, se desprenden las siguientes categorías:

- Lineamientos del trabajo.
- Estrategias de trabajo.
- Selección de actividades.
- Modalidades de presentación.
- \*Consideraciones adicionales: Se debe considerar las personas que procesan más lento el sonido
- 

El experto en el área de habla se refirió a los lineamientos de trabajo: se debe determinar un foco de atención de la intervención y sus objetivos. En cuanto a estrategias de trabajo, propuso presentar el envejecimiento como una etapa más de la vida a los adultos mayores. Respecto a la selección de actividades, estas deben ser revisadas para que cumplan los objetivos propuestos previamente. Finalmente, en lo referente a modalidades de

presentación, se debe tener en cuenta la velocidad enlentecida de procesamiento de información.

### 5.3 Muestra 3

En tercer lugar, se presentarán los resultados de la muestra 3, correspondiente a las 4 sesiones de pilotaje realizadas con 7 Adultos Mayores en la OCAM de Valparaíso. Cabe destacar que inicialmente se convocó a 15 sujetos asistentes a charla informativa en OCAM, de los cuales 10 acordaron asistir a la fecha de evaluación. De ellos, 2 usuarias no cumplieron con los criterios de inclusión, quedando fuera de la muestra. Adicionalmente, otro usuario no asistió a la fechas de pilotaje. Por lo tanto, la muestra se redujo a 7 adultos mayores. Se exhiben los resultados de las 4 sesiones de pilotaje en cuatro tablas: la primera y segunda respecto a las sesiones del pilotaje de Voz (tablas 9 y 10) y la segunda y tercera de acuerdo a las sesiones de Habla (tablas 10 y 11). La modalidad de presentación corresponderá a actividades previamente seleccionadas según el análisis del equipo investigador. Así, se presentan las tablas con las actividades en orden numérico, señalando entre paréntesis el número al que corresponden dentro del programa total.

**Tabla 9.**

*Resultados de la primera sesión del pilotaje de voz*

Actividad	Sugerencias de modificación	Citas
Nº 1 (Actividad 1) Describiendo mi voz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agregar un espacio para asignar comentario en la encuesta de autopercepción.</li> <li>- Agregar pregunta a encuesta de autopercepción sobre reflujo gastroesofágico.</li> <li>- Agregar pregunta a encuesta de autopercepción sobre el canto.</li> <li>- Incluir una pauta de recomendaciones sobre cuidado de la voz.</li> </ul>	<p>“(…)a la pauta le falta un ítem de propios comentarios, para poner nuestra realidad” <b>AMa1</b></p> <p>“(…) yo tengo reflujo entonces eso también afecta y no sale” <b>AMf1</b></p> <p>“falta alguna pregunta de canto”<b>AMe1</b></p> <p>“¿Qué hago para solucionar los problemas que salen aquí?” <b>AMd1</b></p>

(Continúa en la página siguiente)

<p>N° 2 (Actividad 4) Crónica postural nivel II</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consideran adecuado que se evalúe postura con fotografías.</li> <li>- El que debería tomar la fotografía es el terapeuta.</li> <li>- Las fotos pueden ser observadas por sus compañeros y/o terapeutas.</li> </ul>	<p>“No me molesta que me saquen fotos y las miren” <b>AMc1</b></p> <p>“(…)los profesionales deberían tomarlas”<b>AMa2</b></p> <p>“(…)no me molesta que las mire cualquiera” <b>AMb1</b></p>
<p>N° 3 (Actividad 5) Activación corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes de realizar la actividad es necesario preguntar a todos los participantes si presentan alguna dificultad muscular que les impida realizar movimientos o genere dolor.</li> <li>- La música propuesta es adecuada para la actividad.</li> <li>- No necesitan apoyo adicional a lo propuesto en la actividad.</li> </ul>	<p>“algunos movimientos provocan dolores musculares, malestar(…)” <b>AMg1</b></p> <p>“yo creo que sirve para esta actividad (…)”<b>AMb2</b></p> <p>“(…)en general no necesito donde apoyarme”<b>AMb3</b></p>
<p>N°4 (Actividad 6) Conociendo mi respiración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La canción presentada para la actividad les parece pertinente.</li> <li>- Las preguntas son adecuadas y comprensibles.</li> </ul>	<p>“(…)me relaja, da espacio para que entre el aire” <b>AMf2</b></p> <p>“las preguntas se entendieron bien (…)” <b>AMe2</b></p>
<p>N°5 (Actividad 7) Un nuevo apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprenden la tarea que deben realizar y la música es pertinente para la misma.</li> <li>- El ejercicio no les dificulta y pueden realizarlo sin mayores problemas.</li> </ul>	<p>“se entiende lo de la música” <b>AMd2</b></p> <p>“no me mareo con el ejercicio” “no fue difícil” <b>AMg2</b></p>
<p>N°6 (Actividad 10) Respiro emoción nivel II</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La instrucción de la actividad debe ser más clara y es necesario enfatizar en la interpretación de la emoción.</li> <li>- Se reconocen todas las emociones utilizadas en la actividad.</li> </ul>	<p>El monitor observa que se deben hacer aclaraciones durante la instrucción de esta actividad y guiar el proceso de reconocimiento.</p> <p>“nos parecen parecidas las emociones” <b>AMc2</b></p>

La Tabla 9 reúne las opiniones vertidas por los adultos mayores en la primera sesión del pilotaje de voz, correspondiente a las actividades 1, 4, 5, 6, 7, y 10 del módulo de voz en el diseño fase II del programa.

**Tabla 10.**  
*Resultados de la segunda sesión del pilotaje de voz.*

Actividad	Sugerencias de modificación	Citas
N° 7 (Actividad 13) A través de una bombilla nivel II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se diferencia un sonido áfono y uno sonoro.</li> <li>- Se percibe la diferencia entre los patrones ritmos, el rápido genera más dificultad.</li> <li>- No se perciben diferencias entre bombillas de diámetros distintos.</li> <li>-Dificultad al realizar la actividad con agua.</li> </ul>	<p>“(…) ese en el que hacíamos la u era mas complicado” <b>AMa3</b></p> <p>“(…)en la rápida es difícil, cuesta más tomar el aire “ <b>AMc3</b></p> <p>“se parecen bastante las dos bombillas” <b>AMg3</b></p> <p>“es más difícil hacerlo con agua, cansa harto” <b>AMb4</b></p>
N° 8 (Actividad 16 y 17) Fricativos áfonos Fricativos sonoros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón rítmico es adecuado.</li> <li>- Es necesario practicar todos los sonidos por separado antes de hacerlo en grupos.</li> <li>- Se requiere apoyo visual de los fonemas utilizados para cada actividad.</li> </ul>	<p>“(…) me parece bien para hacer la actividad” <b>AMd3</b></p> <p>“(…)v z y es más difícil. Serviría practicarlos por separado antes” <b>AMb5</b></p> <p>“mirar el ppt lo hace más fácil” <b>AMe3</b></p>
N° 9 (Actividad 18) Quiero cantar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un aporte que se presente una pequeña reseña del cantante o grupo musical antes de realizar la actividad.</li> <li>- La música es pertinente para la actividad.</li> </ul>	<p>“es bonito aprender cosas de los artistas que uno no conoce” <b>AMd4</b></p> <p>“me parece bien la musica” <b>AMa4</b></p>
N° 10 (Actividad 19) Conociendo mi voz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se perciben las diferencias de tono de las canciones y sugieren retroalimentación de parte del terapeuta para sus observaciones.</li> </ul>	<p>“(…)mi voz es ronca, creo que me costaría llegar al tono de jeannette” <b>AMa5</b></p>
N° 11 (Actividad 26) El poder de las bombillas con agua nivel II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La canción es adecuada.</li> <li>- Opiniones divididas en cuanto a la dificultad de los ejercicios. (Humming y tubos de resonancia).</li> </ul>	<p>“hay conocer bien la canción antes de hacerlo, pero se puede” <b>AMB6</b></p> <p>“más fácil el de la m” <b>AMf3</b></p> <p>“el de la bombilla fue más fácil” <b>AMa6</b></p>
N° 12 (Actividad 30) Conociendo a las estrellas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La actividad es compleja pero con entrenamiento se puede lograr el objetivo.</li> </ul>	<p>“hay que practicar mucho para lograrlo” <b>AMf4</b></p>

La Tabla 10 reúne las opiniones por los adultos mayores en la segunda sesión del pilotaje de voz, correspondiente a las actividades 13, 16, 17, 18, 19, 26 y 30 del módulo de voz en el diseño fase II del programa.

A partir de las Tablas 9 y 10, se extraen los siguientes contenidos:

- Herramientas pertinentes a las actividades.
- Espacio para expresar su propia percepción respecto a la voz.
- Aclaraciones del terapeuta.
- Formato de presentación es adecuado.
- Integrar facilitadores de actividades.
- Participación activa de los usuarios.

Según los adultos mayores y producto del análisis de la forma y contenido de las actividades, las herramientas seleccionadas son adecuadas para las diferentes actividades y sus fines propuestos, sean estas fotografías, canciones, etc. Además, sugieren implementar el espacio dentro de las encuestas para expresar su propia percepción respecto a la voz. Señalan también que los terapeutas deben estar dispuestos a responder y aclarar las instrucciones de las actividades cada vez que sea necesario. Respecto al formato de presentación, en general refieren que es adecuado y permite cumplir los objetivos de la actividad. Sugieren además la necesidad de integrar facilitadores que apoyen la consecución de los objetivos de la actividad. Finalmente, consideran adecuada la participación activa de los ejercicios, para así tener una constante retroalimentación del proceso.

**Tabla 11.**

*Resultados de la primera sesión de pilotaje de habla.*

Actividad	Sugerencias de modificación	Citas
N° 1 (Actividad 1) Definamos el envejecimiento	-La actividad propuesta es considerada adecuada por los adultos mayores.  -Brindar estrategias y consejos para tener un envejecimiento sano.	“excelente que nos den teoría y nos expliquen el envejecimiento.” <b>AMg4</b>  “qué poder hacer nosotros además de los ejercicios” <b>AMa7</b>

(Continúa en la página siguiente)

<p>Nº 2 (Actividad 2) Describiendo mi habla</p>	<p>-Replantear las preguntas número 7 y 8 de la encuesta debido a dificultad de comprensión del enunciado</p>	<p>“El punto 8 de la encuesta no la entendí completamente.” <b>AMe4</b></p> <p>“la número 7 no está clara.” <b>AMc4</b></p>
<p>Nº 3: (Actividad 3) La crónica de mi habla</p>	<p>-Considerar las potenciales dificultades que pueden tener los usuarios al momento de realizar la ejercitación relacionadas al uso de prótesis, parálisis facial, alteraciones de articulación témporo-mandibular y tensión lingual, entre otras.</p> <p>-Moderar la velocidad de ejecución de los movimientos, en relación al ritmo de trabajo del grupo, procurando que todos puedan seguir el desarrollo de la ejercitación.</p> <p>-Prefieren el uso de espejo individual para la retroalimentación activa de la actividad.</p>	<p>“como tengo prótesis no puedo hacer los movimientos de prrr” <b>AMd5</b></p> <p>“la lengua se debe extender harto y eso es lo que más me cuesta” <b>AMg5</b></p> <p>“la mandíbula la tengo adormecida me cuesta un poco esto de llevar la lengua a los lados” <b>AMa8</b></p> <p>“yo tengo parálisis facial entonces también me cuesta hacerlo” <b>AMe5</b></p> <p>“yo creo que el espejo individual está mejor” <b>AMd6</b></p>
<p>Nº 4 (Actividad 4) Gimnasia articular.</p>	<p>-Implementar una rutina de ejercitación en el hogar, incluyendo una pauta individual de reforzamiento visual para trabajar. Adicionalmente, realizar un repaso de la rutina al iniciar cada sesión, hasta aprehenderla.</p> <p>-La música propuesta para la actividad es adecuada para favorecer y motivar el trabajo.</p>	<p>“aprendemos más al llevarlo a la casa”. <b>AMe6</b></p> <p>“si necesito tener esto (apoyo visual) pa poder aprendermelo” <b>AMc5</b></p> <p>“la cancion es llevadera creo que da energia” <b>AMc6</b></p> <p>“si es como alegre, te invita a ejercitar” <b>AMa9</b></p> <p>“creo que es llevadera y agradable como para hacer los movimientos” <b>AMf5</b></p>
<p>Nº5 (Actividad 5) Vocalizando mis sensaciones.</p>	<p>-Preferir el método de seguimiento del puntero láser para realizar actividad de canto vocálico.</p>	<p>A4: si se hace con el puntero todas irán al mismo tiempo, entonces eso lo hace más fácil” <b>AMg6</b></p>

La Tabla 11 reúne las opiniones vertidas por los adultos mayores en la primera sesión del pilotaje de habla, correspondiente a las actividades 1, 2 ,3, 4 y 5 del módulo de habla en el diseño fase II del programa.

**Tabla 12.**  
Resultados de la segunda sesión de pilotaje de habla.

Actividad	Sugerencias de modificación	Citas
<p>N°6 (Actividad 6) Vocalizando mis sensaciones Nivel II.</p>	<p>-Preferir el siguiente orden de trabajo en complejidad creciente: 1°- Grupo completo. 2°- Trabajo en parejas. 3°- Medio grupo (con retroalimentación de la otra mitad) 4°- Trabajo individual frente al grupo.</p>	<p>“es más facil todo el grupo junto porque asi te animas a hacer las cosas” <b>AMd7</b> “después en parejas, porque tenemos más confianza”<b>AMf6</b> “observar al otro sigue, hay que criticar” <b>AMa10</b> “al final uno solo frente al grupo, da vergüenza hay que ensayar harto antes de eso” <b>AMc9</b></p>
<p>N°7 (Actividad 9) Tarareando sílabas Nivel II.</p>	<p>-Considerar que, según sea el desplante de los participantes, no todos querrán participar de la improvisación de baile. Al respecto, se puede proponer que las primeras ejercitaciones sean en posición sentado, siguiendo palmas y/o que progresivamente se vayan incluyendo al baile.  -Respecto al apoyo visual más adecuado para la realización de la actividad, preferir la utilización de proyección power point durante la actividad y entregar apoyo escrito para ejercitación personal en el hogar.</p>	<p>“la verdad no me gusta mucho bailar” <b>AMe8</b> “yo si estoy dispuesta” <b>AMf7</b> “yo creo que acá en la sala el ppt está super bueno”<b>AMg7</b> “si, asi trabajamos todos juntos al mismo tiempo” <b>AMb7</b> “pero tambien hay que llevarlo para la casa” <b>AMd8</b></p>
<p>N° 8 (Actividad 14) Me traba la lengua.</p>	<p>-Los prototipos de trabalenguas propuestos son adecuados para la ejercitación y la cantidad es suficiente.</p>	<p>“me parecen buenos, los encuentro dificiles” <b>AMd9</b> “sí, con esos estan bien, hay harta variedad para escoger”<b>AMf8</b></p>

(Continúa en la página siguiente)

<p>N° 9 (Actividad 16) Sutiles cambios, grandes diferencias Nivel II.</p>	<p>-El formato de la presentación power point presenta algunas observaciones que dificultan el trabajo: distinguir color celeste de verde (preferir otra combinación) y sugerir subrayar sílaba tónica.</p> <p>-Adicionalmente, entregar apoyo visual por escrito para favorecer mejor presentación del estímulo.</p>	<p>“en esta encuentro que el celeste y el verde son muy iguales, no veo cual es cual”. <b>AMb8</b></p> <p>“ahh para lo que dice ella se puede subrayar la sílaba entonces” <b>AMe7</b></p> <p>“si, pero se tienen que tener ambas cosas (ppt y apoyo impreso)” <b>AMc7</b></p>
<p>N° 10 (Actividad 18) El poder de la entonación Nivel II.</p>	<p>-La actividad presentada es adecuada y no presenta mayor dificultad en su ejecución.</p>	<p>“al principio es difícil pero es un desafío” <b>AMc8</b></p> <p>“se puede hacer igual” <b>AMd10</b></p>
<p>N° 11 (Actividad 21) El poder del sonido.</p>	<p>-La actividad es adecuada y es considerado desafiante en cuanto a su realización. También el formato de presentación es pertinente.</p>	<p>“si, no nos dicen al tiro (la emoción de la canción) entonces uno tiene que ir descubriendo” <b>AMa11</b></p> <p>“hay que ponerse de acuerdo como grupo (para encontrar la emoción)” <b>AMc10</b></p> <p>“tiene buen tamaño de letra (ppt)” <b>AMf8</b></p>

La Tabla 12 reúne las opiniones vertidas por los adultos mayores en la segunda sesión del pilotaje de habla, correspondiente a las actividades 6, 9, 14, 16, 18 y 21 del módulo de habla en el diseño fase II del programa.

A partir de las Tablas 11 y 12, se extraen los siguientes contenidos:

- Herramientas propuestas en las actividades son adecuadas.
- Entrega de material que pueda ser utilizado en el hogar.
- Enunciados de algunas actividades requieren mayor claridad.
- Considerar limitaciones propias de la edad.
- Ritmo de trabajo.
- Integrar facilitadores de actividades.
- Orden creciente de complejidad de las dinámicas.

En este caso, los adultos mayores realizan los siguientes comentarios: las herramientas propuestas en las actividades son adecuadas y desafiantes; la entrega de material es necesaria para favorecer la ejercitación individual en el hogar; se deben modificar los enunciados de algunas actividades, ya que pueden resultar confusos; hay que considerar las limitaciones propias de la edad, para determinar un ritmo de trabajo acorde al grupo; se requiere incluir facilitadores para el desarrollo de las dinámicas (láser, espejo, power point, etc) y finalmente, presentan menos dificultad a trabajar en grupo completo inicialmente, luego en parejas, posteriormente trabajo dividiendo al grupo en dos y por último de manera individual frente al grupo completo.

#### 5.4 Muestra 4:

En cuarto lugar, se presentan los resultados de las modificaciones realizadas por los estudiantes tesistas en base a las retroalimentaciones entregadas por las muestras 1, 2 y 3. A continuación se presenta la tabla 13, la cual contiene el tipo de intervención realizada, la síntesis de las modificaciones y las citas correspondientes. Las modificaciones se realizaron, en primer lugar, en base a la síntesis del programa "Willay". En segundo lugar, sobre la retroalimentación de los expertos de la muestra 1 (diseño fase I). En tercer lugar, en base a la muestra 2 (diseño fase II) y finalmente en base a la muestra 3 (diseño final).

**Tabla 13.**

*Resultados de las modificaciones del programa.*

<b>Tipo de Intervención</b>	<b>Síntesis</b>	<b>Citas</b>
Síntesis del programa "Willay".	<p>-Descripción general del programa, bloques y descripción de actividades.</p> <p>-Se selecciona actividad 5 del programa, como prototipo de ejemplo.</p>	<p>"el acuerdo era el siguiente: programa Willay con la tabla de las preguntas, secciones, objetivos por sesión, descripción de actividades, ejemplo de una sesión..." <b>AC1</b></p> <p>"respecto al ejemplo detallado de una sesión, deben presentar solo la sesión 5 y respecto a los objetivos, sólo debían presentar un detalle de los mismos y no todo el desglose..." <b>AC2</b></p>

(Continúa en la página siguiente)

<p>Retroalimentación en base a Muestra 1: diseño fase I.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Generación de módulos de Habla y Voz.</li> <li>-Repertorio musical flexible según las preferencias del grupo.</li> <li>-Carácter flexible del programa en cuanto a la cantidad de sesiones.</li> <li>-Consideración de habilidades cognitivas y motoras de los usuarios.</li> <li>-Carácter lúdico de actividades de inicio, transición y cierre.</li> <li>-Revisión de actividades y decisión sobre contenidos de pilotaje.</li> </ul>	<p>“deben enviarme un listado de actividades para habla y uno para actividades de voz. Adjunten los objetivos específicos de las actividades en cuanto a los contenidos temáticos”<b>AC3</b></p> <p>"generamos un total de 35 actividades de voz y 21 de habla. Son más de la primera área pues el formato de las actividades es más dinámico y permitía desprender una actividad a partir de otra, no así en Habla..." <b>T1</b></p> <p>“se debe añadir en la descripción general del programa la necesidad de considerar las habilidades motoras y cognitivas de los usuarios y la ejercitación lúdica dentro de las actividades de inicio, transición y cierre...” <b>T3</b></p> <p>"adjuntamos actividades de inicio, transición y cierre bajo el último formato, sólo para su constancia. Además y acogiendo lo analizado, se explicitó lo del carácter flexible del programa y utilizar piezas musicales según el grupo con el que se esté trabajando..." <b>T5</b></p> <p>“bueno, y en general, obviamente vamos a probar solamente las actividades de contenido terapéutico, es decir, las de habla y voz, pues las otras no apuntan hacia objetivos específicos del programa...” <b>AC4</b></p>
<p>Retroalimentación en base a Muestra 2: diseño fase II.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Retroalimentación de las revisiones del programa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Especificación de funciones.</li> <li>-Especificaciones de contenidos terapéuticos.</li> <li>-Reafirmación de la generación de diferentes versiones del programa.</li> <li>-Inclusión de adaptaciones y modificaciones de las actividades.</li> <li>-Modalidades de trabajo grupal e individual.</li> </ul>	<p>"acogeremos la solicitud de expertos de puntualizar bien el rol de cada participante dentro de la actividad, señalando en la descripción quién es el encargado de tal y cuál función..." <b>AC5</b></p> <p>"la experta de Voz nos señaló que debíamos disminuir el nivel de agua a utilizar en los ejercicios de fonación en tubo con agua, para así asegurar el éxito terapéutico partiendo desde un nivel que asegure la consecución de logros..." <b>T5</b></p> <p>"además, el experto de Habla nos señaló que quizá sería adecuado proponer diferentes versiones del programa, acorde a líneas terapéuticas específicas y así brindar la posibilidad de aplicar distintos formatos: uno más corto, otro intermedio y otro extenso o completo..." <b>T3</b></p>

(Continúa en la página siguiente)

	<p><b>Retroalimentación en base a las encuestas</b></p> <p>-Orden creciente de complejidad en actividades.</p> <p>-Papel activo de los adultos mayores frente a las retroalimentaciones del programa y adaptaciones menores frente a ellas.</p>	<p>"además, nos pidieron recalcar bien en las descripciones el rol del monitor al momento de solicitar las retroalimentaciones y que estén sumamente receptivos a atender las solicitudes de modificación que puedan ser necesarias para que los usuarios terminen las actividades de manera exitosa" <b>T1</b></p> <p>"vamos a implementar una mini encuesta que nos entregue información respecto a qué preferencias tienen los adultos mayores para progresar en la complejidad del trabajo: si prefieren partir trabajando de manera grupal o en parejas y luego ir complejizando..." <b>AC6</b></p>
Retroalimentación en base a Muestra 3: diseño final.	<p><b>Retroalimentaciones en base al módulo de Voz</b></p> <p>-Comprobación de eficiencia del material presentado.</p> <p>-Necesidad constante de retroalimentación y modificación de descripciones.</p>	<p>"los adultos mayores señalaron que el formato de presentación de las actividades, en general, es adecuado y pertinente para realizar las actividades con éxito. Sólo hay que hacer algunas acomodaciones menores de forma..." <b>T2</b></p> <p>"ellos sugirieron que antes se les preguntara qué dificultades previas podían tener para realizar las actividades, además de ir retroalimentando en el camino. Entonces, hay que incluirlo en las instrucciones..." <b>T4</b></p>
	<p><b>Retroalimentaciones en base al módulo de Habla</b></p> <p>-Necesidad de apoyo visual.</p> <p>-Modificación de instrucciones.</p>	<p>"cuando hicimos la actividad, los adultos mayores prefirieron que se entregaran la mayor cantidad posible de refuerzos, es decir, si se va a utilizar power point, incorporar de todas formas un apoyo visual escrito..." <b>T1</b></p> <p>"revisen si es necesario corregir los enunciados de algunas actividades, para evitar que, sólo por la descripción de la planilla, se generen confusiones en las instrucciones..." <b>AC7</b></p>

En la tabla 13 se presentan los resultados las muestras 1, 2 y3 sumadas a las retroalimentaciones entregadas por el equipo investigador.

A partir de la Tabla 13, se extraen los siguientes contenidos:

- Repertorio musical flexible.
- Carácter flexible del programa.
- Habilidades cognitivas y motoras previas de los usuarios.

- Carácter lúdico de actividades no terapéuticas.
- Especificación de funciones de los participantes en las actividades.
- Especificación de contenidos terapéuticos.
- Modificación de las actividades, instrucciones e inclusión de apoyo visual.
- Modalidades de trabajo de los usuarios.
- Complejidad creciente de trabajo.
- Papel activo de los adultos mayores.
- Retroalimentación constante.

En este análisis, el equipo investigador realizó las modificaciones a partir de la información entregada en todos los procesos anteriores: se decide asignar un carácter flexible al programa, tanto en el repertorio musical a implementar como a las modalidades de presentación del mismo. También, se debe considerar las habilidades cognitivas y motoras previas que poseen los usuarios y que condicionan el trabajo a efectuar. Se debe matizar el trabajo en actividades de inicio, transición y cierre, tornándolas más lúdicas. Se necesita también especificar las funciones de cada persona involucrada en la actividad y algunos contenidos terapéuticos. Respecto a las modificaciones, deben cambiarse algunos aspectos de determinadas actividades, sus instrucciones y la utilización o no de apoyo visual escrito. También es necesario generar trabajos en complejidad creciente e implementar diferentes modalidades de trabajo, ya sea este grupal, individual o en parejas. Finalmente, es necesario recalcar también el rol activo que deben tener los adultos mayores en el desarrollo de las actividades y brindarles una retroalimentación constante referente a sus procedimientos

## 6. DISCUSIONES

En el presente capítulo, se expone el análisis de los resultados obtenidos durante el proceso de Adaptación del programa Willay para su aplicación preventivo terapéutica en la voz y el habla de los adultos mayores autovalentes pertenecientes a la OCAM de Valparaíso. La discusión incluye la información más relevante obtenidas de las entrevistas de la muestra 1 que corresponde a los expertos fonoaudiólogos de habla y voz, musicoterapeuta, geriatra, psicólogo y terapeuta ocupacional con los cuales se creó el diseño fase I del programa. En segundo lugar, la información relevante obtenida de las acotaciones realizadas a los módulos voz y habla por la muestra 2 compuesta por profesionales fonoaudiólogos de habla y voz con quienes se formuló el diseño fase II del programa. En tercer lugar, las respuestas de los participantes de la aplicación del pilotaje del programa correspondiente a la Muestra 3 que fueron los adultos mayores que asisten a la OCAM de Valparaíso; con los cuales se creó el diseño fase III del programa y, finalmente, la Muestra 4 que compete a las observaciones realizadas por los estudiantes tesistas, con quienes se conformó el diseño final del programa “Acordes Mayores” (Anexo 11).

El primer análisis se centra en la información entregada por las entrevistas realizadas a las muestras 1 y 2. Estos grupos de expertos se refirieron a los siguientes aspectos: contenidos del programa, dificultades del trabajo con adultos mayores, efectos de la música en la calidad de vida, estrategias de intervención con adultos mayores y cantidad de sesiones del programa. Se presentarán las discusiones en el orden en que se plantearon las preguntas de las entrevistas.

En cuanto a contenidos del programa, los expertos destacan la implementación de una entrevista inicial, la cual puede entregar información respecto a las preferencias musicales de los adultos mayores. En este sentido, Haack (1988) menciona la importancia de tener una identificación musical acorde a la edad del paciente y a la calidad de su educación musical; agrega además que las piezas de carácter popular eran las preferidas por los usuarios durante

su adolescencia. Por lo anterior, el equipo investigador considera relevante obtener un panorama general en lo referente a las preferencias musicales del grupo a intervenir mediante una entrevista inicial, incluida en las especificaciones del programa.

Adicionalmente, los expertos consideran que la ejecución de las actividades, puede tener repercusión sobre las esferas cognitivas y motoras. Con respecto a esto, la bibliografía menciona que la música tiene efectos valiosos en la salud en general (Koelsch 2009) y puede actuar en diferentes áreas del ser humano, entre las que se encuentra la cognición (Hillecke, Nickel & Bolay, 2005); influyendo en el procesamiento de la sintaxis y en la interpretación del significado musical (Hillecke, Nickel & Bolay, 2005). Además, potencia la memoria a corto y largo plazo (Willie, 1990). Por otra parte, desde el aspecto motor, la música aumenta la movilidad de las extremidades del cuerpo y la amplitud del movimiento de las mimas, a la vez que mejora la fortaleza muscular (Cotter, 1959; Olson, 1977; Staum, 1988) y por lo mismo, es un medio para prevenir trastornos músculo-esqueléticos (Blasco, 2002).

Por lo mencionado anteriormente, el programa “Acordes Mayores” potencia de forma indirecta aspectos cognitivos y motores. En cuanto a lo cognitivo, se beneficiaría la memoria a través del aprendizaje de rutinas prácticas y ejercicios corporales; la atención mediante la escucha activa de pistas, entre otros. Los aspectos motores estarían vinculados a las actividades de movimiento, danza y desplazamientos en el espacio. Si bien el programa está diseñado específicamente para voz y habla, se consideran los efectos en otras esferas. Por ello, el equipo investigador incluye en las especificaciones del programa una aclaración al monitor sobre los aportes indirectos en lo cognitivo y motor.

El grupo de expertos plantea que los monitores encargados de la implementación del programa demuestren en cada actividad cómo se realiza el ejercicio. Según Martínez (2013), un claro liderazgo de las personas que trabajan con adultos mayores, la formación y acompañamiento a lo largo de todo el proceso son factores claves del éxito terapéutico. Por lo anterior, se explicita dentro de las especificaciones del programa como deber de los monitores.

Todas las actividades tienen ejemplificación del monitor, luego práctica del ejercicio en conjunto y finalmente ejercitación autónoma de los adultos mayores. Adicionalmente, se explicita que los monitores resolverán las dudas que surjan en el proceso.

Con respecto a las dificultades de trabajo con adultos mayores, los expertos señalan que se deben considerar en la realización de las actividades las distintas ortesis y/o prótesis que utilizan los adultos mayores; entre ellas se encuentran los aparatos auditivos, las gafas ópticas y las prótesis dentales. La bibliografía revisada asegura que las dificultades a nivel sensorial, principalmente problemas de visión y audición influyen en gran medida en la dependencia de los adultos mayores, esto se debería a que afectan considerablemente la interacción con el medio físico y social (MINSAL, 2009). Debido a lo anterior, el programa contempla dentro de las especificaciones generar las adaptaciones necesarias ante la presencia de estos aparatos, para así cumplir con el objetivo terapéutico formulado. Asimismo, el monitor del programa deberá generar los recordatorios que sean necesarios, para prever que los adultos mayores se presenten a las sesiones con sus ortesis y/o prótesis y así, no entorpecer ni imposibilitar el trabajo. En cuanto a las dificultades visuales, se implementaron las modificaciones necesarias que los usuarios indicaron en las sesiones de pilotaje, respecto a la forma de presentación del material probado, sean estas de tamaño de fuente, claridad de las imágenes, colores, etc.

Dentro de otras dificultades que mencionan los expertos respecto al trabajo con adultos mayores, se encuentran las enfermedades crónicas que afectan a los mismos y el cansancio propio que se genera producto del envejecimiento. Está ampliamente descrito en la literatura que la mayoría de las enfermedades crónicas de adultos se desarrollan a través de un largo período de tiempo y tienen etiologías complejas, lo que afectaría a su calidad de vida y participación social (MINSAL 2004). Debido a lo mismo existe la posibilidad de que algunos ejercicios impliquen más demanda física, generen fatiga, cansancio y/o deshidratación, por lo cual será descrito en las especificaciones del programa que los monitores tengan un protocolo de acción en caso de emergencia, acorde al lugar en que se implemente el programa. Además,

se han dispuesto los bloques de trabajo de manera estratégica, para así favorecer instancias de descanso y luego para retomar el desplazamiento, tomando en cuenta el desgaste físico que generan las actividades. Por otro lado, la entrevista inicial incluirá los datos de los participantes, entre los cuales destacan nombre, teléfono, número de contacto de tercero en caso ser necesario, previsión de salud y hospital o clínica donde se atiende en caso de que exista una descompensación.

En cuanto a los efectos de la música en la calidad de vida, los expertos consideran la emocionalidad de los adultos mayores como un factor clave de la intervención, ya que incide directamente sobre la motivación con el trabajo. Los adultos mayores se enfrentan a procesos complejos como la jubilación, muerte de cónyuge o amistades o ser dependientes de sus hijos (Juncos, 1998; Undurraga, 2012); dichos procesos pueden resultar en sentimientos de falta de aprecio e inseguridad consigo mismos, casos frecuentes de depresión y sensación de infelicidad permanente (Landinez *et al*, 2012). Es sabido que la música disminuye la ansiedad y aumenta la relajación (Koelsch, 2009) y también genera estabilidad emocional, sobre todo frente a casos de pérdida emocional de cualquier índole que puedan generar ansiedad o sentimientos de soledad (Blasco, 2002). Todo lo anterior está ligado a la posibilidad que ofrece el programa de seleccionar el repertorio musical propio del grupo, mediante la entrevista inicial, para así contribuir de forma personalizada al bienestar que genera la música en las personas y también asegurar la motivación y participación en las actividades.

Los expertos añaden que la música genera reminiscencia, es decir, un nexo entre el presente y el pasado, marcando experiencias de conexión que repercuten positivamente en la calidad de vida. La reminiscencia es necesaria en la vejez, en tanto refuerza la identidad, aumenta la autoestima y permite la resignificación (Harrand & Bollstetter, 2000). Este efecto se abarca también en la entrevista inicial. En ella se recaba información sobre las preferencias musicales de los adultos mayores en su etapa de adolescencia y adultez joven (entre 15 y 25 años), para que de esta forma el repertorio musical genere una conexión emocional con el pasado. , y que se cumplan a la vez los objetivos terapéuticos. de las actividades propuestas.

Si bien determinadas actividades del programa consideran pistas de audio específicas para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados, el carácter flexible se mantiene la mayor parte del tiempo.

Los expertos consideran que la música es un factor de interacción social, independiente de las actividades en que se presente. La bibliografía señala que la música es considerada una forma de comunicación (De Oliveira, Da Silva, Caetano y Mello, 2012), además, los ambientes musicales son propicios para crear una atmósfera afectiva que favorezca las relaciones interpersonales y la cohesión de grupo, factores indispensables en el cuadro social de los adultos mayores (Blasco, 2002). Por este motivo, el grupo investigador considera en el programa terapéutico la presentación de actividades lúdicas planteadas en el bloque de inicio del programa y que tendrán como objetivo que los usuarios generen un vínculo grupal, para así fomentar buena convivencia entre los participantes.

La música también genera, de acuerdo a los expertos, instancias de autoconocimiento y reflexión. La bibliografía menciona que la música permite al individuo reflexionar sobre su propia vida (De Oliveira, Da Silva, Caetano y Mello, 2012) ya sea en la rama física mental o psíquica del ser humano, ya que busca prevenir, restaurar y acrecentar la salud (Hamilton, 1960). Por lo anterior, el programa incluye un bloque destinado a generar espacios reflexivos (bloque de cierre). Adicionalmente, todas las actividades de “Acordes Mayores” contemplan espacios de retroalimentación, encargados de fomentar la autoexploración de los participantes.

En cuanto a las estrategias de intervención, los expertos hicieron una diferenciación marcada respecto a las formas de abordaje del trabajo con adultos mayores. Por un lado, la primera corriente señala la importancia del abordaje de los usuarios como entes globales, para generar por ejemplo, la intervención en base a aspectos cognitivos y de ahí abordar los objetivos específicos de intervención. Por otro lado, la segunda corriente indica el abordaje en base a los aspectos específicos determinados como objetivos de intervención, por ejemplo el trabajo sobre funciones articulatorias. Según Rodríguez, Valderrama y Molina (2010) en los

últimos años los programas de intervención de diferentes disciplinas, tales como, psicología, gerontología, medicina, sociología, entre otras, enfocan sus estudios a generar un acercamiento integral a la población de adultos mayores, para así contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos en pro de su beneficio. El equipo investigador decide realizar un abordaje específico en el programa, respecto a los contenidos de voz y habla. Sin embargo, se indicará a los monitores en las especificaciones del programa que consideren a los usuarios como entes globales con características biopsicosociales.

Adicionalmente, los expertos añaden 2 estrategias que favorecen el abordaje de adultos mayores: estrategias de participación activa y estrategias de negociación. En primer lugar, los expertos proponen que los adultos mayores deben constituir entes de participación activa dentro del contexto terapéutico. Esta indicación ha sido ampliamente acogida a lo largo de todo el programa validando la postura crítica personal. Junto a esto se sugiere la necesidad de que el terapeuta motive constantemente a los usuarios a la participación activa mediante opiniones, sensaciones, quejas, etc. En segundo lugar, señalan que es necesario generar instancias de negociación colectiva entre monitores y adultos mayores, para respetar los acuerdos de trabajo postulados en la primera sesión. Estas medidas apuntan hacia una consecución eficiente de los objetivos, partiendo desde la base de un compromiso real por parte de los usuarios y del terapeuta. Para efectos del programa, se firmará un compromiso terapéutico inicial por parte de los adultos mayores, donde aseguren su participación, respeto y aporte hacia la intervención grupal.

Dentro del contexto de las estrategias de intervención, los expertos señalan el trabajo centrado en la persona, entendido este como una visión que tiene por objetivo la consecución de metas significativas para los usuarios en lo personal, donde el terapeuta es un medio para cumplir dichas metas. Esta metodología de intervención requiere de adecuaciones que respondan a las necesidades personales, en virtud de la valoración de cada persona como un contexto y una historia diferente, ya que el adulto mayor intercambia experiencias y conocimientos con su entorno hasta el final de sus días (OPS, 1999). Nolan, Davies, Brown,

Keady y Nolan (2003) reconocen la necesidad de considerar a cada individuo como alguien singular y valioso, de quien se debe conocer su biografía y su autovalencia en la toma de decisiones. Lo anterior se considera dentro de la entrevista inicial y en las consideraciones que se han discutido previamente, ya que todas ellas pretenden adecuar el programa para que este sea una experiencia personalizada.

Además, los expertos mencionan que los terapeutas deben poseer habilidades para realizar contención emocional cuando sea necesario. La música trabaja sobre las emociones y sentimientos humanos, siendo una característica incuestionable la expresión de sentimientos como el amor y la alegría; pero también de otros como el temor, el odio, la desesperación y la tristeza (Ballivián, 2010). Es por ello que, se indica a los monitores dentro de las especificaciones, que el programa debe brindar un espacio seguro y cómodo para expresar emociones. Sumado a lo anterior, se considera la frustración que pueda generarse frente a la incapacidad de realizar exitosamente ciertas actividades. Del mismo modo, el monitor deberá promover el apoyo entre pares, respeto de las diferencias, validación de todos los participantes y aceptación de las propias limitaciones.

De modo complementario, fue una tendencia entre los profesionales el considerar las redes de apoyo (en especial la familia de los usuarios) ya que contribuyen significativamente a la mejoría socio-emocional de los adultos mayores. Los expertos mencionan que puede ser beneficioso vincular las actividades implementadas con estos entes sociales y favorecer así la vinculación con el medio. La bibliografía comparte la idea de la importancia de las redes, pero hace la salvedad que no siempre se podrá contar con ellas, por lo que se vuelve necesario detectar los riesgos de una débil red de apoyo (MINSAL, 2015). Por lo anterior se sugiere a quien implemente el programa, explore esta temática en la entrevista inicial para tener un panorama de los alcances de la vinculación social y afectivo-familiar existentes en el grupo de trabajo debido a que el nivel socio-económico podría afectar de forma positiva o negativa la realización del programa.

Considerando la relevancia que tiene la música en la vida de las personas mayores, los expertos señalan que estos no siempre tienen la facilidad de acceder a la música que desean escuchar. Para vincularse con la música, los adultos mayores deben superar las barreras de acceso impuestas por la tecnología (Huber & Varman, 2005). Es por esto que el programa incluirá un CD grabado en formato wav con las pistas utilizadas en las actividades, dicho CD será entregado a los participantes una vez concluido el programa, para así proveerles la oportunidad de acceder a la música cuando ellos lo deseen.

En cuanto a la cantidad de sesiones del programa, se generó un disenso entre los expertos, pues algunos aludían a la necesidad de plantear un programa estable y otros a un programa flexible. Es por todo mencionado en los puntos anteriores (enfoque sintomatológico, atención centrada en la persona, estrategias de contención emocional, estrategias de participación activa, entre otras) que el equipo investigador decidió replantear la duración del programa, que antes se enmarcaba en 12 sesiones fijas de intervención. El programa final ofrece actividades que pueden ser reordenadas libremente por los monitores para ajustarse a las necesidades del grupo en el que se intervenga. El equipo investigador considera un cúmulo de actividades ordenadas por objetivos terapéuticos y con la flexibilidad necesaria para adaptarse a los grupos terapéuticos diferentes.

El segundo análisis se centra en la información entregada por la muestra 2. Los expertos fonoaudiólogos entregaron su visión acerca del diseño fase II del programa. Primero se discutirán los resultados del módulo de voz (fonoaudióloga experta en voz) y posteriormente los del módulo de habla (fonoaudiólogo experto en habla).

En el módulo de voz, la experta señaló algunas especificaciones que debían realizarse para facilitar la lectura a quién aplica el programa. Estas son: utilizar un enfoque sintomatológico en la terapia, el cual consiste en corregir un signo o síntoma específico, que resulta en una mejoría para el paciente (Boone, 1989). Dicha observación ha sido ampliamente abordada en esta investigación, pues los contenidos propuestos a trabajar en el programa

responden a las principales quejas y modificaciones del habla y la voz en adultos mayores, viéndose reflejado en el carácter flexible del programa. Además, la experta propone realizar al inicio de una nueva sesión un recuento de los contenidos aplicados en la sesión anterior de intervención según lo propuesto por Ausbel, 1976. Por ello, dentro de las especificaciones del programa se sugiere incorporar al comienzo de cada sesión la revisión de las actividades de la semana pasada y aclaración de las dudas de los participantes.

La experta menciona la necesidad de precisar la redacción de la descripción de actividades, modificar contenidos en actividades específicas y generar propuestas de aplicación de las diferentes modalidades del programa. Es por esto que se modifica la redacción para que esta sea entendible aún para monitores no expertos en el tema; se aceptan los cambios propuestos a los contenidos y se incluyen en el programa; y al finalizar las actividades, se ofrecen propuestas de intervención de distinta duración (versión corta, media y larga), para así facilitar la aplicación del programa a los monitores.

En el módulo de habla, el experto centró las acotaciones en el cumplimiento de los objetivos. Para esto señala que se debe establecer una forma de trabajo y una selección de actividades que sean consecuentes con los objetivos planteados. En respuesta a lo anterior, se plantean actividades en niveles de complejidad creciente para unificar la forma de trabajo y se redistribuyen las actividades para que se ajusten a los objetivos planteados en el programa.

El siguiente análisis se realiza en base a la información entregada por la muestra 3 que corresponde al diseño fase III, es decir, el pilotaje. Los adultos mayores entregaron su visión respecto a las sesiones de pilotaje implementadas y a las preguntas planteadas en dicha ocasión. Primero se discutirán los resultados del módulo de voz (primeras dos sesiones de pilotaje) y posteriormente los del módulo de habla (últimas dos sesiones).

En el caso del módulo de voz, los adultos mayores se refirieron principalmente a dos aspectos: por un lado, la necesidad de incorporar dentro de las sesiones, todos los espacios pertinentes para plasmar las impresiones personales, sean estas referentes a la propia voz o respecto a la estructura de la intervención en sí. Por otro lado, los usuarios mencionan la necesidad de contar con facilitadores (láser, espejo, etc) para la consecución de los logros terapéuticos. Por ello, se modificaron los anexos correspondientes agregando un espacio en las encuestas para escribir apreciaciones personales de autopercepción y charlas. Además, se incluyeron dentro de los materiales facilitadores para algunas actividades.

En cuanto al módulo de habla, los adultos mayores realizan sugerencias en dos aristas principales. Primero se deben considerar las limitaciones propias de la edad y luego se deben realizar ajustes a ciertas actividades para facilitar su ejecución. Por lo tanto, el equipo investigador acepta los cambios propuestos y se consideran las limitaciones de cada participante dentro de la entrevista inicial. En cuanto a los facilitadores, se replantearon las instrucciones de algunas dinámicas para favorecer la comprensión de los usuarios, además se entregará apoyo impreso de todas las actividades realizadas e incorporar ejercitación en el hogar. Por último, se estableció el orden definitivo de complejidad de trabajo por lo que todas las dinámicas se ajustaron a lo señalado por los adultos mayores.

Los adultos mayores participantes del pilotaje validan el repertorio musical del programa. Esto desde el punto de vista de la consecución de objetivos, ya que, aceptaron que las canciones propuestas, por ejemplo, para crear un ambiente de relajación. Además, la selección del repertorio musical del programa, se ajustó a las preferencias musicales de este grupo, por lo que favorecía la motivación y participación de los asistentes. Por lo tanto, se conserva la propuesta de repertorio musical para ser incluida en el diseño final de “Acordes Mayores”.

El análisis final correspondería a la información proveniente de la muestra 4 compuesta por el equipo investigador. Sin embargo, la totalidad de las modificaciones

realizadas en el programa corresponden al juicio del equipo en sí y a la decisión de incorporar o no las retroalimentaciones de las muestras 1, 2 y 3. Por ende, todas las modificaciones presentadas en los párrafos anteriores de esta discusión integran lo dicho por la bibliografía, los expertos, los adultos mayores y el equipo investigador, y por tanto son el reflejo del diseño final del programa.

## 7. CONCLUSIONES

La presente investigación logró responder a la pregunta planteada al inicio de la misma. Esta pretendía establecer qué modificaciones se debían realizar al programa “Willay” (Castillo *et al*, 2014) para darle un carácter preventivo terapéutico en adultos mayores autovalentes pertenecientes a la OCAM de Valparaíso. Dichas modificaciones se determinaron a partir del juicio de dos grupos de expertos, de los adultos mayores que participaron en el pilotaje de la investigación y del propio equipo investigador. Adicionalmente, se consiguió cumplir el objetivo general, es decir, se adaptó el programa “Willay” (Castillo *et al*, 2014) para generar el nuevo programa “Acordes Mayores” (Anexo 11).

En función del proceso de revisión de material bibliográfico para generar la adaptación del diseño fase I del programa, las principales dificultades responden a la cantidad de material disponible en idioma español y a los antecedentes contextualizados a la realidad local. Esto debió ser compensado brindándole a la investigación un carácter creativo en cuanto a la elección de las actividades del programa. Por ende, la investigación puede ser enriquecida si se realizan nuevos aportes bibliográficos de fácil acceso para futuras investigaciones.

En lo que respecta a los profesionales de la salud seleccionados para las muestras, existen limitaciones que son aplicables a ambos grupos. En primera instancia, los criterios de inclusión y exclusión eran exigentes, lo que reducía las posibilidades de encontrar profesionales que se ajustaran a ellos. En segunda instancia, los resultados se acotan a las opiniones vertidas por el grupo seleccionado, y, posiblemente, diferirían al cambiar el grupo, ya que las entrevistas abarcan un amplio espectro de respuestas.

En lo que respecta al proceso de juicio del primer grupo de expertos, la principal dificultad se expresó en la imposibilidad de reunir a toda la muestra en un mismo espacio físico en el mismo momento para generar un debate que enriqueciera los puntos de vista. Aún así, el principal aporte lo constituye haber sentado las bases de lo que requiere un programa con un carácter preventivo- terapéutico para adultos mayores. La visión de este grupo abarcó todos los aspectos que requiere un programa para el trabajo de voz y habla de adultos mayores, entendidos estos desde una esfera biopsicosocioespiritual.

Referente al proceso de revisión del segundo grupo de expertos, la principal dificultad se manifestó en el acto de compatibilizar las opiniones de los expertos seleccionados, debido a los criterios de análisis empleados por cada uno. Sin embargo, gracias a estas opiniones, se pudieron aterrizar los contenidos terapéuticos específicos para habla y voz en base a las necesidades de los adultos mayores. La diferencia entre los enfoques permitió generar un programa que contiene visiones muy amplias y por ende responde al abordaje de adultos mayores con diferentes características personales.

Respecto al grupo de adultos mayores, la dificultad se expresó en el número de participantes, pero aún así esto permitió a los investigadores la comprobación de que el programa generado constituye un aporte hacia la atención de este grupo en OCAM. La información entregada por estas personas enriqueció la investigación de manera significativa, ya que constituyen un potencial público participante del programa.

Finalmente y en base al proceso final de generación del programa, la principal dificultad del grupo de tesistas la constituyó el proceso creativo en base al trabajo musical. Al ser un equipo de tesistas sin formación en musicoterapia, no se pudo alcanzar el máximo potencial de los recursos musicales. Sin embargo, esta dificultad fue sobrellevada con el

aporte en contenidos musicoterapéuticos por parte de la investigadora principal, logrando así el producto final.

Adicionalmente, se deben mencionar las limitaciones propias del programa “Acordes Mayores”. En primer lugar, las actividades surgen de la base del programa “Willay” y del proceso creativo del equipo investigador, por lo tanto, no todas las actividades son de intervención basada en evidencia. En segundo lugar, el programa ofrece más actividades para el módulo de voz (31) que para el módulo de habla (21). Esto se debe a que los contenidos del módulo de voz permiten diversificar las actividades y realizar abordaje desde distintas técnicas, mientras que los contenidos del módulo de habla son más bien específicos, por lo que se ven reducidos en cantidad.

Para finalizar, se mencionan las proyecciones de esta investigación. La primera nace desde el aporte que podría significar esta investigación hacia proyectos como Gerópolis de la Universidad de Valparaíso. Este proyecto busca la generación de un modelo de educación, salud y territorio que enfrente la desigualdad en la tercera edad. Por lo anterior, este programa puede constituir un aporte hacia las herramientas de los agentes multiplicadores de salud que el programa requiere para la intervención de la comunidad adulta mayor.

Adicionalmente, se proyecta la necesidad de generar programas de intervención fonoaudiológica en adultos mayores. "Acordes Mayores" abarca exclusivamente las necesidades comunicativas que subyacen del envejecimiento de la voz y el habla. Por ende, nace aquí la posibilidad de crear nuevas intervenciones que apunten hacia objetivos de otras áreas fonoaudiológicas.

Finalmente, es posible generar investigaciones posteriores que apunten hacia la comprobación de la efectividad terapéutica del programa “Acordes Mayores”. Siguiendo esta línea de trabajo, se debe contrastar dicha efectividad en diferentes contextos, considerando la variabilidad que ofrecen las características biopsicosocioespirituales en la intervención a nivel individual y grupal. El equipo investigador considera que el programa “Acordes Mayores” constituye un aporte hacia la prevención y terapia fonoaudiológica en la voz y habla de los adultos mayores, por lo cual, se proyecta que su alcance se haga extensivo a este segmento de la población.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrahan, V. & Justel, N. (2011). La improvisación musical. Una mirada compartida entre la Musicoterapia y las Neurociencias. *Psicogente*, 18(34), 372 - 384.
2. Alonso, L.; Ríos, L.; Caro, S.; Maldonado, A.; Campo, L.; Quiñonez, D. & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud, Barranquilla*, 10, 250 - 259.
3. Arana, E.; Galleguillos, C.; Neira, P.; Parra, P. & Meza, P. (2012). *Programa de estimulación cognitiva para el adulto mayor sano utilizando como herramientas sonidos y música*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Fonoaudiología. Viña del Mar.
4. Araya, A. (2012). *Autocuidado de la Salud*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
5. Aparecida Cielo, C.; Veis Ribeiro, V.; Hoffmann Franco, C.; de Macedo Gomes, A. & Colman Machado de Machado, F. (2015). Tempos máximos de fonação de idosas com e sem prótese dentária superior. *Revista CEFAC*, 17(3), 745 - 746.
6. Ausbel, D. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas.
7. Bahamonde, C.; González, J.; Martínez, M.; Muñoz, M. & Toledo, L. (2007). *Estandarización de parámetros cuantificables de habla en adultos normales chilenos*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Fonoaudiología.
8. Ballivián (2010). Intervenciones en Musicoterapia Enfoque humanista transpersonal. [En línea] recuperado de <http://www.verticespsicologos.com/sites/default/files/Intervenciones-en-Musicoterapia.pdf>
9. Baranda, B. (2012). *Envejecimiento Positivo: El desafío de devolverles el protagonismo a las personas mayores*. [En línea] recuperado de [http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf)
10. Benenzon, R. (1998). *Teoria da musicoterapia. Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Sao Paulo: Summus.

11. Benjamin, B. (1981). Frequency variability in the aged voice. *Journal of Gerontology*, 36, 722–726.
12. Bernal, E.; Faus, V. & Bernal, R. (2006). Presbivértigo: ejercicios vestibulares. *Gerokomonos*, 17(4), 197 - 200.
13. Bjorkstein, J. (1968). The cross linkaged theory of aging. *J Am Soc Geriat*, 16, 408-427
14. Blasco, S. (2002). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder S.A.t
15. Bradt, J. & Dileo, C. (2010) Music Therapy for end-of-life care. *The Cochrane Library*, 1, 1-13.
16. Bright, R. (1972). *Music in geriatric care*. Melville, N. Y. Belwin-Mills Pu.
17. Bruscia, K. (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
18. Boone, D. (1989). *La voz y el tratamiento de sus alteraciones*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
19. Burke, D. & Mackay, D. (1991). On the tip of the tongue: what causes word finding failures in young and old adults? *Journal of Memory and Language*, 30, 542 - 579.
20. Byrne, L. (1982). Music Therapy and reminiscence: A case study. *Clinical Gerontology*, 1(1),76-77.
21. Cabello, P. & Bahamondes, H. (2008). El adulto mayor y la patología otorrinolaringológica. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 19 (1), 21 - 29.
22. Cardemil, F.; Aguayo, L & Fuente, A. (2014). Programa de rehabilitación auditiva en adultos mayores, ¿qué sabemos de su efectividad?. *Acta otorrinolaringológica española*, 65, 249 - 257.
23. Casanova, P.; Casanova, P. & Casanova, C. (2004). Introducción al deterioro cognitivo en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38, 469 - 479.
24. Cerda, L. (2014). Manejo del trastorno de la marcha en el Adulto Mayor. *Revista Médica Clínica las Conde*, 25(2), 265 - 275
25. Castillo, A.; Aguilar, N.; Arneric, V.; Cuadra, C.; Figueroa, N. & Marquéz, M. (2015). *Efectos de un Programa de Recursos Musicales en los procesos motores básicos del habla de personas con enfermedad de Parkinson de las ciudades de Viña el Mar y*

- Valparaíso. (Tesis de pregrado). Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Fonoaudiología. Viña del Mar.
26. Castillo, A.; Aguilera, B.; Romero, A.; Rojas, C. & Vega, M. (2014). *Programa de recursos musicales Willay*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Fonoaudiología. Viña del Mar.
27. Cotter, V. (1959). Effects of use of music on the behavior of geriatric patients. Tesis de licenciatura. Lawrence. Universidad de Kansar.
28. Cobeta, I.; Núñez, F. & Fernández, S. (2013). *Patología de la voz*. Barcelona: SEORL PCF.
29. Craik, F. (1994). Memory changes in normal aging. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 155 - 158
30. De la Uz, M. (2009). El envejecimiento. Reflexiones acerca de la atención al anciano. *Centro de bioética Juan Pablo II*, 4, 4 - 10.
31. De Oliveira, G.; Da Silva, V.; Caetano, M. & Da Silva, E. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cuadernos UniFOA*, 20, 85-94.
32. Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 207 -224.
33. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (2013). *Adultos Mayores Síntesis de Resultados*. [En línea] recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013\\_Adultos\\_mayores\\_13mar15\\_publicacion.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf)
34. Escuela de Fonoaudiología (2015). *Entrevista de Neuropsicológica*. Universidad de Valparaíso.
35. Felipe, L.; Matos, L.; Matos, F.; Gualberto, M. & Gonçalves, D. (2008). Presbivertigem como causa de tontura no idoso. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 20(2), 99 - 104
36. Fernández, S.; Ruba, D.; Marqués, M. & Sarraqueta, L. (2006). Voz del anciano. *Revista Médica Universidad Navarra*, 50(3), 44-48
37. Gamarra, M. (2001). Cambios fisiológicos del envejecimiento. *Revista de la sociedad Peruana de Medicina Interna*, 14(1).

38. González, R. & Bevilacqua, R. (2012). Las disartrias. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 23, 299-309.
39. Goldstein, S. & Reichel, W. (1981). *Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento*. Buenos Aires: Ateneo.
40. Gorham, M. & Laures, J. (2006). Acoustic-perceptual correlates of voice quality in elderly men and women. *Journal of Communication Disorders*, 39, 171 – 184.
41. Haack, P. (1988). *An exploratory study of popular music preferences along the age continuum*. Indianápolis, Indiana. Music Educator National Conference.
42. Hamilton, M. (1960) Escala de evaluación de la depresión. *Journal Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 23 (56), 345.
43. Harman, D. (1955), Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol*, 11, 298-300.
44. Harrand, A. & Bollstetter, J. (2000). Developing a Community-based Reminiscence Group for the Elderly. *Clinical Nurse Specialist*, 14 (1), 17 - 22.
45. Hayflick, L. (1973) The biology of human aging. *Am. J. Med. Sci*, 265, 433 - 445.
46. Hernández, P., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación, 5ta Edición*. México: McGraw-Hill Interamericana.
47. Herrera, A. & Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista médica Clínica Las Condes*, 23, 65 - 76.
48. Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento, aspectos sociales*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
49. Hillecke, T.; Nickel, A. & Bolay, H. (2005). *Scientific Perspectives on music therapy*. New York: Acad, Sci.
50. Hilliard, R. (2005). Music Therapy in Hospice and Palliative Care: a Review of the Empirical Data. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2(2), 173-178.
51. Hobeika, C. (1999). Equilibrium and balance in the elderly. *Ear Nose and Throat Journal*, 78, 558 - 566.
52. Hodges, D. (1980). Psychological responses to music, en Hodges (edit.). *Handbook of Music Psychology*, 393 - 396.

53. Huber, J. & Varman, B. (2005). Camp For All Connection: a community health information outreach project. *Journal of the Medical Library Association*, 93(3), 348 – 352.
54. Jaeger, C. (2011). Physiologie du vieillissement. *Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26, 7 - 10.
55. Jaeger, C. & Cherin, P. (2011). Les théories du vieillissement. *Médecine & Longévité*, 3(4), 155 - 174.
56. Juncos Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento: Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.
57. Juncos, O. & Pereiro, A. (2002). Problemas del Lenguaje en la Tercera Edad: Orientaciones y Perspectivas de la Logopedia. *Revista galego-portuguesa de psicología y educación: revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 8, 387-398
58. Just, M. & Carpenter, P. (1992). A capacity theory of comprehension: Individual differences in working memory. *Psychological Review*, 99, 122 - 149.
59. Koelsch, S. (2009). A Neuroscientific Perspective of Music Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1, 374-375.
60. Kornfeld, R.; Orellana, V.; Huenchuan, S.; González, D.; Hoyl, M.; Barros, C.; Readi, P. & González, S. (2006). *Introducción a la Gerontología y cambios asociados al envejecimiento*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos Programa para el Adulto Mayor.
61. Labos, E.; Del Río, M. & Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1 - 13.
62. Landinez, N.; Contreras, K. & Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicios y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública*, 38, 562-580.
63. Lathom, M.; Peterson, M. & Havlicek, L. (1982). Music preferences of elder people attending nutrition sites. *Educational Gerontology*, 8, 155-165.
64. Lipsky, M. (2015). Biological theories of aging. *Disease-a-Month*, 61 (11), 460–466.
65. Maul, X.; Rivera, C.; Aracena, K.; Slater, F. & Breinbauer, H. (2011). Adherencia y desempeño auditivo en uso de audífonos en pacientes adultos hipoacúsicos atendidos

- en la Red de Salud UC. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 71(3), 225 - 230.
66. Marcolino, J.; Czechowski, A.; Venson, C.; Chamarelli, G.; Cristiani, K.; Tassinari, N.; Cestonaro, N.; Simão, R.; Da Silva, T. & Seguro, S. (2009). Achados fonaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati – Paraná. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2 (12), 193 - 200.
67. Marín, P. (2006). *Geriatría & Gerontología, Tercera Edición Ampliada*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
68. Marmouset, F.; Hammoudi, K.; Bobillier, C. & Morinière, S. (2015). Fisiología de la deglución normal. *EMC – Otorrinolaringología*, 44 (3), 1 - 12.
69. Martínez, T. (2013). *La Atención Centrada en la Persona. Algunas Claves Para Avanzar en los Servicios*. [En línea] recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
70. Medvedev, Z. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews*, 65, 375 – 398.
71. Mendes, R.; Marques, F.; Almeida, J. & Aparecida, M. (2015). *The role of the audiologist facing language changes of hearing, balance, speech and swallowing: a literature review*. [En línea] recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000100270](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100270).
72. Micheli, F. & Fernández, M. (1996). *Neurología del anciano*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
73. MINSAL (2015). *Salud del Adulto Mayor*. [En línea] recuperado de <http://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
74. MINSAL (2014). *Programa Mas Adultos Mayores autovalentes en atención primaria*. [En línea] recuperado de <http://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/Res-Ex-1218-Programa-mas-adultos-mayores-autovalentes-2015-APS-02122014.pdf>
75. MINSAL (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. [En línea] recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>

76. MINSAL (2004). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores*. [En línea] recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)
77. Mock, S. (2007). *Functional changes in the aging ear*. En *Geriatric Rehabilitation Manual (2ª ed)*. Philadelphia: Elsevier.
78. Montes de Oca, D. & Montes de Oca, E. (2006). La Otorrinolaringología en el Adulto Mayor. *Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 51 (1), 33-37.
79. Moreno, A.; Álvarez, M.; Bejarano, M. & Pulido, A. (2010). Parámetros acústicos de la voz en el adulto mayor. *Revista Umbral Científico Bogotá*, 17 (1), 9-17.
80. Nalesso, S.; Scarpa, A.; Bottacin, M. & Casetta, A. (2008). *IL Paziente disfagico: studio di prevalenza in due residenziali della terraferma veneziana*. *Società Italiana di Gerontología e Geriatria*. [En línea] recuperado de <http://www.sigg.it/public/doc/ARTICOLI/1156.pdf><http://www.sigg.it/public/doc/ARTICOLI/1156.pdf>
81. Olson, B. (1977). Player piano music as a Therapy for the elderly. *Journal of Music Therapy*, 21, 35 - 45.
82. Ortega, E.; Esteban, L.; Estévez, A & Alonso, D. (2009). Aplicaciones de la musicoterapia en educación especial y hospitales. *European Journal of Education and Psychology*, 2, 154.
83. Ortiz, G.; Árias, E.; Velázquez, I.; Pacheco, F.; Flores, L.; Torres, E.; Cortés, F.; González, E. & Ortiz, I. (2012). Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(3), 249 – 257.
84. Osorio, M. (1992). Mecanismos del habla. *Revista Estomatología*, 2(1), 34 – 35.
85. Oyarzún, M. (2009). Función respiratoria en la senectud. *Revista Médica de Chile*, 137(3), 411 - 418.
86. Pascual Panigua, S., & Torres Agudo, M. (2014). *Investigación de la Intervención Logopédica en los problemas de la voz del anciano*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

87. Pereiro, A.; Juncos-Rabadán, O.; Facal, D. & Álvarez, M. (2006). Variabilidad en el acceso al léxico en el envejecimiento normal. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(3), 132-138.
88. Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología*, 6(3), 1-4.
89. Pérez, I. (2002). *Manual de Geriatria*. Barcelona: Masson.
90. Poch, B. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.
91. Pont, P. (2003). *Tercera edad. Actividad física y salud*. Barcelona: Paidotribo.
92. Ptacek, P. & Sander, E. (1966). Age recognition from voice. *Journal of Speech and Hearing Research*, 9, 273–277.
93. Ptacek, P.; Sander, E.; Mahoney, W. & Jackson, C. (1966). Phonatory and related changes with advanced age. *Journal of Speech and Hearing Research*, 9, 353–360.
94. Quiroga, P.; Albala, C. & Klaasen, P. (2004) Validación de un test de tamizaje para el diagnostic de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 467 – 478.
95. Ramírez, R. (2002). Tratamiento de los trastornos del equilibrio. *Revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (2), 44-47
96. Ricci, N.; Gazzola, J. & Coimbra, I. (2009). Sistema sensoriais no equilíbrio corporal de idosos. *Arquivos Brasileiros Ciências da Saúde*, 34(2), 94-100.
97. Rincón, M.; Obando, M.; García, M. & Bermudez, E. (2009). Envejecimiento comunicativo: “perspectiva fonoaudiológica”. *Fonoaudiología Iberoamericana*, 1, 25 - 44.
98. Rodríguez, R.; Camargos, C.; Antunes, T.; Fontes, L. & Franco, V. (2009) Effects of the Aging Process on Respiratory Function. *Gerontology*, 55, 505-510.
99. Rodríguez, A; Valderrama, L; Molina, J. (2010). Intervención Psicológica en Adultos Mayores. *Psicología desde el Caribe* [En línea] recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
100. Ryan, W. & Burk, K. (1974). Perceptual and acoustic correlates in the speech of males. *Journal of Communication Disorders*, 7, 181–192.

101. Saá, N. (2006). *Lenguaje y Envejecimiento*. [En línea] recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2006/Indice.html>
102. Salech, F.; Jara, R. & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29.
103. Salthouse, T. (1994). Age-related differences in basic cognitive processes: Implications for work. *Experimental Aging Research*, 20, 249-255.
104. San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 8, 111-128.
105. SENAMA (2012) *Informe final programa fondo nacional del adulto mayor*. [En línea] recuperado de [http://www.dipres.gob.cl/595/articles-89695\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/595/articles-89695_doc_pdf.pdf)
106. Serrano, N. (2015). Efectos de la rehabilitación de la deglución en la producción del habla. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 9, 1-2.
107. Stanley, J. (1964). Music Research in medical/dental Treatment: Meta-Analysis and clinical applications, *Journal of Music Therapy*, 23, 56-122.
108. Staum, M. (1988). Music for Physical Rehabilitation: an Analysis of Literature from 1950-1986 and Applications for Rehabilitation Settings. Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice. *The National Association of Music Therapy*, 20, 162-178.
109. Suárez, C & Gil, L. (2007). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Madrid: Médica Panamericana.
110. Schaie, K. (1980). *Cognitive development in aging*. Lexington: Lexington books.
111. Schuknecht, H. (1955). Prebycusis. *Laryngoscope*, 65, 402-419.
112. Szilard, L. (1959). On the nature of the aging process. *Proc Natl Acad Sci*, 45, 30-45.
113. Toledo, L.; Bahamonde, C.; González, J.; Martínez, M.; Muñoz, M. & Muñoz, D. (2011). Parámetros del Habla en Adultos Normales Chilenos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 10, 33-43.

114. Undurraga, C. (2012). *Relaciones sociales en los Adultos Mayores*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
115. Urzúa, A. & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Revista médica de Chile*, 141(1), 28-33.
116. Valencia, A.; Hurtado, A. & Hernández, J. (2014). Tratamiento temprano de la mordida abierta anterior con aparatología ortopédica funcional. Reporte de caso. *Revista de Estomatología*, 22(2), 20-26.
117. Varela, I. & Rivera, T. (2010). Presbiacusia. *Revista Lychnos*, 2 (20), 1-7.
118. Vásquez, F. (2015). La metamorfosis de la fe en creyentes de edad avanzada. *Península*, 10(1), 49-71.
119. Véliz, M.; Riffo, B. & Arancibia, B. (2006). Envejecimiento Cognitivo y Procesamiento del Lenguaje: Cuestiones Relevantes. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada Concepción (Chile)*, 48 (1), 75-103.
120. Véliz De Vos, M.; Riffo, B. & Vásquez, A. (2009). Recuerdo inmediato de oraciones de sintaxis compleja en adultos jóvenes y mayores. *Estudios Filológicos*, 44, 243-258.
121. Veras, R. & Mattos, L. (2007). Audiología do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(1), 128-134.
122. Verzàr, F. (1957). The ageing of connective tissue. *Gerontology*, 1, 237 – 247.
123. Vicente, J. (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.
124. Von Hahn, H. (1970). The regulation of protein synthesis in the ageing cell. *Gerontology*, 5, 323-334.
125. Walford, L. (1969). *The immunologic theory of aging*. Baltimore: Williams & Wilkins.
126. Willie, M. (1990). A comparison of effects of old familiar song, antique objects, historical summaries and general questions on the reminiscence of nursing-home residents, *Journal of Music Therapy*, 28(2), 101-110.

127. Wingfield, A.; Aberdeen, J. & Stien, E. (1991). Word onset gating and linguistic context in spoken word and recognition by young and elderly adults. *The journals of gerontology: Psychological sciences*, 46, 127-129.
128. World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. [En línea] recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
129. Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook*. New York: The Guilford Press.
130. Włodarczyk, N. (2003). The effect of music therapy on the spirituality of persons in an in-patient hospice unit as measured by self-report. *Journal of Music Therapy*, 44(2), 113-122.
131. Zavala, M.; Vidal, D.; Quiroga, P & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del Adulto Mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(5), 53-62.

**ANEXOS**